

Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Estudios Profesionales IZTACALA



LA ESTIMULACION TEMPRANA COMO UNA FORMA
DE PREVENCION DEL RETARDO EN EL DESARROLLO:
DISEÑO DE UN CENTRO.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:

MARTHA ELBA ALARCON ARMENDARIZ

ESTADO DE MEXICO

NOVIEMBRE DE 1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Nunca se puede estar seguro
de nada.
Solo se debe tener el coraje
y la fuerza de hacer lo que
se cree bien.
A veces puede resultar que -
uno esté equivocado, pero al
menos se habrá hecho y eso -
es lo que importa.

Irving Stone

A CLAUDIA Y PEDRO

I N D I C E

	Pag.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I Prevencción y Estimulación Temprana.	9
CAPITULO II Bases Teóricas de la Esti- mulación Temprana.	35
CAPITULO III Evaluación del Desarrollo Infantil.	41
CAPITULO IV El Centro Piloto de Diagnós- tico y Estimulación Tempra- na.	55
CONCLUSIONES	137
BIBLIOGRAFIA	143
APENDICE	150

I N T R O D U C C I O N

En numerosas ocasiones se ha señalado la importancia que tienen los primeros años de vida para el desarrollo ulterior del ser humano. Durante este período el crecimiento físico, incluida la mayor diferenciación del sistema nervioso central posibilitan el aprendizaje de una manera más acelerada que en cualquier otra etapa de la vida; de aquí que sea un hecho aceptado que los repertorios establecidos durante la temprana infancia determinarán la adquisición de los repertorios posteriores.

El estudio de los seis primeros años de vida se ha enfocado desde diferentes posturas teóricas, por ejemplo: psicoanalítico (Freud, 1933), normativo (Gesell y Amatruda, 1947), cognoscitivo (Piaget, 1969) y conductual (Bijou y Baer, 1969); interconductual (Kantor y Smith, 1975) y todas ellas coinciden en señalar los efectos negativos que tiene la estimulación deficiente durante el período infantil, ya que ésta ha sido asociada a daños posteriores en áreas específicas. Incluso en investigaciones recientes han sido aisladas algunas variables importantes como son: la calidad del ambiente físico, el tipo de interacción con la madre, el estrato socioeconómico y otros más.

De aquí que en algunos países se hayan diseñado programas tendentes a disminuir o anular en gran medida los efectos de una estimulación deficiente o inadecuada durante los años preescolares. Dichos programas, agrupados bajo el rubro genérico

de Estimulación Temprana pretenden proporcionar a los niños con deficiencias culturales o biológicas, ambientes más adecuados - para su mejor desarrollo, utilizando para ello diversos materiales, ejercicios programados y acciones específicas que favorezcan el desarrollo infantil.

La estimulación temprana ha sido definida como "el conjunto de acciones que tienden a proporcionar al niño las experiencias que éste necesita desde su nacimiento para desarrollar al máximo su potencial psicológico. Esto se logra a través de la presencia de personas y objetos en cantidad y oportunidad adecuadas y en el contexto de situaciones de variada complejidad, que generen en el niño un cierto grado de interés y actividad, condición necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo" (Montenegro, 1978, p. 21).

Esto es, no se trata de bombardear indiscriminadamente al infante con estimulación de todas clases, sino de proporcionarle actividades que involucren objetos de diversa índole, pero recordando siempre que es imprescindible la relación del niño con los adultos por medio de gestos, palabras, contacto físico, etc. que proporcionen al niño la oportunidad de obtener un desarrollo óptimo.

Cabe aquí aclarar algunas cuestiones relacionadas con la estimulación temprana, como por ejemplo, que ésta no exige de medios particularmente complejos, costosos o difíciles de poner

en práctica, ni requiere de un cierto nivel de educación o preparación específica, esto se debe a que la estimulación temprana es una forma de interacción que se incorpora al patrón de crianza del infante.

Mediante los programas de estimulación temprana se busca favorecer el desarrollo integral del niño, por lo que no compartimos la expresión "estimulación precoz" usada en algunas ocasiones para referirse a este tipo de programas; ya que no se trata de acelerar el desarrollo normal, ni de que el niño aprenda más rápido tal como lo indica el término "precoz", sino de dar al niño la estimulación adecuada en el momento preciso.

Antecedentes históricos de la Estimulación Temprana.

Las teorías dominantes de la década de los 40's acerca de que el coeficiente intelectual era inmodificable, surgieron a raíz de las teorías de Charles Darwin (1859) sobre la selección natural, y en las teorías que Francis Galton (1869), (citados por Kirk, 1978), desarrolló a partir de éstas acerca de que las características mentales del ser humano eran producto de la herencia y, por lo tanto, inmodificables.

En contraposición, había algunos psicólogos y educadores que afirmaban que el coeficiente intelectual podía modificarse de acuerdo al tipo de estimulación al que estuviese sometido el organismo. Uno de los iniciadores de esta posición era Alfred Binet, considerado como el inventor de los tests de in

teligencia, quién en 1909, escribía:

"me duele haber encontrado a menudo un prejuicio contra la educabilidad de la inteligencia... la mente de un niño es como la tierra de un campo, para la cual un experto agricultor ha diseñado un cambio en el método de cultivo, de tal manera que en lugar de tener como resultado una tierra desierta, obtengamos una cosecha. Es en este sentido, el que es significativo, que decimos que la inteligencia de un niño puede ser aumentada. Aumenta lo que constituye la inteligencia del niño preescolar, principalmente la capacidad para aprender, para mejorar con la instrucción" (cit. en Montenegro, 1978, pp. 25).

Y para demostrar su afirmación, Binet fundó en 1909 una de las primeras escuelas para retardados en París.

Así, sus afirmaciones y las de muchos otros pusieron fin a la controversia y hoy nadie pone en tela de juicio la importancia que el ejercicio y el entrenamiento tienen en el desarrollo del individuo en su interacción con el medio. Sin embargo, quién contribuyó más efectivamente a demostrar la importancia del medio ambiente fue Harold Skeels, un psicólogo norteamericano que en 1939 publicó un artículo que causó un gran impacto en la comunidad científica de su época.

En dicho artículo, Skeels describía la forma en que había logrado incrementar el coeficiente intelectual de 13 niños al sacarlos de un orfanato y llevarlos a una institución para re-

tardados (en dónde recibían estimulación más adecuada) durante un año, al término del cual les buscó hogares adoptivos. Estos 13 niños habían sido comparados con otros 12 que seguían en el orfanato aún año y medio después de que los sujetos experimentales habían sido colocados en hogares adoptivos.

La comparación mostró que el grupo experimental había aumentado en promedio 28.5 puntos en los test que les había aplicado, mientras que los sujetos control habían perdido 26.5 puntos en relación a su primera evaluación. Obviamente, este trabajo fue objeto de muchas críticas, ya que no faltó quien afirmara que había falseado los datos, empero, su experiencia marcó la pauta para demostrar la enorme influencia del medio ambiente sobre la conducta infantil.

En 1949, Samuel A. Kirk (en Kirk, 1978) realizó un estudio tomando como base el de Skeels, en una institución para retardados, cuyas edades oscilaban entre los 3 y 4 años de edad, y que tenían un C.I. de 40 a 60. Además de estos niños (15) seleccionó otro número igual con las mismas características pero que no recibirían ninguna atención especial, y servirían como grupo control.

El grupo experimental fue entrenado durante dos años, al término de los cuales se encontró que siete de los niños del grupo experimental habían mejorado hasta egresar de la institución, mientras que los del grupo control no sólo no habían progresado, sino que desde el punto de vista psicométrico presen-

sentaban más retardo mental.

En un intento por demostrar la influencia decisiva del medio ambiente sobre la conducta, Kirk en 1973, (en Kirk, 1978), hizo un segundo estudio, pero ahora comparando a 16 niños con sus hermanos o gemelos. El estudio consistió en inscribir en cursos preescolares a un miembro de la pareja (grupo experimental), mientras el otro quedaba en el hogar (grupo control) al término del cual ambos niños asistieron a la escuela regular.

Las evaluaciones de los niños del grupo control mostraron niveles menores de desenvolvimiento mental y social, en tanto que los niños que habían asistido a los cursos preescolares habían alcanzado progresos notables. (Ibidem).

Un estudio dirigido en este mismo sentido fue realizado por Newman y Cols. en 1937; ellos encontraron diferencias significativas en gemelos univitelinos criados en ambientes distintos, encontrando, además que tales diferencias estaban en relación directa con la estimulación ambiental recibida.

Posteriormente, y a pesar de las críticas recibidas, - - Skeels hizo uno de los pocos estudios de seguimiento longitudinal de intervención temprana que se han llevado a cabo (Skeels, 1966), al evaluar a los sujetos con los que había trabajado 21 años atrás. Esta experiencia le sirvió para demostrar claramente los efectos a largo plazo de la estimulación temprana, - ya que esta segunda evaluación mostró que los niños del grupo -

experimental eran personas autosuficientes, que tenían como promedio doce años de estudio, mientras que los del grupo control sólo habían llegado a tercer grado.

A partir de ese momento se empezaron a realizar estudios sistemáticos para proveer a los infantes de estimulación adecuada que favoreciera su desarrollo; ya que si bien los primeros estudios habían surgido para mejorar el coeficiente intelectual de los niños con retardo biológico, pronto fue evidente que esta técnica también funcionaría con niños que estaban expuestos a falta de estimulación por cualquier motivo, especialmente debido a su estrato socioeconómico.

La estimulación temprana nos permite, entonces, incidir en la prevención del retardo en el desarrollo, ya que al estructurar y sistematizar las acciones tendentes a mejorar las condiciones diarias de atención al infante estaremos evitando que su desarrollo futuro se vea afectado.

OBJETIVO

Este panorama general de los alcances de la estimulación sistemática durante los primeros años de vida nos permite definir claramente el sentido de este trabajo, cuyo objetivo es diseñar un centro de estimulación temprana para prevenir así la presentación del retardo en niños de alto riesgo ambiental o biológico y de riesgo establecido.^{1/}

Para fines de exposición, este estudio ha sido dividido en cinco capítulos; en el primero de ellos se exponen los factores biológicos y sociales que facilitan la presentación del retardo en el desarrollo, algunos aspectos relacionados con la prevención y su importancia, y el papel del psicólogo y otros especialistas en la estimulación temprana. En el segundo se describen algunos conceptos teóricos que subyacen a ésta; en el tercero y cuarto se mencionan y analizan las formas de evaluación empleadas con infantes y el diseño de un Centro de Diagnóstico y Estimulación Temprana respectivamente. Finalmente, en el 5o. se mencionan las conclusiones del trabajo en general.

^{1/} La denominación de alto riesgo de retardo en el desarrollo se emplea para indicar la presencia de características o condiciones del niño mismo o del ambiente en el que crece y se desarrolla, las cuales implican una alta posibilidad de producir efectos negativos sobre su proceso de crecimiento y desarrollo, hasta el punto de determinar un retardo de mayor o menor magnitud. (Mora, J. O. 1980).

CAPITULO I
PREVENCIÓN Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA

La prevención de un "sentido estricto significa simplemente inhibir el desarrollo de una enfermedad antes de que ésta ocurra. Pero en el uso corriente, el término ha sido ampliado para abarcar medidas que interrumpen o hacen lento el progreso de la enfermedad" (Maussner, 1977, p. 8) por lo que ha sido necesario establecer niveles de la intervención preventiva.

Así, en un primer nivel, la labor se dirige a modificar los factores adversos que pudieran incidir negativamente en el individuo sano; a un segundo nivel, la acción preventiva está enfocada a la detección e intervención temprana para así minimizar los efectos posteriores del problema; y finalmente el tercer nivel consiste más en rehabilitar al individuo que ya padece el daño; por lo tanto la acción preventiva está enfocada a favorecer la autosuficiencia del individuo.

Generalmente la prevención ha sido considerada como un problema casi exclusivo del médico, lo que ha propiciado que otros trabajadores de la salud se vean obligados a abordarla de manera aislada y por lo tanto con pocos o nulos resultados.

Esto es particularmente importante para los sujetos que padecen retardo en el desarrollo, porque siendo ello una cuestión de salud pública requiere de la coordinación efectiva de diferentes especialistas, sobre todo si sabemos que en la gran

mayoría de los casos no hay una etiología médica subyacente.

Las acciones preventivas realizadas hasta la fecha en este campo se han visto limitadas básicamente a la detección temprana de casos patológicos y a mejorar las condiciones médicas que rodean al nacimiento, con lo que se dejan fuera muchas actividades que pueden contribuir efectivamente a la prevención y control del retardo en el desarrollo.

El retardo en el desarrollo "se considera como un desviación en el desarrollo psicológico y, por consiguiente, se utiliza el término desarrollo, en vez de retardo mental. Las diferencias entre desarrollo normal y retardo radican en la naturaleza de las condiciones y las interacciones del desarrollo, pasado y presente. El desarrollo normal, cambios en las interacciones entre el individuo y el medio se da a través de la acción de condiciones biológicas, sociales y físicas que se desvía de lo normal en grados extremos; mientras más extremas sean las desviaciones, más retardado será el desarrollo" (Bijou, - 1975; p. 248), por esto, para que el retardo se presente, es necesario que concurren uno o más factores desencadenantes, que pueden ser de naturaleza biológica o social.

Cada uno de estos factores puede aparecer en forma independiente, pero es el encadenamiento de los mismos lo que da lugar a la presencia del retardo, así como a su tipo y grado; por esto se les considera como variables independientes que se conjugan

para dar lugar al retardo. Analicemos brevemente dichos factores, de acuerdo a la etapa de la vida en que más afectan al individuo.

VARIABLES ASOCIADAS AL RETARDO EN EL DESARROLLO

A) FACTORES BIOLÓGICOS

1. Etapa concepcional.

Entre las causas que se relacionan con el retardo en el desarrollo durante este período podemos encontrar las alteraciones genéticas, las cuáles juegan un rol esencial en algunos tipos de retardo, e incluso se ha establecido que cerca del 20% de los casos más severos están determinados por esta causa; el Síndrome de Down es una de las aberraciones más conocidas; aunque no debemos olvidar las deficiencias enzimáticas, las cromosomatías y algunas enfermedades hereditarias, además del estado general de salud de la madre.

2. Etapa prenatal.

En este período los factores de carácter tóxico, ambiental, medicamentos o radiactivos han sido considerados con un alto potencial teratogénico o malformativo, al producir alteraciones en la placenta o en el feto mismo.

3. Etapa peri-natal.

La continuidad del proceso intrauterino culmina con las -

condiciones y características del parto, el cual, como proceso fisiológico puede afectar más al niño con alteraciones previas y a la vez, algunos factores patológicos maternos tales como toxemias, fallas circulatorias, factor R.H. negativo e infecciones pueden causar daño al feto comprometiendo así la integridad del sistema nervioso central.

4.- Etapa neonatal.

Las deficiencias metabólicas (hipoglicemia, hipocalcemia) las infecciones, las ictericias, la hipoxia, los trastornos hemorrágicos del sistema nervioso central, entre otros, pueden constituirse en el factor etiológico determinante del retardo en el desarrollo durante el período que va desde el nacimiento hasta el primer mes de vida, considerado como la etapa neonatal. Estos factores afectan principalmente a los bebés de bajo peso y a los prematuros, aunque estas condiciones no han sido totalmente demostradas (Goldstein, et. al., 1976; Hunt y Rhodes, 1977; Domínguez, 1982).

5. Etapa de la lactancia.

Es en este período en que se produce el 90% del crecimiento y diferenciación del sistema nervioso central, por lo que es de suma importancia que dicho proceso no se vea afectado por desnutrición, meningitis, encefalitis, fallas metabólicas o trastornos endócrinos, que son sólo algunos de los factores biológicos con un alto potencial causativo del problema.

6. Etapa preescolar y escolar.

En esta etapa hacen su aparición como factores de mayor importancia las intoxicaciones, los accidentes y traumatismos craneales severos, los déficits sensoriales, la epilepsia y algunos otros factores comunes a las etapas antes mencionadas.

Todos los factores biológicos arriba señalados se constituyen en variables independientes, las que al conjugarse con otras variables de carácter no orgánico, descritas a continuación, facilitan la presencia del retardo en el desarrollo, puesto que actúan como limitantes en la interacción del individuo con su medio ambiente.

B) FACTORES SOCIALES.

La inmensa mayoría de los retardados, aproximadamente el 75% (Ullman y Krasner, 1975) no muestra ningún síndrome de carácter fisiológico u orgánico, lo que ha favorecido el incremento de conceptos como el de retardo cultural o retardo familiar social, ya que se ha demostrado que existe una alta correlación entre la falta de estimulación medioambiental adecuada y el desarrollo retardado.

Los factores sociales que se han asociado con la presencia del retardo son básicamente de dos tipos:

1.- Relacionados con la figura materna, tales como institucionalización y deprivación materna, y

2.- Los relacionados con la calidad y forma de interacción con el medio (deprivación cultural).

Examinemos brevemente como se han conceptualizado éstos y la forma en que influyen en la conducta del individuo.

1. Relacionados con la figura materna.

Una gran cantidad de información sobre la importancia de la figura materna en los primeros años de vida ha sido dada a conocer desde que Spitz (1945) y Godfarb (1943), (Cits. en Yarrow, 1961), señalaron la situación de niños huérfanos o institucionalizados, por lo que pronto se popularizó el término de "hospitalismo" o "institucionalización". Poco después, al ser analizado este término, se relacionó también con la presencia o ausencia de la madre y se acuñó entonces el concepto de "deprivación materna". Ahora revisemos también en forma somera estos dos conceptos por separado.

a) Institucionalización.

La institucionalización ha estado asociada frecuentemente durante los primeros años de vida con déficits en la competencia social, así como con problemas específicos de aprendizaje, aunque el hecho de que muchos estudios sean retrospectivos o adolezcan de fallas metodológicas serias, (v.gr. falta de especificación de las condiciones físicas y ambientales del lugar) han permitido que se abuse de este concepto como un todo explicativo de las condiciones del retardo o el desajuste social, favoreciendo una obvia controversia en los resultados.

A pesar de lo anterior, algunos autores han aislado diferentes variables tales como la calidad y cantidad de estímulo

ción sensorial, la estimulación afectiva y la estimulación social (Yarrow, 1961); variables que interactúan para dar lugar al retardo en el desarrollo, esto nos confirma el hecho de que la "institucionalización no es una variable simple y no puede ser usada como tal en la investigación, o como un concepto explicatorio" (Ibidem, pag. 164). Lógicamente ello se debe a que las instituciones no son iguales y a que, por lo tanto, en ellas la calidad y cantidad de estimulación no es siempre la misma.

Además del carácter mismo de la institución, hay otros factores que se conjugan para dar lugar a la presencia del retardo, como pueden ser la estimulación a la que cada niño está expuesto, la atención del personal de manera individual, así como la edad de ingreso o de permanencia en la institución, ya que se ha comprobado que hay cierta correlación entre la edad de ingreso y el tiempo de permanencia en la misma y el grado de retardo o desajuste social. (Yarrow, 1961; Bowlby, 1972).

b) Deprivación materna.

El concepto de deprivación materna se refiere a las condiciones inadecuadas del cuidado materno durante la temprana infancia y frecuentemente ha sido asociado con desviaciones en el desarrollo social, emotivo, motor e intelectual posterior. Sin embargo el término se ha utilizado indiscriminadamente para describir una gran cantidad de condiciones de estimulación inadecuada. (Yarrow, op.cit.).

Esto se debe probablemente a que la falta de una figura materna nunca ha sido estudiada de una manera pura, sino que con frecuencia la falta de una madre ha estado asociada a otros factores, tales como la orfandad o la hospitalización los cuales repercutirán en la calidad y cantidad de estimulación social y ambiental, tipo de alimentación, etc.

Es obvio que no es lícito atribuir a la carencia de figura materna todos los daños posteriores del niño; aunque esto se ha visto favorecido por la falta de un concepto claramente delimitado de privación materna; a este respecto Bralic y Lira (1978) señalan que "lo que en la mayoría de los estudios se ha descrito como privación materna no constituye una variable simple u homogénea. Consiste más bien, en un conglomerado de condiciones que tienden a presentarse simultáneamente" (pag. 51).

Aunado a las deficiencias en la definición, nos encontramos con que el término también ha sido utilizado para describir relaciones inadecuadas entre madre e hijo, por ejemplo, Kirk (1978) relata el caso extremo de un niño de 6 años cuya ejecución mejoró notablemente en el aspecto académico y social al ser retirado de la madre emocionalmente perturbada.

Otras variables que han sido asociadas con la privación materna son: la sustitución de la madre por parientes o cuidadores y la maternidad múltiple (varias figuras maternas simultáneas), factor este último al que se le han atribuido desvia-

ciones en la personalidad, aun cuando la investigación empírica no ha sido suficiente para demostrarlo.

Lo anterior se debe a que en algunos casos se encuentra - que dicha situación resulta benéfica para el niño, puesto que - se le expone a estimulación variada como sucede en los Kibutz israelitas, o en nuestra cultura, en que mientras la madre sale a trabajar el niño es cuidado por parientes y empleados.

Aunque como afirman Bralic y Lira, (op. cit.) la cuestión es diferente si nos referimos no a figuras maternas simultáneas sino sucesivas, ya que entonces "no podemos hablar de maternidad múltiple, sino más bien de múltiples separaciones maternas y, o, probablemente de deprivación materna concomitante" (pag. 53).

Todo lo anterior implica, entonces, la inexistencia de - factores atribuibles única y exclusivamente a la falta de una - figura materna como tal, sino más bien a la carencia de estimulación adecuada y a la falta de lazos afectivos estables y duraderos.

2. Deprivación cultural.

A raíz de los estudios realizados en instituciones en - los que se señalaba la importancia del medio ambiente para el desarrollo óptimo del individuo, algunos investigadores se dieron a la tarea de analizar los efectos que éste ejercía sobre

los niños, llegando a la clara conclusión de que era un factor determinante para su posterior ajuste, incluso, se llegó a encontrar una gran relación entre el nivel socioeconómico y el desarrollo del infante.

La evidencia que se acumuló al respecto, llevó a Riessman, (1962, en Bralic y Lira, 1978) a acuñar el término de "deprivación cultural" para referirse a este fenómeno; de hecho está plenamente comprobado que la frecuencia "del retardo mental en los 'ghettos' urbanos, barrios marginales o en las zonas rurales necesitadas, es varias veces mayor que la de la población de clase media" (Tarjam, 1974; Bralic y Lira, 1978).

En base a estos conceptos, Kilbridge (1977) realizó un estudio con 13 bebés de la tribu Baganda, en Uganda, y encontró que entre los 2 y los 12 meses de edad, éstos estaban adelantados 0.99 meses en las habilidades motoras y 0.54 meses en las habilidades mentales en comparación con las normas de ejecución de las escalas Bayley de desarrollo motor y mental. Durante la evaluación, iniciada en muchos casos en la primera semana de vida, Kilbridge notó un avance significativo en las áreas sensoriomotoras de sentarse, control postural y de cabeza, conducta social, control visual y otras.

El autor llegó a la conclusión de que dichos resultados se debían a la alta frecuencia de contacto físico entre el infante y su madre, ya que ellas tienen la costumbre de cargar a sus hijos mientras realizan sus labores cotidianas, con lo que

los pequeños reciben una estimulación muy variada.

Mencionamos lo anterior, porque Bralic y Lira (1978) describen un estudio en que al comparar niños ugandeses de nivel socioeconómico alto con niños europeos se encontraron curvas de desarrollo muy similares, esto es, no había precocidad como sucedía en los estratos socioeconómicos bajos, pero además, tampoco existía descenso del coeficiente intelectual.

En esta misma línea se encuentra el trabajo de Sloven, Ela y Kahen Baz (1978) con 80 infantes de 4 y 7 meses provenientes de estratos socioeconómicos bajo y medio, así como de instituciones como las ya mencionadas, quienes fueron evaluados en la respuesta que presentaban en la manipulación de un arillo rojo que se desplazaba o mantenía fijo. Los resultados mostraron que los niños de clase media respondían mejor a la estimulación que los otros dos grupos, es decir, que puede demostrarse que los factores socioculturales pueden variar la tasa de desarrollo de los infantes de 4 y 7 meses de edad.

Por su parte, Werner, Bierman y French (1971) en un estudio longitudinal realizado en la isla de Kuwai descubrieron que de cada mil niños evaluados a la edad de 10 años, solamente 66% tenían niveles aceptables de ejecución académica, y además no presentaban problemas de conducta ni daño físico o intelectual; del 34% restante, una minoría había tenido problemas perinatales, por lo cual concluyeron que diez veces -

más niños habían tenido problemas relacionados con los efectos de un ambiente empobrecido durante su infancia, en proporción a los que habían tenido alguna complicación al nacimiento, con lo que se confirma el hecho de que sólo el 25% de los retardados lo son debido a problemas o complicaciones biológicas.

La importancia de estos factores, ha favorecido el hecho de que algunos autores se hayan dedicado a tratar de aislar las variables que influyen en el retardo sociocultural, y así, hasta el momento se han analizado cuestiones relacionadas con las prácticas de crianza (Kilbridge, 1977; Khopp et. al. 1977) la presencia de la madre como única proveedora de estimulación -- (Rehingold, 1956; Morgan et. al. 1980) y el bombardeo indiscriminado de estímulos (Wachs, 1971).

Es claro que aun cuando los factores biológicos y sociales se mencionan y analizan por separado, éstos interactúan y se entrelazan para dar lugar a la presencia de retardo en un individuo, ya que es obvio que una deficiencia causada por un factor biológico se agravará si las condiciones de estimulación no son óptimas, o no se dirigen desde el primer momento a la minimización del daño.

Esto se hace más claro, si lo representamos con un ejemplo; supongamos que un niño con paladar hendido se ve imposibilitado para articular correctamente ciertos fonemas y que sus padres y maestros lo van aislando de la estimulación proporcionada a otros niños de su edad. Pronto tendremos no sólo

un problema de articulación, que probablemente pueda ser corregido por medio de cirugía, sino que se habrá complicado con dificultades en la lecto-escritura y el ajuste social en el mejor de los casos. Este ejemplo nos permite visualizar la importancia de la detección temprana, la prevención y el trabajo multidisciplinario como una forma de intervención efectiva.

Hasta aquí nos hemos limitado a describir la forma en que los diferentes factores inciden en la presentación del retardo en el desarrollo, señalando la importancia de los años -- preescolares, sin aludir a la forma en que han sido controlados o prevenidos, ya que este punto, dada su importancia, lo abarcamos en una sección aparte.

PREVENCIÓN DEL RETARDO EN EL DESARROLLO.

Según las investigaciones de la UNESCO reportadas por algunos especialistas durante una reunión en París en 1979, se ha calculado que el 10% de la población mundial padece algún tipo de deficiencia, y que los más afectados son los menores de 15 años. Esta información es igualmente válida para México (SEP, 1981) en donde, por otra parte, sólo se atiende al 2.7% de la población afectada.

"El personal docente (...) apenas alcanza a cubrir las necesidades actuales de las instituciones, (ya que) cada maestro debe atender en promedio a más de 50 alumnos, cantidad que puede resultar excesiva para brindar buena atención" (Alvarez

M. y cols.;1977, p. 28).

"Un estudio realizado por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud sobre México, señala que el 80% de las personas impedidas podría recibir una asistencia significativa con la utilización de los propios recursos existentes en la comunidad" (Grant, 1981, p. 21).

"El mundo se mueve mientras cinco millones de niños mueren al año y otros 10 millones quedan paralíticos, ciegos y mentalmente dañados a causa de seis enfermedades que pueden ser prevenidas" (Malvido, 1982, pag. 18).

Las cifras anteriores nos hacen pensar que el retardo no es sólo un problema de carácter médico o educativo sino que se convierte en una cuestión social ya que la población afectada - no sólo no está siendo atendida, sino que además sus deficiencias se están agravando o multiplicando, lo que repercute en distintos ámbitos, que van desde el nivel individual hasta el social.

Individual, porque el retardado verá limitado su campo de acción en el grupo familiar y social al que pertenece ya que no podrá integrarse adecuadamente a ninguno de ellos.

Familiar, porque la presencia de un sujeto retardado en un grupo tan cerrado crea tensiones, sentimientos de rechazo, sobrecarga económica y, frecuentemente, descuido de los miembros.

bros restantes al volcar los progenitores su atención en el su jeto con problemas.

Social, porque representa una carga para la comunidad - en muchos sentidos, ya que la gran mayoría de los retardados se rán siempre desempleados o subempleados y la erogación económica por concepto de atención y servicio para ellos es muy elevada.

Por todo lo anterior se comprende la urgencia de buscar opciones de intervención que nos permitan resolver el problema en sus primeras fases.

Una estrategia adecuada, parece ser la prevención en di ferentes niveles, pues si bien es cierto que es muy difícil hablar de ésta en un sentido estricto debido a la cantidad y tipo de factores que intervienen para la presentación del retardo no lo es menos que éste puede evitarse en la gran mayoría de los - casos.

En una sección anterior, se mencionaba que se han detec tado muchos de los factores biológicos ocurridos alrededor del nacimiento, lo que ha facilitado de alguna manera su prevención, especialmente en los aspectos médicos, bien sea a través de vacunas, de consejo genético, de dietas adecuadas o de vigilancia del embarazo, aún cuando todavía estamos en la etapa en que es más frecuente establecer acciones de detección precoz, que preventivas a nivel primario.

Las acciones de detección precoz, están enfocadas básicamente a tratar de evitar que el daño se agudice o multiplique, sobre todo cuando hay una etiología plenamente identificada, sin embargo dicha detección conlleva algunos problemas tales como - falta de canales adecuados para la información y orientación de casos, la falta de técnicas adecuadas para la identificación de sujetos con problemas y la falta de recursos para atender a la población una vez identificada.

Por otro lado, cuando el retardo se debe más bien a variables ambientales es difícil incidir en el mejoramiento de las condiciones adecuadas, debido más que nada a que estos casos -- generalmente están ligados a factores socioeconómicos cuyo mejoramiento está fuera del alcance de los profesionales.

Tales dificultades han llevado a algunos investigadores a buscar estrategias alternativas para la prevención del retardo en el desarrollo; una de éstas ha sido la estimulación temprana, - la cual se ha utilizado con éxito en algunos países. En la siguiente sección se exponen las razones por las cuales se considera que la estimulación temprana puede convertirse en un eficaz agente preventivo del retardo.

LA ESTIMULACION TEMPRANA COMO AGENTE PREVENTIVO.

La prevención, en un sentido amplio, no se concibe como la realización de acciones aisladas de individuos o grupos, sino como un conjunto de acciones perfectamente estructuradas entre sí que aseguren a la alteración efectiva de los factores -

que provocan el retardo en el desarrollo. Entre las acciones más efectivas está sin lugar a dudas la intervención temprana en niños considerados de alto riesgo.

El concepto de alto riesgo se refiere, en general a aquellos sujetos que debido a las condiciones medioambientales en que se desenvuelven están expuestos a sufrir algún daño físico o psicológico; particularmente para el problema del retardo en el desarrollo se han establecido tres subcategorías en las cuales están implicados tanto los factores biológicos como los culturales.

Tjossem y De Lorenzo en 1974 (cit. en Mora, J. O., 1980), propusieron la siguiente clasificación para referirse a niños potencialmente susceptibles:

a) Riesgo establecido: "Comprende aquellos casos con problemas de tipo biológico o médico claramente identificados que conllevan, necesariamente, la presencia de grados variables de retardo en el desarrollo, el ejemplo clásico es el Síndrome de Down. Entra en esta clasificación una serie de alteraciones biológicas, congénitas o adquiridas que ejercen claramente un impacto nocivo sobre la estructura y desarrollo del sistema nervioso central... Se ha sugerido, con razón, que este grupo no puede considerarse realmente como de alto riesgo, puesto que el riesgo se define como el peligro, contingencia o posibilidad de que ocurra el problema" (pag. 109).

Sin embargo, se incluye en esta clasificación debido a la posibilidad que existe de minimizar el daño cuando se interviene oportunamente.

b) Alto riesgo biológico: Aquí están considerados los niños que no tienen ningún daño físico aparente, pero que debido a las condiciones prenatales, perinatales y aun preconcepcionales pueden ver comprometido su desarrollo a corto o largo plazo. También el factor nutricional juega en estos niños un importante papel, ya que se ha demostrado que las deficiencias - proteicas en un niño favorecen el desarrollo de infecciones así como la apatía e inactividad. (Mora, 1980).

c) alto riesgo ambiental o sociocultural: "son niños que nacen biológicamente sanos pero que debido a las condiciones adversas en que crecen, requieren de una intervención para que su desarrollo no se vea afectado" (Montenegro, 1978, p. 22).

Respecto a estos niños, Tjossem (op. cit.) explica que "las condiciones de pobreza y marginalidad en que se desenvuelven" los hace altamente susceptibles al retardo.

Una vez establecido el alto riesgo, la única alternativa es la intervención temprana para evitar futuras consecuencias, por eso se considera que la estimulación a esta edad es un eficaz agente preventivo a dos niveles: primario y secundario.

A nivel primario porque permite contrarrestar los efectos de la desnutrición, la enfermedad y la privación, afecto y estímulos ambientales que podrían afectar a los niños que caen dentro de la clasificación de alto riesgo ambiental. A nivel secundario porque es posible evitar complicaciones futuras, así como minimizar el daño biológico con niños de riesgo establecido.

En el trabajo de Estimulación Temprana están involucrados una serie de elementos que hacen factible su empleo como agente preventivo, éstos son la estructuración de los estímulos, la participación de los padres como responsables de la intervención y el trabajo integrado de los especialistas en un equipo multidisciplinario que será descrito a continuación.

a) Estructuración de estímulos.

Uno de los elementos básicos del trabajo con infantes es el ordenamiento secuencial de los estímulos agrupados casi siempre en áreas específicas de estimulación (motora gruesa y fina, cognitiva, lenguaje y social) para abarcar todos los aspectos de desarrollo, aquí es importante aclarar que si bien casi siempre el curriculum está diseñado para niños cuyo desenvolvimiento es normal, no es raro encontrar algunos diseños especificados para niños con problema, en donde se hacen aclaraciones y sugerencias, de acuerdo al tipo específico de daño (Carrillo, 1981a; 1981b; Tinetti, 1981).

Además, como la estimulación temprana está dirigida más - frecuentemente a niños cuya situación socioeconómica es extrema, se toma muy en cuenta el costo y la accesibilidad de los - materiales empleados, cuando es éste el caso, se programan ade más cursos para padres sobre una diversidad de tópicos.

b) El equipo de trabajo.

Uno de los aspectos más interesantes de la Estimulación - Temprana es, sin duda alguna, la posibilidad que ofrece de tra - bajar de manera multidisciplinaria, esto se debe a que es en - esta área donde la colaboración de médicos, enfermeras, psicó - logos, terapeutas, profesoras y otros especialistas se hace - más evidente, ya que la atención al niño no es una labor exclu - siva de alguno de ellos.

Durante mucho tiempo se consideró que era el médico, o el psicólogo, o el educador especial quien cumplía la labor más - importante en un trabajo de estimulación temprana, afortunada - mente ahora se ha comprendido que cada uno de ellos tiene un pa pel específico que cubrir dependiendo de las características - propias del programa, los niños atendidos, y logrados los objeti - vos establecidos, con lo que se evitan duplicidades y lagunas en la intervención.

Algunos autores (Cabrera M. C. y Sánchez P.; 1980 Schiel - bush, 1978) han establecido que un programa de estimulación tem prana debe contar al menos con los siguientes especialistas:

psicólogos, neurólogo, pediatra, trabajador social, fisioterapeuta, maestros especializados en estimulación temprana y un - especialista en estimulación temprana; todo ello independientemente de las diversas personas que en un momento dado deben intervenir también como son enfermeras, niñeras, médicos con diferentes especialidades, etc.

He aquí las funciones que cada uno de ellos debe abarcar de acuerdo a su especialidad:

Pediatra: Es el encargado de guiar y supervisar el cuidado físico del niño, ya que es el único que está facultado para detectar los aspectos clínicos del paciente. Es también el - encargado de canalizar al niño con problemas a otros médicos - especialistas (audiólogo, cardiólogo, fisiatra, etc.), de ayudar a los padres a interpretar la información proporcionada para conducir el tratamiento en caso necesario, y, además, enviar a los niños de alto riesgo al médico correspondiente.

Más específicamente, el pediatra debe ser capaz de coordinar la evaluación médica, a fin de proporcionar a los padres y maestros la información necesaria. En muchos equipos de trabajo este especialista se ha convertido en el coordinador del - mismo, principalmente cuando se trabaja con niños de riesgo establecido.

Neurólogo: Tiene como función dentro de la labor de estimulación temprana evaluar "el grado de maduración del sistema

nervioso e informar de las potencialidades que el niño presenta en cada momento con vistas a la actuación de los restantes especialistas" (Cabrera y Sánchez P., 1980, p. 66).

Trabajador social: Su labor en un equipo multidisciplinario es la de orientar a la familia para hacer uso de los servicios de comunidad; servir de enlace entre la familia y los demás especialistas, colaborar para mantener el entusiasmo de los padres en la atención de sus hijos, y básicamente, en los casos de niños retardados, valorar la aceptación de los padres para que sea posible efectuar los cambios necesarios en ese sentido.

Esto lo hace el trabajador social por medio de visitas periódicas a las casas y comunidades, así mismo establece el contacto con otros grupos y prestadores de servicios, y realiza las entrevistas formales e informales con diferentes personas y observaciones directas.

Terapeuta del lenguaje: En colaboración directa con el médico especialista en comunicación, el terapeuta del lenguaje realiza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de lenguaje que el niño presenta.

Es, además, el encargado de informar al resto del equipo las áreas que están siendo más afectadas por el desarrollo inadecuado del lenguaje.

Terapeuta físico: El especialista en terapia física es el encargado de valorar los avances del infante en las áreas de

motricidad gruesa y fina, así como de aplicar el tratamiento en estas áreas. Otra de las funciones del terapeuta físico es la de enseñar a los padres a ejecutar los ejercicios prescritos - por el especialista en medicina de rehabilitación.

Dentro del equipo multidisciplinario es el encargado de informar a los integrantes los avances del niño, para que éstos - puedan servir como punto de partida a fin de que se inicie la enseñanza de nuevas habilidades.

Educador Especial: Es el encargado de guiar el programa - de manera general, además es a él a quien se le confía la aplicación del programa en lo que se refiere a las áreas perceptual y cognitiva; participa en la evaluación de las habilidades preacadémicas del niño; sirve de enlace entre el cuerpo médico y los otros especialistas; y optimiza los recursos materiales y - humanos con los que cuenta la institución.

Médico especialista de la comunicación humana: Es el en--cargado de evaluar, programar y revisar el tratamiento para los niños que presentan deficiencias en cualquier área de comunicación, tales como articulación inadecuada, tartamudos, percepción auditiva, etc.

Psicólogo: Hemos dejado al final el papel del psicólogo en un equipo de intervención temprana a fin de extendernos un poco más, puesto que es en él en quien se centra nuestro interés

fundamental.

Tradicionalmente, el psicólogo ha asumido funciones de clasificador y aplicador de pruebas, limitando así su participación como profesional capaz de incidir en la prevención, la rehabilitación, el desarrollo, la detección y la planeación de actividades en las áreas de salud pública e instrucción entre otras (Ribes y Fernández G., 1975).

Otra actividad fundamental del psicólogo es aquella mediada por profesionales y no profesionales, "Esta última contempla la 'desprofesionalización' progresiva del psicólogo como aplicador de soluciones concretas y plantea su actividad fundamental como planeador y creador de tecnología en la prevención eficaz de los problemas conductuales a nivel comunitario" (Ibidem, pag. 27).

De ahí, que las actividades del psicólogo, como profesional del comportamiento, en un equipo de estimulación temprana estén enfocados concretamente a la elaboración y planeación de programas de desarrollo, la planeación de sistemas preventivos del retardo, el establecimiento de formas efectivas para minimizar el daño cuando éste ha ocurrido, la detección precoz y oportuna de problemas relacionados con el desarrollo infantil, tanto en ambientes institucionales como familiares, la búsqueda constante de nuevos y mejores sistemas de intervención, evaluación y control.

Además de lo anterior, el psicólogo puede coordinar el trabajo del equipo, ya que es él, en última instancia, quien por medio de la información periódica de otros especialistas y de sus propias observaciones mantendrá al día el perfil de habilidades de cada uno de los niños.

También, en casi todos los casos, será el responsable de informar a los padres de los avances o problemas planteados en el tratamiento, así como de darles instrucciones para realizar el trabajo en casa.

Padres: Si bien no podemos considerarlos dentro del equipo de especialistas como tales, ellos juegan uno de los roles más determinantes en el trabajo con infantes, puesto que difícilmente ninguna persona, por muy buena preparación y equipo de que disponga, podrá enseñar a hablar correctamente a un niño, por poner un ejemplo, en sesiones de 2 o más horas diarias.

Los padres, por lo tanto, son parte esencial del equipo de intervención, ya que son ellos los primeros agentes de cambio de la conducta infantil, esto se hace más evidente cuando hablamos de estimulación temprana, puesto que deben convertirse en los terapeutas de sus hijos en todas las áreas, (Ashton-Lilo, 1979; Cabrera y Sánchez P., 1980), pues son los que tienen la posibilidad de dar a la intervención, la rutina y sistematización que ésta requiere.

De hecho, en la actualidad, el entrenamiento a los padres

ha adquirido una gran importancia y se ha establecido como una forma más de intervención, aun cuando representa un reto, porque con frecuencia puede resultar frustrante para el terapeuta, encargado del entrenamiento, el hecho de que haya poca participación de los padres propiciada por su falta de interés; empero una vez que los padres y familiares comprenden la importancia de su participación en la tarea común, y que son tan importantes como cualquier otro miembro del equipo de intervención, resulta fácil alcanzar los objetivos propuestos.

Para concluir este capítulo, sólo es necesario remarcar la importancia que tiene el trabajo multidisciplinario concebido - como la coordinación de esfuerzos para alcanzar un logro común, que en este caso será la prevención a nivel primario y secundario a través de la Estimulación Temprana.

CAPITULO II

BASES TEORICAS DE LA ESTIMULACION TEMPRANA

La Estimulación Temprana se basa en los conocimientos que han aportado la neurología evolutiva, la psicología del desarrollo y el análisis conductual aplicado, así mientras las dos primeras le ayudan a comprender como se desarrolló el niño, cuáles son las períodos en los que está biológicamente preparado para desplegar tal o cual conducta y le sirven de punto de partida - para diseñar programas o instrumentos de evaluación, la modificación de conducta le proporciona las técnicas necesarias para implementar los programas de estimulación adecuados a cada caso individual.

En este capítulo describiremos brevemente cuál es el interés fundamental de estas tres ramas de conocimiento así como - cuáles han sido sus aportaciones específicas a la Estimulación Temprana. Finalmente expondremos las razones por las que hemos optado por trabajar bajo el marco teórico metodológico del Análisis Experimental de la Conducta.

1. Neurología Evolutiva.

El desarrollo psicológico de un individuo es un proceso continuo en el que la maduración biológica y el aprendizaje se entrelazan continuamente; así un niño, al momento de nacer, no muestra aquellas conductas que se ven continuamente en un adulto

o en un niño de mayor edad, ya que tales repertorios dependen - tanto de la maduración de las estructuras y sistemas de respuesta del organismo, como de la ejercitación de las mismas.

Es este aspecto del crecimiento infantil lo que interesa a la neurología evolutiva, ya que de la forma en que se desarrolle el Sistema Nervioso Central, SNC, dependerá en gran medida la adquisición del repertorio conductual del niño. Para esto, cualquier alteración del mencionado sistema se traducirá en trastornos que deberá evaluar el neurólogo puesto que le sirven como - signos de las funciones nerviosas y del estado del SNC.^{1/}

La Estimulación ha tomado de la neurología evolutiva las - descripciones acerca de las etapas por las cuales atraviesa el SNC especialmente durante los primeros años de vida, de hecho - es a partir de tales descripciones como entendemos porque el desarrollo durante el primer año de vida es tan vertiginoso. También le auxilia en la detección precoz de niños de alto riesgo biológico y de riesgo establecido, ya que por medio del examen neurológico se pueden observar (o comprobar) posibles desviaciones del desarrollo infantil.

2. Psicología del Desarrollo Infantil.

Característicamente, los procesos de crecimiento físico que

1/ En el capítulo III se hace una descripción de estos signos.

influyen de manera importante en el desarrollo del individuo son secuenciales e irreversibles; esta uniformidad llevó a muchos autores a plantear la existencia de normas de desarrollo válidas para una gran cantidad de niños, independientemente de aspectos culturales, económicos, sociales, etc., lo que propició que durante muchos años la psicología del desarrollo se limitara básicamente a describir la forma en que el niño en crecimiento iba cambiando o desplegando conductas más complejas.

Así mismo se consideraba que el crecimiento, y por consiguiente el desarrollo psicológico, seguía pautas fijas y por lo tanto inalterables, aunque se aceptaba que existían diferencias individuales "pero ellas se adhieren estrechamente a un promedio central" (Gesell y Amatruda, 1974, pag. 36), por lo tanto cualquier desviación podía significar retardo en el desarrollo, prácticamente estos estudios normativos se utilizaron única y exclusivamente como forma de diagnóstico.

Las principales investigaciones de este tipo estuvieron basadas en estudios longitudinales o transversales, que consisten, respectivamente, en observar a un grupo de individuos durante un largo tiempo, o en registrar el desarrollo de varios grupos de diferentes edades en un momento determinado.

Reese y Lipsitt (1975) mencionan que entre las ventajas de utilizar estudios longitudinales está la posibilidad de obtener índices de velocidad y de establecer pautas individuales, pero

que al optar por este método debe considerarse que puede requerir de altas inversiones financieras y de tiempo; que los sujetos pueden desertar, o que el interés de los investigadores puede decaer o variar.

Los mismos autores señalan que el método transversal puede proporcionar promedio o normas, pero resulta prácticamente imposible saber si las diferencias observadas entre los grupos se deben a la edad o a las condiciones medioambientales.

Uno de los primeros resultados de esta forma de entender la psicología del desarrollo fue el establecimiento de pruebas psicométricas, como las desarrolladas por Gesell (1979), Bayley (1969), etc.; en la que se intenta correlacionar la edad con la conducta. Sin embargo, las medidas así obtenidas no son útiles para determinar el procedimiento a seguir una vez hecha la evaluación.

Otra desventaja de esta forma de enfocar el problema del desarrollo, es que las explicaciones así obtenidas se quedan en un mero nivel de descripción, ya que no nos dicen nada acerca de porqué los niños se comportan como lo hacen (Reese y Lipsitt, 1975); ni tampoco toman en cuenta las diferencias individuales debidas a factores medioambientales, puesto que están basadas en promedios.

Debido a lo anterior, la tendencia actual, es considerar que si bien es innegable la importancia que tiene el desarrollo biológico

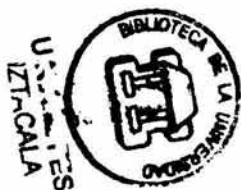
gico del ser humano para su posterior adaptación al medio, ya le proporciona las estructuras y sistemas de respuesta necesarias - para responder adaptativamente a su medio ambiente, la forma en que tales sistemas funcionen en determinado momento depende en gran medida, de las condiciones ambientales en las que se encuentra el individuo.

3. Análisis Conductual Aplicado.

Finalmente, se hará referencia al Análisis Conductual Aplicado, que es el conjunto de técnicas de modificación de conducta derivadas del análisis experimental de la conducta, y que al mismo tiempo representa el marco teórico metodológico que hemos elegido para realizar este trabajo.

La característica distintiva del Análisis Experimental de la conducta está en el uso que hace de la metodología científica para estudiar el comportamiento, lo que permite un análisis funcional y objetivo, al mismo tiempo que evita el recurrir a constructos hipotéticos. Así, el psicólogo procura hacer una especificación lo más detallada posible de los estímulos y del medio ambiente, con el fin de establecer relaciones funcionales entre éste y la conducta.

Esta forma de aproximarse al estudio de la conducta ha permitido el establecimiento de una serie de principios con base en los cuales se han desarrollado una serie de técnicas que se han denominado de Análisis Conductual Aplicado útiles para la "solu



ción de problemas de conducta en los campos de la educación, la psicología clínica, la educación especial y la rehabilitación" (Galindo, et. al., 1981. pag. 22). Algunos ejemplos de la forma en que tales técnicas han sido empleadas, los encontramos en los estudios realizados por Baer (1962); Mc. Arthur y Hawkins (1974); Hart y Risley (1968); Wolf, Risley y Mees (1964); -- Dalton y Hislop (1973); Galindo y Cols. (1981), entre muchos otros.

Otra ventaja de utilizar técnicas de modificación de conducta es que nos permite establecer objetivos individuales, basados en la recopilación de datos para cada caso, lo que facilita el trabajo de estimulación, especialmente con niños muy pequeños, ya que consideramos que éstos son individuos no promedio.

Finalmente, la modificación de conducta es un procedimiento de enseñanza que nos facilita el estructurar sistemáticamente las condiciones ambientales a fin de mantener, suprimir o transformar el repertorio conductual de los individuos.

Basándonos en estas condiciones es que hemos decidido emplear las técnicas de modificación de conducta para llevar a efecto el programa de estimulación temprana propuesta en este trabajo.

CAPITULO III
EVALUACION DEL DESARROLLO INFANTIL

El interés por evaluar el desarrollo infantil casi siempre ha tenido como punto de partida el tratar de conocer el estatus de un infante en relación con otros menores de igual edad.

En el caso particular de la estimulación temprana, la evaluación está íntimamente ligada con los problemas que presentan los bebés de alto riesgo, ya que ahora sabemos que dicho riesgo puede evitarse o minimizarse con una adecuada intervención temprana, por esto y siendo la evaluación el primer paso para proceder al tratamiento adecuado, es necesario que los instrumentos utilizados nos informen claramente cómo se desarrolla el infante y sirvan de guía para un programa de instrucción y también nos indiquen la efectividad del tratamiento.

De esta manera la información para el desarrollo debe dirigirse hacia las habilidades y déficits del niño, es decir ¿qué repertorios tiene? ¿son adecuados? ¿son excesivos? ¿hay algunos que no están en consonancia con el contexto general? etc. todo ello nos permitirá establecer objetivos y estrategias de entrenamiento que contemplen no sólo los déficits sino, fundamentalmente, las habilidades (Bijou y Grimm, 1980; Galguera, 1981).

Otro aspecto importante a considerar al seleccionar un instrumento de evaluación, es que éste nos dé información acerca -

de la efectividad del procedimiento empleado.

En la siguiente sección se presenta una breve revisión de los instrumentos de evaluación usados en el trabajo con preescolares en base a los cuales se ha seleccionado el que consideramos más idóneo para nuestros propósitos. Sin embargo, antes de seguir adelante es importante hacer algunas consideraciones.

Ashton Lilo (1979) al referirse a las escalas empleadas para la evaluación y diagnóstico de bebés de alto riesgo afirma que es frecuente encontrar que las categorías están traslapadas, - tanto horizontal como verticalmente, lo que provoca que en múltiples ocasiones se descuiden o sobreentrenen algunas habilidades o por el contrario que los niños se vean sometidos a una serie de pruebas diagnósticas y evaluaciones que lo único que hacen es clasificarlo, sin darle la oportunidad de recibir tratamiento, esto se debe a que, tradicionalmente, la evaluación se ha limitado a etiquetar a los sujetos de diagnóstico, sin dar - la pauta para la definición de un programa adecuado de entrenamiento.

Por ello coincidimos con Zarzosa (1979) señala que "la conexión entre el diagnóstico y la rehabilitación debe ser estrecha, (ya que) el primero pierde significado cuando no se encuentra vinculado con el segundo, pues cuando el diagnóstico no proporciona una guía eficaz para la rehabilitación, pierde su valor" (p. 93).

ESCALAS DE EVALUACION

La evaluación y diagnóstico del desarrollo infantil ha tenido como objetivo detectar precozmente infantes de alto riesgo, así como establecer normas entre niños de igual edad y condiciones, por lo que muchos de los instrumentos tienen esta doble función, aunque sólo hayan sido diseñados con alguno de los dos propósitos.

Aquí los hemos agrupado en cuatro rubros:

1. Evaluación del neonato.
2. Evaluación del desarrollo normal.
3. Evaluación del desarrollo retardado.
4. Evaluación neurológica, de acuerdo a la finalidad con la que fueron diseñados.

1- Evaluación del neonato. En esta sección describiremos brevemente algunos instrumentos que han sido utilizados para identificar infantes de alto riesgo durante las primeras horas de vida y los 30 días posteriores al nacimiento.

1.1. Test Apgar.

Esta prueba es una de las más usadas para evaluar el estado del bebé durante los primeros minutos del nacimiento, incluso en muchos países forman parte obligatoria de la rutina obstétrica.

El test Apgar fue diseñado para evaluar las características fisiológicas del infante al 1,5 y 10 minutos de vida. -
Consta de una escala de tres puntos para medir cinco signos: -
la tasa cardiaca, esfuerzo respiratorio, irritabilidad de los -
reflejos, tono muscular y color de la piel.

Si bien este test no tiene como objetivo servir como una medida de pronóstico, algunos autores lo han empleado con tal -
fin y han encontrado que los datos del primer minuto se correlacionaban ampliamente con la evaluación neurológica realizada a los cuatro meses.

Otros investigadores han encontrado que este método resulta útil para pronosticar daño cerebral al año de edad (Drage y cols., 1966) o para predecir la ejecución motora a los 4 y 5 años de edad respectivamente (St. Clair, 1978).

1.2. Parmellee.

La escala de complicaciones obstétricas y postnatales, y la escala de complicaciones pediátricas, fueron diseñadas por - -
Parmellee y colaboradores (1976), para evaluar las características neurológicas y fisiológicas de los neonatos, así como para identificar bebés de alto riesgo.

Ambas escalas constituyen un sistema para registrar el riesgo y contienen un total de 14 medidas que incluyen algunos reactivos de las escalas desarrolladas por Gesell y Cesati-Lazine,

distribuidos de la siguiente manera:

a) Cinco medidas neonatales: (complicaciones obstétricas - complicaciones postnatales, registro de patrones de sueño, evaluación neurológica del recién nacido y atención visual; estas tres últimas, para niños de 40 semanas de gestación).

b) Cuatro medidas para los 3 y 4 meses de edad (patrones de sueño -3 meses-, complicaciones pediátricas, escala de Gesell y atención visual).

c) Cinco medidas para los 8 y 9 meses (precisión manual y esquema sensorio-motor, conducta exploratoria -8 meses-, escala de Gesell, Test cognitivo de Cesati-Leziné y complicaciones pediátricas).

Este sistema evaluativo permite definir las áreas deficitarias con mayor exactitud, ya que utiliza otras escalas (Gesell y Cesati-Lezine), con lo cual es posible establecer la cantidad y calidad del daño.

Otra característica importante de la Escala Parmelee es que durante la intervención puede ser utilizada como guía.

1.3. Brazelton.

La escala conductual del neonato (Neonatal Behavioral -

Assessment Scale) diseñada por Brazelton y colaboradores (1973) contiene 37 items que evalúan la respuesta refleja del infante a estímulos visuales, auditivos y táctiles, así como a las respuestas de gesticulación, voz y postura del examinador.

Su aplicación se realiza en 20 ó 30 minutos y puede ser efectuada por los padres; es básicamente una escala conductual ya que evalúa "la cualidad de la responsividad infantil, la cantidad de persistencia requerida por el examinador para elicitarse la mejor respuesta y la irritabilidad general del infante" (Horowitz, 1980). Una característica importante de esta escala es que aunque no fue elaborada para servir de instrumento de identificación, si ha sido utilizada en el trabajo con niños retardados, ya que permite medir cambios muy sutiles (ibidem).

1.4. Test Denver (DDST).

El Test Denver (Denver Development Screening Test) está diseñado para evaluar la conducta del infante desde el nacimiento hasta los 6 años de edad y se divide en cuatro áreas fundamentales: motora gruesa, motora fina, adaptativa y personal social, lo que permite identificar desviaciones en el desarrollo a partir de los seis meses.

No es una prueba muy sutil, por eso sólo permite mediciones gruesas y carece de procedimientos compensatorios para evaluar niños con desventajas específicas, sin embargo, muchos médicos y profesores la utilizan para urgir a los padres a que -

recurran a instancias más especializadas (La Veck, 1978).

Estos son únicamente ejemplos de las técnicas utilizadas para evaluar el estado de los infantes recién nacidos, ya que hasta el momento se han desarrollado gran cantidad de ellas, aunque éstas son las más generalizadas.

2. Evaluación del Desarrollo "Normal". A fin de evaluar el desarrollo infantil se han diseñado una serie de escalas, cuyo ejemplo más difundido es, sin duda alguna, la escala de Gesell de desarrollo infantil, la cual ha sido tomada como modelo por otros autores en trabajos posteriores. En esta sección no la describiremos, ya que es ampliamente conocida, en cambio, nos referiremos a cuatro instrumentos de evaluación que aun cuando son de tipo experimental fueron diseñadas para el trabajo específico de Estimulación Temprana (Pérez de Alba, 1977; Pérez de Alba y Melgar, 1978; Fuentes Mercado, 1979; UNICEF, 1980; Montenegro, 1978).

2.1. Programa de estimulación temprana 2001.

Este instrumento es el utilizado en el programa de Estimulación diseñado para niños de 0 a 6 años, (Pérez de Alba 1977; Pérez de Alba y Melgar, 1978) y está dividido en seis niveles; cada uno de los cuales corresponde aproximadamente a un año de edad (de 0 a 6 años). En él se evalúan cuatro áreas: motora,

intelectual (atención, imitación), lenguaje (seguimiento de instrucciones), social y afectiva.

Este instrumento es un inventario de las habilidades del niño, especificadas en forma de conducta terminal, así como la edad aproximada en la que los niños deben realizar dicha actividad. La evaluación se realiza cada dos meses y medio como parte del programa de estimulación temprana. Este, por supuesto no es aún un trabajo terminado, ya que como afirman sus autoras todavía falta hacer una "evaluación empírica y sistemática" (Pérez de Alba y Melgar, 1978, p. 149); no sólo del instrumento de evaluación, sino del programa en general.

2.2. Programa de Estimulación Temprana: Manual para Padres.

Al igual que el anterior, la evaluación que aquí se utiliza es un inventario de habilidades del niño desde el primer mes de vida hasta los 6 años, y es resultado de un programa especificado paso a paso, por lo que las conductas terminales son derivadas directamente del programa en cuestión. Hay dos características en este inventario que es importante señalar:

a) Está diseñado para que sean los padres quienes evalúen al niño, simplemente anotando la fecha en que la actividad fue realizada.

b) Está dividido en períodos de evaluación muy cortos

(v. gr. mensual los primeros doce meses) que miden no sólo el avance del niño sino también la efectividad del programa.

2.3. Guías de Estimulación Temprana.

Las guías de estimulación temprana elaboradas y publicadas por el UNICEF (1980), a través del Programa Regional de Estimulación Temprana, están diseñadas para que los padres y educadores en general conozcan las etapas de desarrollo del niño y le provean de todos aquellos estímulos que éste requiera para su óptimo desenvolvimiento. Si bien no constituyen una evaluación en sí mismas, las hemos incluido aquí debido a su utilidad práctica en el trabajo de estimulación temprana.

Los períodos que se incluyen en esta lista van desde el nacimiento hasta los 6 años de edad, y están divididos de la siguiente forma: de 0 a 3 meses; de 3 a 6 meses; de 6 a 12 meses; de 1 año a 1 año y medio; de 1 año y medio a 2; de 2 a 3 años; de 3 a 4 años; de 4 a 5 años; y de 5 a 6 años.

2.4. Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP).

Esta escala fue diseñada por Rodríguez S. y Cols. en 1974 (descrita en Montenegro, 1978), en base a las propuestas por Lezine (1969), Bayley (1969), Gesell (1971) y Denver (1969) y está constituida por una serie de reactivos que evalúan cuatro áreas de desarrollo: motor (coordinación corporal, general y específico, reacciones posturales y locomoción) lenguaje (len-

guaje verbal y no verbal, reacciones al sonido, soliloquio, vocalización, comprensión y emisiones verbales, social (socialización e imitación generalizada) y coordinación (en esta área se incluyen las reacciones del niño que requieren coordinación de los sentidos).

La escala se compone de un total de 75 reactivos en los que se evalúa si el niño hace o no la tarea propuesta. Se diseñó para niños de 0 a 2 años, divididos en 15 grupos de edad, mensualmente hasta el doceavo mes y trimestralmente hasta los dos años. También puede ser aplicada a niños de cualquier edad intermedia.

Para aplicarla se recurre a la observación directa o en caso de que esto no fuera posible, puede atenderse a la información proporcionada por la madre.

Los propios autores señalan que su método permite identificar niños de alto riesgo, retardo en el desarrollo y retardo específico en algunas de las áreas mencionadas.

Las escalas descritas tienen en común ciertas características:

- 1) Casi todas están destinadas a niños normales, a excepción de la escala de evaluación del desarrollo psicomotor que permite discriminar niños de alto riesgo o con retardo.

- 2) Están basadas total o parcialmente en los trabajos de Gesell y Lezine.

3) A excepción de la escala usada por el UNICEF, que más que una escala, es una serie de pautas, todas las demás describen paso a paso el desarrollo del infante.

3. Evaluación del Desarrollo Retardado. A continuación se hace una descripción del inventario del desarrollo secuencial del rendimiento, que sirve para ejemplificar los instrumentos que han sido empleados para evaluar el desarrollo retardado.

3.1. Inventario del Desarrollo secuencial de Rendimiento.

El inventario del desarrollo secuencial del rendimiento (Developmental Sequence Performance Inventory) es un instrumento diseñado por el personal de asistencia del Centro Piloto para niños preescolares impedidos de la Universidad de Washington (EEUU), con el fin de medir las habilidades de los niños con síndrome de Down que a él asisten (Dimitriev, 1980)

Este inventario es una lista de habilidades secuenciales basadas en expectativas de desarrollo normal para niños con el síndrome de Down desde el nacimiento hasta los 8 años. Cada rango de edad está dividido en niveles, lo que da un total de siete niveles, en cada uno de los cuáles se evalúan las siguientes áreas: motricidad gruesa y fina, cognitiva, personal social y habilidades de comunicación. La información resultante de esta evaluación es utilizada con fines de instrucción y evaluación del programa mismo. Es importante mencionar que además -

de este instrumento se utilizan otros como la prueba Denver, - las escalas Bayley, la prueba Peabody y la escala Vineland.

4. Evaluación Neurológica. Si bien ésta no es una escala en sí misma, hemos incluido el examen neurológico debido a - que ha sido desdeñado por los especialistas en desarrollo infantil, a pesar de que una evaluación de este tipo es un elemento indispensable en el diagnóstico del niño retardado.

En este apartado nos limitaremos a describir algunos reflejos que si bien son normales a cierta edad, se consideran manifestaciones de daño neurológico cuando siguen apareciendo en -- edades posteriores, ello se debe a que "el desarrollo normal del lactante está caracterizado, sobre todo en los primeros meses de vida, por la presentación de diversos reflejos que apoyan su maduración estático motora" (Lara, 1979, p.121, 122).

El siguiente esquema fue planteado por Hernández, G. (1977) y se divide en dos partes: reflejos y acciones voluntarias. Respecto a los primeros, este autor afirma que aunque al nacer se considera normal la presencia del reflejo de prensión, no es lo mismo si éste no ha desaparecido al sexto mes.

El reflejo tónico asimétrico se considera patológico si se mantiene más allá de la primera semana de vida; el reflejo de Moro -que consiste en una extensión-flexión rápida de brazos y piernas ante un estímulo auditivo- desaparece hacia el tercer

mes. Los reflejos de enderezamiento y los laberínticos que sirven de base a los reflejos de soporte, se mantienen por lo general hasta los 8 meses de vida.

Además de los anteriores, en gran cantidad de recién nacidos, existe un complejo esquema reflexológico muy primitivo, - que imita la mecánica de la marcha, el gateo y la natación, que no debe ser confundido con acciones aprendidas.

Entre las acciones voluntarias se señalan básicamente los movimientos oculares y de la cabeza hacia el primer mes, aunque no es sino hasta los 3 meses en que el niño logra un perfecto control ocular. En esta misma época aparece también el intento de pateo alternante; dos meses después, el niño es capaz de efectuar rotaciones de decúbito supino a prono y viceversa.

A medida que avanza el tiempo, el niño es capaz de realizar actividades más complejas, por ejemplo: sentarse desde la posición de decúbito (6 a 8 meses), reptar sobre el abdomen (7 meses), gatear (9 meses), mantenerse de rodillas (10 meses), mantenerse de pie (11-12 meses).

Entre los 11 y 12 meses el niño debe poder marchar con ayuda, ya que esto le servirá de base para que entre los 12 y 18 meses lo haga de manera independiente; estas actividades le permitirán correr y subir y bajar escaleras hacia los 24 meses, sin embargo no será sino hasta los 36 en que pueda brincar de manera simple.

En cuanto a los miembros superiores, entre los 18 y 24 meses, el infante emplea una mano de manera especializada, mientras que a los 8 ó 10 meses lo hace de manera indistinta.

Como podemos ver, la evaluación destinada a infantes de riesgo establecido es muy poca en comparación con la gran cantidad de instrumentos que se han diseñado para vigilar el desarrollo "normal". A pesar de esto, la evaluación del Centro Piloto es un valioso instrumento que puede utilizarse no sólo en niños con Síndrome de Down, sino también en aquellos que padecen otras deficiencias, ya que evalúa detalladamente sus avances.

CAPITULO IV

EL CENTRO PILOTO DE DIAGNOSTICO Y ESTIMULACION TEMPRANA

Los servicios de educación especial que se prestan actualmente en nuestro país tienen carácter de remedio en su inmensa mayoría y, además, son insuficientes para atender a la población demandante. Esto-aunado a las escasas posibilidades de incrementar su número y población, debido principalmente a la elevada inversión de recursos humanos y financieros que se necesitarían-hace reflexionar acerca de la urgencia de buscar opciones más viables.

Sin lugar a dudas, la detección precoz y el tratamiento oportuno del problema en centros especializados, con una activa participación por parte de la familia y de la comunidad, pueden contribuir a la disminución de casos de retardo, especialmente de aquellos que no presentan una etiología médica subyacente.

El objetivo de este capítulo es, entonces, presentar la elaboración de un diseño que podría implementarse en una etapa posterior; para realizarlo hemos considerado los elementos abordados a lo largo de este trabajo. Básicamente consiste en proponer un Centro Piloto de Diagnóstico y Estimulación Temprana al cual acudirían las personas de más escasos recursos económicos pagando solamente una cuota de recuperación -de acuerdo a sus posibilidades- ya que su creación responde a la necesidad de prevenir la aparición o agudización del retardo en el desarro

llo por medio de la participación directa de los padres y fami
liares.

Para su diseño se han contemplado objetivos, caracterís-
ticas generales, rol de padres y profesionales, programa gene-
ral de estimulación y paquete de evaluación, todo lo cual se -
describe a continuación.

I. OBJETIVOS. (Que se pretende sean alcanzados cuando el
Centro entre en funcionamiento).

A. OBJETIVO GENERAL.

Contribuir a la prevención primaria y secundaria del re-
tardo en el desarrollo a través de la investigación y presta-
ción de servicios de diagnóstico y estimulación temprana a ni-
ños de alto riesgo y riesgo establecido, así como el entrena-
miento a sus familiares.

B. OBJETIVOS PARTICULARES.

1. De Investigación:

1.1 Diseñar, aplicar y evaluar estrategias para la
prevención del retardo en el desarrollo a nivel primario y se-
cundario.

1.2 Diseñar, aplicar y evaluar estrategias e instru-
mentos de evaluación para la detección precoz del retardo en el
desarrollo.

1.3 Diseñar, aplicar y evaluar técnicas para optimizar el aprendizaje de los familiares y niños que estén vinculados al Centro Piloto de Diagnóstico y Estimulación Temprana.

1.4 Diseñar estrategias para la intervención masiva con niños de alto riesgo.

2. De Servicio:

2.1 Detectar precozmente a niños de alto riesgo y riesgo establecido a fin de intervenir oportunamente.

2.2 Proporcionar atención oportuna a niños de alto riesgo y riesgo establecido.

2.3 Entrenar a las madres para que sean agentes efectivos de estimulación temprana con sus hijos.

2.4 Divulgar las técnicas y objetivos de la Estimulación Temprana a quienes lo soliciten. (otros profesionales, no profesionales y paraprofesionales).

2.5 Promover la participación de padres y familiares en programas y cursos de información general.

II. CARACTERISTICAS GENERALES.

1. Nombre:

Centro Piloto de Diagnóstico y Estimulación Temprana.

2. De las personas a quienes va dirigido el servicio:

- a) niños menores de 4 años de alto riesgo o riesgo establecido.
- b) Padres de familia.
- c) Profesionales de la salud.

3. Requisitos de ingreso:

Para que un niño sea atendido en el Centro debe reunir los siguientes requisitos:

- a) ser menor de 4 años.
- b) estar considerado como de alto riesgo o de riesgo establecido.
- c) que los tutores o padres se comprometan a seguir las instrucciones de los profesionales.

4. Capacidad máxima de atención por turno:

- a) En atención diaria: 40 niños; se procurará que haya siempre niños de las tres categorías mencionadas.

- b) En consulta externa: 8 niños por turno cada día; lo que da un total de 40 niños atendidos semanalmente en cada turno.

5. De la Atención:

El servicio se prestará en dos modalidades:

- a) atención diaria: los niños asistirán al Centro de lunes a viernes, según un horario establecido de acuerdo a sus repertorios, en donde se les proporcionará estimulación en diferentes áreas.
- b) Servicio de consulta externa: El Servicio se proporcionará a través de las madres o familiares previamente entrenados, por lo que sólo acudirán a recibir instrucciones y a que sean evaluados los progresos del infante.

6. Horarios tipo:

Los horarios de atención diaria se establecerán de acuerdo a las características de los niños, por ello se han considerado tres posibilidades por turno, las cuáles se describen en la figura 1. Los horarios mencionados son flexibles para que se adapten a las necesidades del niño, no a las del Centro, por eso siempre se establecerán grupos homogéneos en cuanto a características y necesidades.

FIG. 1 : HORARIO TIPO, TURNOS MATUTINO-VESPERTINO

HORAS	NIVEL A	NIVEL B	NIVEL C
8:00 A 8:30	RECIBIR NIÑOS		
8:30 A 9:00	DESAYUNO		
9:00 A 9:30	ACTIVIDAD PROGRAMADA		
9:30 A 10:00	ACT. CON MADRES	ACTIVIDAD PROGRAMADA	
10:00 A 10:30	ACTIVIDAD EN GRUPO		
10:30 A 11:00	-----	ACTIVIDAD CON MADRES	

HORAS	NIVEL A	NIVEL B	NIVEL C
16:00 A 16:30	RECIBIR NIÑOS		
16:30 A 17:00	COMIDA		
17:00 A 17:30	ACTIVIDAD PROGRAMADA		
17:30 A 18:00	ACT. CON MADRES	ACTIVIDAD PROGRAMADA	
18:00 A 18:30	ACTIVIDAD EN GRUPO		
18:30 A 19:00	-----	ACTIVIDAD CON MADRES	

Además se pretende que el niño tome diariamente por lo menos un alimento en el Centro lo que facilitará el establecimiento de hábitos alimentarios adecuados en él, así como el entrenamiento a las madres en cuestiones relacionadas con la nutrición y alimentación del infante.

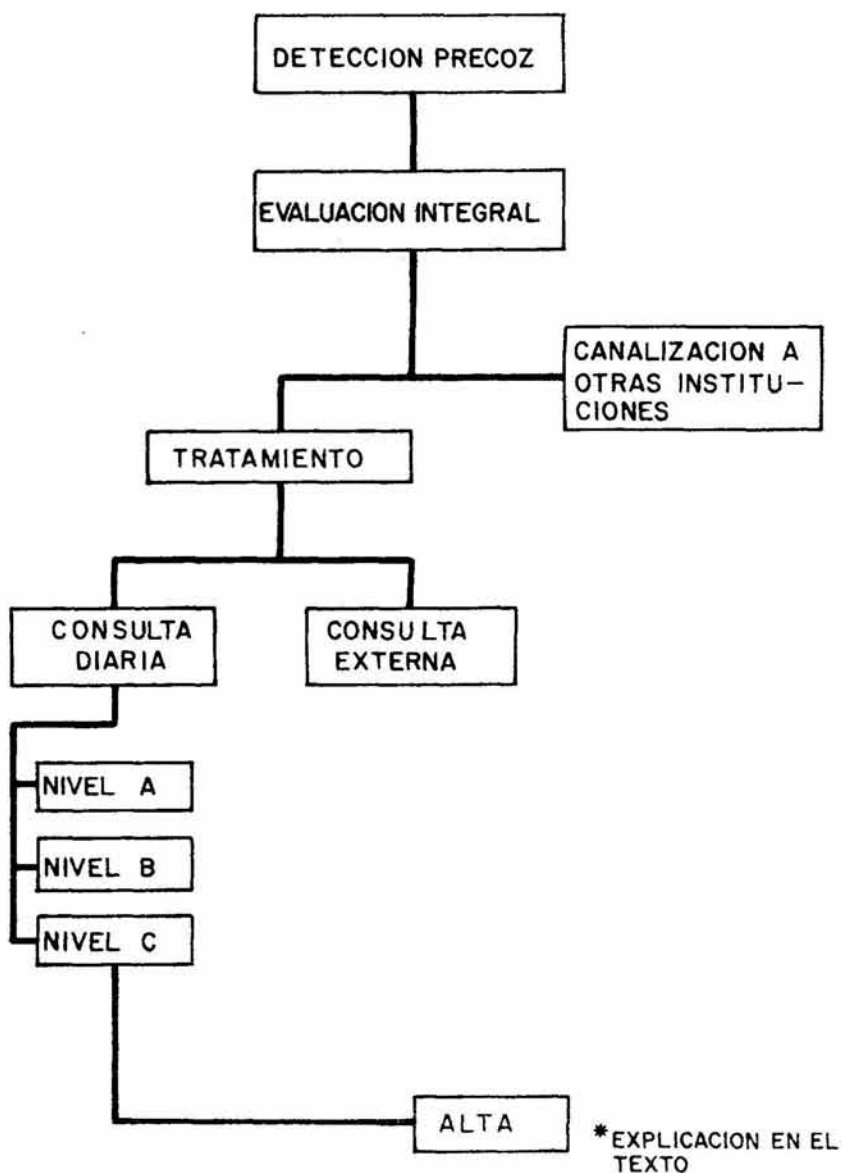
7. Diagrama de atención:

En la figura 2 se presentan los pasos que deben seguirse para la atención a los niños, dicha atención se iniciará con la detección precoz que procurará hacerse durante los primeros meses de vida, e incluso desde el nacimiento, por medio de fichas de identificación de madres de alto riesgo.

Una vez que el niño llega al Centro de Diagnóstico y Estimulación Temprana se le evalúa integralmente para decidir el siguiente paso; aquí caben dos opciones: tratamiento o canalización a otras instituciones. Si el niño requiere tratamiento se le puede impartir a través de la consulta externa o en atención diaria; si se decide atenderlo diariamente, debe determinarse entonces el nivel de colocación (A, B, C) y se establecerán los objetivos individuales para proceder a la estimulación sistemática.

Una vez alcanzados los objetivos de tratamiento se le promueve al siguiente nivel (B o C) o se le da de alta, según sea el caso particular; para esto es necesario que el niño sea evaluado de manera continua, lo que se realiza en cada etapa de la aten

FIG. 2 DIAGRAMA DE ATENCION DIARIA



ción. Al término del nivel C se propone un seguimiento de los casos dados de alta.

8. El espacio físico:

Este es un factor de considerable importancia en cualquier estrategia de tratamiento, por lo que a continuación (tabla 1) se describen las áreas ocupadas, así como su función y cantidad. También se incluye un plano de distribución de las mismas.

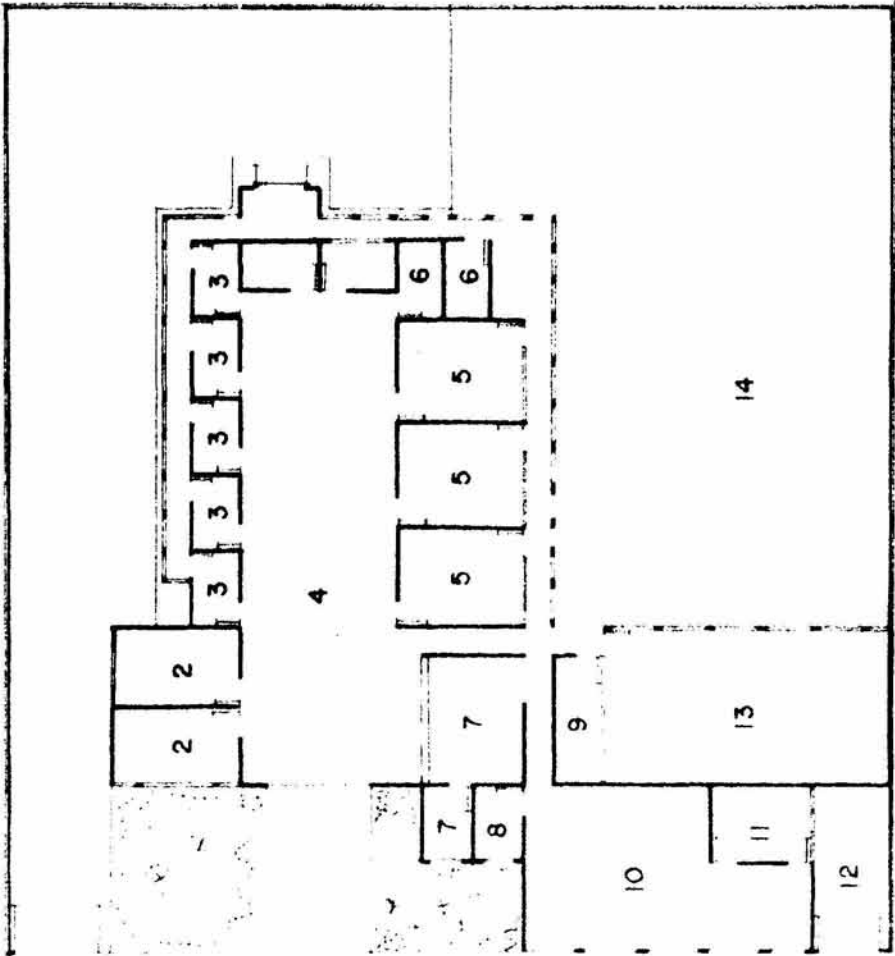
TABLA 1: DESCRIPCIÓN DEL ESPACIO FÍSICO

AREAS	FUNCION	DESCRIPCION	CANT.
A) de juegos y áreas verdes	- juego en grupos socialización - ejercicios de coordinación motora -- gruesa.	- áreas verdes, juegos pa sillos con barras, llan tas, huellas pintadas, etc.	1
B) Recepción y administración.	- canalizar a los asistentes a los servicios de atención. - proporcionar información - control de expedientes.	- control archivo	1
C) Consultorios	- Dar consulta médica a los asistentes	- Area de 5 x 4 metros con mesa de exploración, escritorio, sillas, báscula.	3
D) Cubículos	- evaluación y atención psicológica. - evaluación socio-económica. - canalización a otras instituciones.	- Area de 3 x 2 metros con escritorio, sillas, archivero.	5
E) Sala de Estimulación.	- realización de los ejercicios de Estimulación individual y grupal.	- Sala de 12 x 5 metros con barras paralelas, colchones, espejo de doble vista, área para guardar material.	1
F) Comedor	- Supervisión de hábitos alimentarios - Ingestión de alimentos. - Repertorios de Autocuidado.	- Area de 6 x 10 metros con mesas pequeñas, sillas.	1
G) Aulas	- Entrenamiento al no profesional - Cursos - juntas y reuniones	- Sala de 3 x 5 metros con capacidad para 30 personas, 7 mesas rectangulares, sillas.	2
H) Cocina	- Preparación de alimentos - entrenamiento a padres en factores nutricionales.	- Estufa, refrigerador, mesas, estantes.	1



ESC. 1 : 200
COTAS : mts.

PLANTA
ORTOGONAL



NOTAS:

- 1.- Estacionamiento
- 2.- Aulas
- 3.- Cubículos
- 4.- Sala de espera
- 5.- Consultorios
- 6.- Sanitarios
- 7.- Area administrativa (recepción, administración, archivo)
- 7'.- Dirección
- 8.- Cubículo dietista
- 9.- Cámara de Gesell (Cubículo de observación)
- 10.- Comedor
- 11.- Cocina
- 12.- Patio de servicio
- 13.- Sala de estimulación
- 14.- Area de juegos y área verde

III. PERSONAL

1. Funciones:

El personal se ha dividido en técnico y de apoyo, de acuerdo a las actividades que desempeña; como en otra parte de este trabajo se han detallado ya las funciones del personal técnico o profesional (ver capítulo I) es innecesario regresar al mismo punto, por lo que en este momento nos centraremos en las funciones del personal de apoyo.

Personal de Apoyo:

- a) Secretarias: Son las encargadas de realizar las labores administrativas del Centro, tales como mecanografía, - llevar a cabo el registro de los niños que asisten al Centro, etc.
- b) Recepcionista: Recibe a los niños, maneja los expedientes, proporciona información a quien lo solicita.
- c) Personal de Intendencia: Se dedica a efectuar las labores de limpieza del lugar.
- d) Cocineras: Se encargan de preparar los alimentos de acuerdo a las instrucciones de la dietista.
- e) Niñeras: Se encargan de auxiliar a los educadores especiales en la atención diaria a los niños, así como de - trasladarlos a los diferentes servicios dentro del Centro.

f) Administrador: Es el responsable de administrar - los recursos físicos y materiales del Centro.

2. Requerimientos de Personal:

Considerando las actividades propias de cada integrante del equipo técnico y de apoyo, y el horario de atención sugerido, hemos elaborado la siguiente lista de personal necesario para el funcionamiento adecuado del Centro:

PERSONAL	NUMERO
Pediatras	2
Psicólogos	2
Educadores Especiales	3
Médico de la Comunicación Humana	1
Terapeuta del lenguaje	2
Terapeuta físico	2
Dietista	1
Enfermeras	3
Secretarias	2
Recepcionista	1
Personal de intendencia	2
Cocineras	2
Niñeras	3
Administrador	1
Trabajador social	1

Es válido aclarar aquí que una de las características de este trabajo es la colaboración entre los diferentes profesionales en una actividad coordinada para el adecuado logro de los objetivos propuestos, por esto, es útil que dichos profesionales reúnan las características que a continuación se mencionan, independientemente de la preparación que tengan dentro de sus áreas específicas:

a) Están interesados en la prevención del retardo en el desarrollo.

b) Las escuelas que sigan, dentro de sus disciplinas específicas deben ser de una naturaleza tal que no se contrapongan de una manera absoluta, pues esto haría prácticamente imposible el trabajo en común.

c) Estén dispuestos a participar en cursos de divulgación organizados, a fin de que cada uno conozca las generalidades de las disciplinas afines.

Todo lo anterior permitirá que en reuniones periódicas se discutan ampliamente los casos y se planeen actividades conjuntas como cursos, labores de investigación y estrategias de intervención y evaluación.

En las actividades diarias está considerada la participación de los padres como parte integral del trabajo con los niños. Como ellos son la parte más importante del equipo de trabajo, se ha asegurado su participación en diferentes aspectos como son,

actividades diarias con los hijos dentro del Centro y asistencia a cursos de interés general, entre otros.

IV. PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA

En esta sección se describirán las categorías propuestas para la estimulación; éstas han sido organizadas en cinco áreas: motora gruesa, lenguaje, social, cognitiva (en la que se incluye coordinación motora fina) y autocuidado. Cada área ha sido estructurada con base en objetivos particulares que el niño debe alcanzar progresivamente; además, para cada objetivo se ha realizado un análisis de tareas a partir del cual se describen las actividades, el material y algunas observaciones pertinentes para el mejor manejo del programa.

Las actividades no pretenden ser exhaustivas, ya que dependerán de las necesidades individuales, la disponibilidad de material y tiempo de padres y maestros, la creatividad de éstos y de la implementación de nuevas actividades que se adapten más efectivamente al logro de los objetivos.

En cambio, hemos puesto una especial atención a los objetivos los cuales, al ser cumplidos, permitirán al niño incorporarse al sistema educativo en el nivel preescolar, por esto hemos procurado abarcar una amplia gama de posibilidades y repertorios a establecer.

AREA: MOTORA GRUESA

OBJETIVO GENERAL: Que el niño utilice su cuerpo para realizar las actividades diarias.

OBJETIVOS PARTICULARES ANALISIS DE TAREAS A C T I V I D A D E S MATERIAL PRECAUCIONES

1. Mantener con trol de la cabeza. 1.1 Estando boca abajo levantar la cabeza durante 15 segundos, mínimo 1.1.1. Coloque al niño boca abajo en una superficie dura y acolchada y acaríe la espalda para que enderece la cabeza. Alfombra o colchoneta Evite los movimientos bruscos.

1.2 Mantiene rígida la cabeza mientras se le lleva en brazos. 1.2.1. Cargue al niño en brazos, de manera que no se apoye en su hombro. 1.2.2 Póngale la mano en la nuca y refrese la suavemente.

2. Levantar el tronco y la cabeza. 2.1 Estando boca abajo levanta el tronco y la cabeza cuando se le sostiene con los dedos. 2.1.1 Coloque al niño frente a un espejo jo, con una mano en sus rodillas y la otra en el pecho; instiguelo para que se vea en el espejo y levante la espalda. Alfombra o colchoneta

2.1.2 Estando boca abajo, déle los dedos para que se sostenga y levante la cabeza y la espalda.

2.1.3 Poner al niño en un balón de playa sosteniéndole por las nalgas y hacer rodar un poco el balón mientras se atrae su atención con un juguete.

OBJETIVOS PARTICULARES	ANÁLISIS DE TAREAS	ACTIVIDADES	MATERIAL	PRECAUCIONES
				te para que levante la cabeza, nuca y - espalda apoyándose en las manos.
3. Girar de espalda a estómago y viceversa.	3.1 Estando de costado se voltea hacia arriba cuando se le enseña un juguete o sonaja.	3.1.1 Ponga al niño de costado y muéstrele un juguete, para que al intentar alcanzarlo voltee hacia arriba.	Una sonaja o juguete.	
	3.2 Girar de espalda a estómago sin ayuda.	3.2.1 Coloque un juguete cerca del niño pero sin que alcance a tocarlo; anímelo a alcanzarlo.	Una sonaja o juguete.	
		3.2.2 Ayúdtele a iniciar el volteo, flexionando la pierna del lado contrario al que va a girar, mientras la otra permanece extendida.	Una sonaja o juguete.	Cuide que el otro brazo que de extendido.
	3.3. Girar de estómago a espalda sin ayuda.	3.3.1 Estando el niño acostado boca abajo, empuje el hombro opuesto al que va a girar, para ayudarlo a iniciar el volteo.		Desvanezca la ayuda lentamente.
4. Sentarse sin apoyo y sin ayuda.	4.1 Permanecer sentado con apoyo y con ayuda 10 segundos.	4.1.1. (El adulto de pie) Cárguelo procurando que la espalda del niño quede pegada a su pecho, sujételo por la cintura e intente que mantenga la espalda		Este ejercicio ayuda a fortalecer los músculos de la espalda,

OBJETIVOS PARTICULARES ANALISIS DE TAREAS A C T I V I D A D E S MATERIAL PRECAUCIONES

derecha. Progresivamente baje la sujeción hasta la altura de las caderas.

4.1.2. Coloque al niño boca arriba en el balón grande de playa, sosteniéndolo por los muslos, mientras se mueve suavemente la pelota en todas direcciones.

4.1.3 Sentado sobre una superficie dura con las piernas extendidas en forma de V, coloque sus manitas entre ellas. Sosténgalo con almohadones a ambos lados del cuerpo.

4.2 Permanecer sentado con ayuda, sin apoyo durante 10 segundos.

4.2.1 Siente al niño en un taburete con apoyo durante 10 segundos.

4.2.2 Observe que los pies se apoyen en el suelo.

4.3 Permanecer sentado sin ayuda y sin apoyo durante 10 segundos.

4.3.1 Sentarlo sin apoyo en su espalda con las piernas estiradas en forma de V y colocarle las manos en el espacio que queda entre sus piernas, aumentando progresivamente el tiempo que permanece en esta posición.

OBJETIVOS PARTICULARES	ANALISIS DE TAREAS	ACTIVIDADES	MATERIAL	PRECAUCIONES
		4.3.2 Ofrézcale juguetes para que se va ya acostumbrando a no apoyarse en las manos.		
5. Mantenerse de pie sin apoyo	5.1 Conservar el equilibrio estando de pie sosteniéndose de un taburete durante un minuto.	5.1.1 Ponga al niño de pie a un lado del taburete, y coloque las manos del niño sobre el taburete. 5.1.2 Disminuya gradualmente la ayuda, hasta alcanzar el objetivo.	Un taburete de madera de 45 cm. de altura aprox.	Colóquese a la espalda del niño. De preferencia descalce al niño.
	5.2 Conservar el equilibrio estando de pie, sosteniéndose con una mano durante tres minutos.	5.2.1 Siguiendo el procedimiento anterior espere a que se ponga de pie y se sostenga con ambas manos. 5.2.2 A continuación, ofrézcale un juguete para que lo alcance con una mano. Refuércelo. 5.2.3 Si no lo hace, instigue la respuesta. 5.2.4 Desvanezca la instigación hasta alcanzar el criterio.	Idem.	Evite que el niño se caiga o asuste, si da señales de llorar, o lo hace, suspenda el ejercicio.
	5.3 Sostenerse de pie sin ayuda durante	5.3.1 Siente al niño en un taburete y colóquese frente a él.		Asegúrese que los pies estén

OBJETIVOS PARTICULARES	ANALISIS DE TAREAS	ACTIVIDADES	MATERIAL	PRECAUCIONES
	te 30 seg.	5.3.2 Ofrézcale sus manos para que se apoye en ellas, y gradualmente vaya retirándolas, primero una, luego la otra.		firmente apoyados sobre el suelo.
6. Desplazarse - apoyado en manos y pies un tramo de tres metros.	6.1 Arrastrarse apoyado en el estómago un tramo de un metro.	6.1.1 Coloque al niño sobre una colchona, boca abajo y descalzo, ponga un juguete fuera de su alcance (10 cms.) 6.1.2 Instíguelo para que lo alcance, flexiónele una pierna y déle un apoyo firme en el otro pie.		
	6.2 Gatear sin ayuda un tramo de tres metros.	6.2.1 Coloque al niño boca abajo, pase por el pecho del niño una banda de tela gruesa, sostenga los extremos de tal manera que sólo las rodillas y las manos del niño toquen el suelo. 6.2.2 Coloque un juguete fuera de su alcance e impulse suavemente al niño. 6.2.3 Aumente progresivamente la distancia del juguete y disminuya lentamente el sostén.	Banda de tela gruesa - (gabardina) de 35 cm. de ancho por 1.50 mts. de largo.	Evite que el niño lllore.
7. Marchar independientemente.	7.1 Estando sentado se pone de pie, sostenido a un juguete.	7.1.1 Estando el niño sentado en un taburete ofrézcale un juguete que cuelga frente a él		

OBJETIVOS PARTICULARES	ANALISIS DE TAREAS	ACTIVIDADES	MATERIAL	PRECAUCIONES
		7.1.2 Refuerce al niño cada vez que intenta alcanzarlo.		
		7.1.3 Aumente la distancia entre el juguete y las manos del niño, para instigarlo a que se incorpore sostenido al juguete.		
	7.2 Estando sentado se pone de pie sin ayuda.	7.2.1 Siga el procedimiento anterior - pero no permita que alcance el juguete.		
		7.2.2 Refuércelo cuando se ponga de pie.		
	7.3 Caminar cinco - pasos sostenido por una banda.	7.3.1 Estando el niño de pie, sostenido por una banda, instíguelo a que dé unos pasos empujándolo suavemente por la espalda.		
		7.3.2 Coloque un juguete muy cerca (20 ó 30 ctms.) para que él lo alcance.		
		7.3.3 Desvanezca poco a poco la tensión de la banda.		
	7.4 Guardar el equilibrio, al caminar - con apoyo cuando me nos 10 pasos.	7.4.1 Coloque una fila de tres taburetes juntos y ponga al niño de pie para que camine apoyándose en ellos.		Evite que el niño se caiga.
		7.4.2 Instíguelo, ayudándolo a mover - las manos de uno a otro lado.		

OBJETIVOS PARTICULARES	ANALISIS DE TAREAS	ACTIVIDADES	MATERIAL	PRECAUCIONES
7.5 Caminar 10 pasos sin ayuda.	7.5.1. Partiendo de la tarea anterior, separé los taburetes unos centímetros - entre sí.	7.5.2 Siga el mismo procedimiento para lograr que el niño avance.		Aproveche cualquier oportunidad para invitarlo a caminar.
		7.5.3 Progresivamente separe los taburetes hasta que el niño tenga que dar tres pasos sucesivos para alcanzar el siguiente apoyo.		
		7.5.4 Sostenga al niño por los hombros, colóquese usted a la espalda del niño, presione suavemente al niño e invítelo a avanzar.		
		7.5.5 Cuando lo haga, sosténgalo de la ropa para que se equilibre.		
		7.5.6. Desvanezca la ayuda y la instigación lentamente.		
8. Subir y bajar escaleras sin ayuda.	8.1 Subir cinco escalones sin ayuda, sujeto al barandal.	8.1.1 Coloque al niño ante el escalón, tómelo de una mano, guíele el pie y permita que él complete el paso.		
		8.1.2 Retire la ayuda física pero no le suelte la mano.		

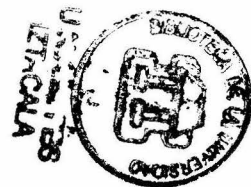
- 8.1.3 Una vez que el niño realice el -
ejercicio anterior, ponga una de sus -
manos en el barandal.
- 8.1.4 Siga el mismo procedimiento para
bajar.
- 8.2 Subir escaleras
alternando los pies,
sujeto al barandal.
- 8.2.1 Colocado el niño frente a la es-
calera, déle la instrucción de subir, -
una vez que él haya colocado el pie en el
primer escalón; instíguelo físicamente
a que ponga el otro pie en el siguiente
escalón.
- 8.2.2 Refuerce las aproximaciones y res-
puestas correctas.
- 8.3 Subir cinco es-
calones alternando
los pies, sin ayuda.
- 8.3.1 Siga el mismo procedimiento pero
ahora vaya retirando progresivamente la
ayuda.
- 8.4 Bajar cinco es-
calones alternando
los pies, sin ayuda.
- 8.4.1 Estando el niño de pie en el se-
gundo escalón dispuesto para bajar, tó-
mele de la mano y déle la instrucción de
bajar.
- 8.4.2 Instíguelo físicamente para que -
coloque el pie en el último escalón y

OBJETIVOS PARTICULARES	ANALISIS DE TAREAS	ACTIVIDADES	MATERIAL	PRECAUCIONES
------------------------	--------------------	-------------	----------	--------------

reduzca paulatinamente la ayuda.

9. Correr una distancia de 10 metros. 9.1 Correr una distancia de 10 metros. 9.1.1 Tome al niño de la mano e instíguelo a caminar lo más rápidamente posible.

9.1.2 Organice competencias de carreras con varios niños.



AREA: COGNITIVA

OBJETIVO GENERAL: QUE EL NIÑO REALICE TRAZOS SIMPLES, RECONOZCA LOS COLORES Y EJERCITE SU COORDINACION MANUAL.

OBJETIVOS PARTICULARES	ANALISIS DE TAREAS	A C T I V I D A D E S	MATERIAL	PRECAUCIONES
1. Atender a la fuente de estimulación visual y auditiva.	1.1 Dirigir la mirada a objetos fijos.	1.1.1 Instale objetos de colores brillantes en la cuna.	- Cubos, juguetes de colores brillantes.	Usar preferentemente colores amarillos, rojo anaranjado y azul.
		1.1.2 Instíguelo verbalmente para que fije la vista en los objetos, aunque solo sea durante 1 ó 2 segundos. Refuércelo.		
		1.1.3. Coloque un objeto de tamaño mediano suspendido de una cinta sobre la cabeza del niño, aproximándolo y retirándolo verticalmente a unos 20 cms. de su rostro, repita "mira" hasta que él lo enfoque.		
1.2 Dirigir la mirada a objetos en movimiento.	1.2.1 Colóquese frente al niño y muévalos muy lentamente para que el niño dirija la vista hacia usted.	1.2.1 Colóquese frente al niño y muévalos muy lentamente para que el niño dirija la vista hacia usted.	Móviles para colgar.	
		1.2.2 Aumente gradualmente la distancia y la rapidez del movimiento.		
		1.2.3 Utilice también objetos móviles colgantes cerca o encima de la cuna.		

OBJETIVOS PARTICULARES	ANALISIS DE TAREAS	ACTIVIDADES	MATERIAL	PRECAUCIONES
	1.3 Dirigir la mirada hacia la fuente de sonido.	1.3.1 A 15 ctms. del oído del niño agite diferentes objetos que produzcan -- sonidos suaves y agradables (cascabeles, cajitas de música, etc.) y gradualmente vaya desplazándolos para que el niño siga la fuente de sonido.		
2. Presionar un objeto con toda la mano.	2.1 El niño presiona un objeto puesto en su mano.	2.1.1 Acaricie los dedos del niño. 2.1.2 Póngale un objeto cilíndrico y - delgado en la mano, para que él la cierre.		
3. Sostener y golpear dos objetos sin tirarlos, 3 veces seguidas.	3.1 Sostener un objeto con la mano durante un minuto.	3.1.1 Dé al niño diferentes objetos para que los sostenga. 3.1.2 Aumente el tiempo progresivamente		
	3.2 Sostener un objeto en cada mano sin tirarlos.	3.2.1 Dé al niño un objeto y presénte--le otro para que lo tome sin soltar el primero (puede ayudarlo cerrándole la mano). 3.2.2 Disminuya progresivamente la ayuda.		

OBJETIVOS PARTICULARES	ANALISIS DE TAREAS	ACTIVIDADES	MATERIAL	PRECAUCIONES
	3.3 Golpear dos objetos pequeños sin tirarlos.	3.3.1 Mientras el niño sostiene los objetos, enséñele a golpear en una superficie dura, llevándole las manos. 3.3.2 Instíguelo para que golpee los objetos entre sí.		
4. Utilizar los dedos índices	4.1 Emplear el dedo índice para señalar	4.1.1 Cierre la mano del niño, dejándole extendido el dedo índice. 4.1.2 Instíguelo a buscar en todo tipo de orificios pequeños (aunque lo suficientemente grandes para evitar que se le atore el dedo) como biberones, botellas, etc. 4.1.3 Instíguelo para que señale en libros y láminas y en su cuerpo.	Biberón, botellas de plástico. Ilustraciones, láminas, etc.	
	4.2 Sostener objetos pequeños utilizando los dedos índice y pulgar.	4.2.1 Dé al niño fichas y haga que las sostenga utilizando el dedo índice y el pulgar. 4.2.2 Coloque sobre una mesa objetos muy pequeños (canicas, botones) y enséñele a tomarlos entre el índice y el pulgar.	Fichas de - Canicas, botones, y -	

OBJETIVOS PARTICULARES	ANALISIS DE TAREAS	A C T I V I D A D E S	MATERIAL	PRECAUCIONES
5. Sacar cinco objetos de recipientes de diferentes tamaños	5.1 Sacar objetos de recipientes de diversos tamaños	<p>5.1.1 Siente al niño frente a una mesa o en sus brazos y meta un objeto pequeño dentro de un recipiente ancho y poco profundo.</p> <p>5.1.2 Dígale "vamos a sacar el _____" y guíele la mano para que lo haga.</p> <p>5.1.3 Retire la ayuda progresivamente.</p> <p>5.1.4 Aumente la dificultad del ejercicio, proporcionando al niño objetos más pequeños y recipientes menos anchos y más profundos.</p>	Juguetes pequeños, recipientes de plástico.	
6. Hacer torres de hasta cinco cubos sin ayuda.	6.1 Hacer torres de dos cubos sin ayuda.	<p>6.1.1 Siente al niño frente a una mesa y ponga un cubo sobre ella.</p> <p>6.1.2 Dígale al niño, "ahora vamos a poner otro cubo encima"; modele la tarea o instíguelo físicamente. Disminuya progresivamente la instigación.</p>	Cubos de plástico o madera.	
	6.2 Hacer torres de 3, 4 y 5 cubos sin ayuda.	6.2.1 Coloque dos cubos y diga al niño que van a hacer una torre más alta, agregando un cubo. Ayúdelo a hacerlo.		Mencione el color de los cubos a medida que los utiliza.

OBJETIVOS PARTICULARES	ANALISIS DE TAREAS	ACTIVIDADES	MATERIAL	PRECAUCIONES
7. Encajar cinco recipientes de igual forma	7.1 Encajar recipientes de igual forma.	<p>7.1.1 Coloque frente al niño el recipiente más grande y ponga frente al niño uno de tamaño menor.</p> <p>7.1.2 Déle la instrucción para que lo meta en el primero, ayúdelo si es necesario.</p> <p>7.1.3 Progresivamente vaya incrementando el grado de dificultad.</p>	Juego de cinco recipientes encajables.	
8. Discriminar colores, mencionando su nombre.	8.1 Igualar dos colores (rojo, azul)	8.1.1 Déle al niño un cubo rojo y dígame "rojo", aparte ponga dos cubos rojo y azul, y pídale que tome el otro rojo, y lo ponga junto al primero. Instiguelo físicamente si es necesario.		
	8.2 Igualar dos colores diferentes a los anteriores.	<p>8.2.1 Utilice un cubo amarillo y uno rojo, y siguiendo el mismo procedimiento haga que tome el correspondiente a cada res. uno de estos colores.</p> <p>8.2.2 Continúe así con todos los colores.</p> <p>8.2.3 Aumente las posibilidades de elección a medida que el niño avanza.</p> <p>8.2.4 Pida al niño que diga el nombre del color a medida que los va igualando.</p>	Cubos de diferentes colores.	

OBJETIVOS PARTICULARES	ANALISIS DE TAREA	ACTIVIDADES	MATERIAL	PRECAUCIONES
------------------------	-------------------	-------------	----------	--------------

		8.2.5 Cuando el niño iguale los cubos sin error, utilice diferentes objetos para favorecer la generalización.		
	8.2 Seleccionar objetos de acuerdo a su color.	8.2.1 Ponga frente al niño fichas, crayolas y cubos de los colores entrenados - pídale que los agrupe por color.		
9. Apalcar objetos de acuerdo a su forma	9.1 Colocar figuras en el lugar correspondiente.	<p>9.1.1 Quite las figuras del tablero y empezando por el círculo, indique al niño que lo coloque en su lugar. Instíguele si es necesario. Debe realizar al menos tres ejercicios correctos.</p> <p>9.1.2 Haga lo mismo con las figuras restantes.</p> <p>9.1.3 Ponga dos figuras y dígame "ahora mete el círculo".</p> <p>9.1.4 Vaya aumentando el número de figuras hasta completar el tablero.</p>	Tableros para ensamblar con un círculo, un cuadrado, un triángulo y un rectángulo.	

OBJETIVOS PARTICULARES	ANALISIS DE TAREAS	ACTIVIDADES	MATERIAL	PRECAUCIONES
10. Tapar y destapar frascos con roscas sin atorar la tapa ni soltar el frasco.	10.1 Tapar y destapar frascos con rosca.	<p>10.1.1 Siente al niño frente a una mesa y sobre ésta coloque un frasco de boca ancha con tapa de rosca (sin tapar)</p> <p>10.1.2 Pídale que coloque la tapa y que la gire. Modele o instíguelo si es necesario</p> <p>10.1.3 Pídale que lo destape siguiendo el mismo procedimiento.</p>		
11. Construir "puentes" con 5 cubos.	11.1 Construir un "puente" con tres cubos.	<p>11.1.1 Coloque tres cubos grandes sobre la mesa y haga un "puente" frente al niño.</p> <p>11.1.2 Quite el cubo superior y pídale al niño que lo coloque nuevamente.</p> <p>11.1.3 Desbarate el "puente" y pídale al niño que lo reconstruya. Instíguelo físicamente si es necesario.</p>	Cubos grandes de plástico o madera.	
12. Ensartar cuentas en un cordel.	11.2 Construir un "puente" con cinco cubos.	11.2.1 Siga el procedimiento anterior retirando la ayuda gradualmente.	Cuentas grandes, cordel para persianas.	

OBJETIVOS PARTICULARES	ANALISIS DE TAREAS	ACTIVIDADES	MATERIAL	PRECAUCIONES
		12.1.2 Meter la primera y dejar que sea el niño quien termine el trabajo.		
	12.2 Ensartar 10 cuentas en un cordón flexible.	12.2.1 Reduzca gradualmente el tamaño del orificio por el que ha de pasar el cordel.	Cuentas pequeñas, cordel.	
		12.2.2 Dígale al niño "vamos a hacer un collar" y ensarte la primera cuenta.		
13. Armar un rompecabezas de tres piezas sin ayuda.	13.1 Armar un rompecabezas sin ayuda.	13.1.1 Enseñe al niño un rompecabezas compuesto por dos piezas.	Juguete de ensamble	
		13.1.2 Separe las piezas y dígame "ahora ármalo tú", Instíguelo si es necesario.		
		13.1.3 Repita el procedimiento con tres piezas.		
14. Utilizar las tijeras para cortar líneas rectas de 5 cm.	14.1 Utilizar las tijeras para hacer cortes en un papel.	14.1.1 Déle al niño unas tijeras romas y muéstrelle el procedimiento correcta para usarlas.	Tijeras para papel.	Dé al niño tijeras especiales si es zurdo.
		14.1.2 Proporcióneme papel para que haga cortes libremente.		
	14.2 Utilizar las tijeras para cortar trazos determinados	14.2.1 Trace líneas rectas en una hoja y pídale al niño que corte siguiendo por las líneas marcadas.		

OBJETIVOS PARTICULARES	ANALISIS DE TAREAS	ACTIVIDADES	MATERIAL PRECAUCIONES
		14.2.2 Guíele la mano si es necesario pero retire la ayuda paulatinamente.	
15. Imitar trazos simples (líneas rectas y círculos)	15.1 Seguir líneas rectas y círculos con el dedo índice	15.1.1 Dé al niño hojas de papel con "camino <u>s</u> " trazados.	
		15.1.2 Pídale que los siga con el <u>de</u> do índice (puede usar pinturas)	Pinturas vegetales
	15.2 Remarcar líneas con crayolas, respetando el inicio y final de las mismas.	15.2.1 Dé al niño hojas con figuras y pídale que remarque las líneas utilizando crayolas.	
		15.2.2 Ponga énfasis en que empiece y termine en los puntos marcados, más que en la calidad de la línea.	
	15.3 Imitar trazos en forma de cruz y de círculo.	15.3.1 Dé al niño hojas con el modelo deseado en el orden siguiente: círculos, líneas rectas verticales, líneas rectas horizontales y pida que las copie.	Crayolas, lápices de colores, <u>l</u> ápices.
		NOTA: En este ejercicio lo importante es que copie el modelo, no la calidad de la ejecución.	

AREA: LENGUAJE

OBJETIVO GENERAL: MANEJAR EL LENGUAJE COMO UNA HERRAMIENTA DE COMUNICACION.

OBJETIVOS PARTICULARES	ANALISIS DE TAREAS	A C T I V I D A D E S	MATERIAL	PRECAUCIONES
1. Emitir sonidos guturales - cuando alguien le habla o canta.	1.1 Vocalizar espontáneamente. 1.2 Emitir sonidos guturales ante la presencia de otra persona.	1.1.1 Platique con el niño mientras lo cambia, le da de comer, lo baña. 1.2.1 Repita cualquier sonido que emita el niño. 1.2.2 Permítale escuchar música y voces grabadas.		
2. Imitar movimientos de la lengua y los labios.	2.1 Colocar la lengua y los labios en diferentes posiciones cuando se le modela.	2.1.1 Colóquese frente al niño y pídale que: - abra la boca - frunza los labios - saque la lengua - lleve la lengua hacia las comisuras 2.1.2 Modele la conducta deseada al tiempo que da la instrucción. Instigue la respuesta con abatelenguas y paletas de dulce.	Abatelenguas, Utilice un espejo si es necesario.	
3. Imitar sonidos y palabras de tres sílabas	3.1 Imitar sonidos simples.	3.1.1 Modele diferentes sonidos para que el niño los imite, utilice de preferencia sílabas simples y repetitivas (ba, dada, tete).		Refuerce las aproximaciones

OBJETIVOS PARTICULARES	ANALISIS DE TAREAS	A C T I V I D A D E S	MATERIAL	PRECAUCIONES
	3.2 Imitar palabras de dos sílabas directas.	3.2.1 Modele diferentes palabras (papa, mama, etc.) para que el niño las imite.		
	3.3 Imitar sonidos y palabras de tres sílabas.	3.3.1 Proceda igual que en el ejercicio anterior, pero ahora aumente la dificultad de las palabras.		
4. Decir el nombre de los objetos y personas que se le presentan.	4.1 Nombrar cada parte de su cuerpo cuando se le señalen.	4.1.1 Mientras el niño realiza diversas actividades, dígame el nombre de las partes de su cuerpo al mismo tiempo que las va señalando.		Recuerde que es importante relacionar todas las áreas.
	4.2 Nombrar los utensilios que le rodean	4.2.1 Siga el procedimiento anterior para enseñarle los objetos que utiliza con más frecuencia (ejem. biberón, cuchara, cobija, etc.).	Utensilios	Refuerce cualquier aproximación.
		4.2.2 Puede hacer grupos de palabras e insistir hasta que el niño las aprenda todas.		
		4.2.3 "Asegure" la respuesta del niño instigándolo a usar el nombre correcto del utensilio (al pedirselo, cuando él se refiera al objeto en particular)		Corrija la pronunciación del niño siempre que sea necesario.

OBJETIVOS PARTICULARES	ANALISIS DE TAREAS	ACTIVIDADES	MATERIAL	PRECAUCIONES
	4.3 Nombrar personas conocidas.	4.3.1 Siga el mismo procedimiento.		
5. Responder órdenes de dos acciones y dos objetos.	5.1 Responder a órdenes sencillas.	5.1.1 Pídale que realice alguna acción en relación a objetos muy conocidos. (Ejem. dame el biberón, trae la muñeca)		
		5.1.2 Instíguelo si es necesario pero gradualmente desvanezca la ayuda.	Objetos diversos	
	5.2 Responder a órdenes de dos acciones relacionadas.	5.2.1 Siga el mismo procedimiento, pero aumente una acción (por ejem. corre a abrir la puerta)		
	5.3 Responder a instrucciones de dos acciones y dos objetos.	5.3.1 Igual que en los anteriores, aumente el grado de dificultad dándole al niño órdenes que involucren dos acciones y dos objetos (ejem. busca la muñeca y tráela, abre la caja y saca la muñeca).		
6. Utilizar elementos gramaticales en el habla cotidiana (verbos, pronombres, plurales)	6.1 Utilizar el plural para referirse a conjuntos de objetos.	6.1.1 Muéstrela un objeto conocido y pídale que diga su nombre.		
		6.1.2 Ponga otro(s) igual(es) y dígale el plural. Repita el procedimiento con diferentes objetos.	Objetos diversos	

OBJETIVOS
PARTICULARES

ANALISIS DE TAREAS

A C T I V I D A D E S

MATERIAL

PRECAUCIONES

6.2 Utilizar pronombres personales y posesivos para referirse a objetos y personas.

6.2.1 Pregunte al niño "¿quién es _____ (diga su nombre)" si el niño no responde "yo" Instíguelo. Continúe este procedimiento con los pronombres personales (tú, yo, él, nosotros, ellos).

6.2.2 Pregúntele al niño de quién es el juguete (si el niño no responde "mío", instíguelo). Continúe este procedimiento con los demás pronombres posesivos - (mío, tuyo, nuestro, suyo, de él, de ella).

6.3 Utilizar verbos en diferentes tiempos (presente, pasado, futuro).

6.3.1 Pídale al niño que realice diferentes acciones, y que le diga lo que está haciendo.

6.3.2 Enséñele fotografías de personas conocidas y pregúntele que están haciendo.

7. Construir oraciones simples

7.1 Combinar los elementos gramaticales para formar oraciones.

7.1.1 Cada vez que el niño se refiera a alguna cosa, instíguelo para que aumente el número de palabras empleadas.

AREA: SOCIAL

OBJETIVO GENERAL: FAVORECER LA INDEPENDENCIA DEL NIÑO.

OBJETIVOS PARTICULARES	ANALISIS DE TAREAS	A C T I V I D A D E S	MATERIAL	PRECAUCIONES
1. Sonreír a un adulto que le habla y hace gestos.	1.1 Sonreír a un adulto que le habla y hace gestos.	1.1.1 Hable al niño y, mientras tanto, hágale cosquillas suavemente en el estómago. 1.1.2 Hable con él mientras le da de comer 1.1.3 Juegue con él o hágale gestos para que se ría.		
2. Atender cuando se le llama por su nombre.	2.1 Atender cuando un adulto conocido le llama por su nombre. 2.2 Reconocerse en una fotografía.	2.1.1 Cada vez que se dirija al niño, llámelo por su nombre. 2.1.2 Cóloquelo frente a usted y pídale que lo mire, mientras le dice su nombre. 2.1.3 Colóquese fuera de su campo visual y hágale señas para que voltee a verlo. 2.2.1 Ponga al niño frente a un espejo, llámelo por su nombre y después pídale que se señale.	Espejo de pared.	

OBJETIVOS PARTICULARES	ANALISIS DE TAREAS	ACTIVIDADES	MATERIAL	PRECAUCIONES
		<p>2.2.2 Muéstrela una fotografía donde - esté el niño solo, y diga su nombre al tiempo que lo señala. También puede - decirle ¿Quién es?.</p>		
		<p>2.2.3 Siguiendo el procedimiento anterior, muéstrela una fotografía donde - esté él con otras dos personas y pídale que se señale.</p>		
	<p>2.3 Atender cuando otra persona le llama por su nombre.</p>	<p>2.3.1 Invite a personas desconocidas (o con las que tenga poco contacto) y pídale al niño que se vaya con ellos.</p>		
		<p>2.3.2 Al principio acompañelo, posteriormente déjelo solo.</p>		
<p>3. Participar en juegos cooperativos con otros niños de su edad.</p>	<p>3.1 Respetar su turno para jugar.</p>	<p>3.1.1 Organizar juegos de acuerdo a los intereses del grupo y en los que sea necesario esperar turno.</p>		
		<p>3.1.2 Hacer respetar el turno de cada niño, diciendo "le toca a _____".</p>		
		<p>3.1.3 Dejar que el grupo organice un juego y establezca reglas.</p>		
	<p>3.2 Participar en juegos cooperativos.</p>	<p>3.2.1 Siempre que sea posible organice juegos en los que los niños tengan que compartir los materiales.</p>		

AREA: AUTOCUIDADO

OBJETIVO GENERAL: QUE EL NIÑO SEA COMPLETAMENTE INDEPENDIENTE EN LAS ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO.

OBJETIVOS PARTICULARES	ANALISIS DE TAREAS	A C T I V I D A D E S	MATERIAL	PRECAUCIONES
1. Comer sin ayuda.	1.1 Comer con cuchara (alimentos sólidos) sin derramarlos.	1.1.1 Sentar al niño frente a la mesa, poner el alimento en la cuchara, ayudarle a que la tome en sus manos y se la lleve a la boca.	Alimento, cuchara.	Use alimentos sólidos o semi sólidos.
		1.1.2 Disminuya la ayuda paulatinamente		
		1.1.3 A medida que el niño mejore en el manejo de la cuchara, agregue líquidos (sopas, consomés, cremas).		
	1.2 Usar el tenedor para tomar alimentos sólidos.	1.2.1 Sírvale en un plato alimentos en trocitos (jamón, carne, pollo).	Tenedor, alimentos en trozo.	
		1.2.2 Ponga el tenedor en su mano y guíelo para que pinche el alimento.		
		1.2.3 Guíele la mano para que se lleve el alimento a la boca sin lastimarse.		
		1.2.4 Paulatinamente disminuya la ayuda.		

OBJETIVOS PARTICULARES	ANALISIS DE TAREAS	ACTIVIDADES	MATERIAL	PRECAUCIONES
1.3 Usar el cuchillo para untar.	1.3.1 Siente al niño, ponga en la mesa rebanadas de pan, mantequilla, mermelada y un cuchillo para untar.	1.3.2 Déle la instrucción "unta la mantequilla" al mismo tiempo que usted lo ayuda a hacerlo.		
		1.3.3 Disminuya paulatinamente la instigación física.		
1.4 Beber líquidos de un vaso sin derramar el contenido.	1.4.1 Llene el vaso hasta la mitad y póngalo en manos del niño, mientras le dice "toma la leche, el agua, etc."	1.4.2 Retire la ayuda hasta que el niño sea capaz de beber sin derramar el líquido.		
		1.4.3 Póngale el vaso en la mano, pero sin sostenerlo mientras bebe.		
		1.4.4 Ponga el vaso sobre la mesa para que él solo lo tome entre las manos.		
		1.4.5 Estando el niño de pie, déle a beber de un vaso lleno hasta la mitad.		
		1.4.6 Poco a poco llene el vaso.		

OBJETIVOS PARTICULARES	ANALISIS DE TAREAS	A C T I V I D A D E S	MATERIAL	PRECAUCIONES
------------------------	--------------------	-----------------------	----------	--------------

2. Que el niño se vista y se desvista sin ayuda.

2.1 Colaborar para vestirse y desvestirse.

2.1.1 Cada vez que lo vista, dígame "me te el pie", "saca la mano", etc. Instíguelo físicamente si es necesario.

2.2.1 Sáquele un poco los calcetines de tal manera que él solo tenga que jalarlos. Refuerce las aproximaciones.

2.2.2 Con los calcetines puestos, enséñele a bajarlos hasta los tobillos, colocando sus manos y tirando hacia abajo.

2.2.3 Suspenda el ejercicio cuando el niño se los quite sin ayuda.

2.3. Ponerse los calcetines

2.3.1 Siga el procedimiento anterior.

2.4 Ponerse y quitarse los zapatos (desabrochados).

2.4.1 Ponga un listón azul en el pie derecho del niño y uno rojo en el izquierdo; haga lo mismo con los zapatos.

Listones de color azul y rojo.

2.4.2 Dígame "ponte los zapatos" (póngase los en forma que él sólo tenga que meter los pies).

2.4.3 Ponga los zapatos en desorden frente al niño y pídale que se los ponga correctamente.

OBJETIVOS PARTICULARES	ANÁLISIS DE TAREAS	ACTIVIDADES	MATERIAL	PRECAUCIONES
		2.4.4 Desvanezca gradualmente los estímulos de apoyo.		
	2.5 Ponerse la camisa y el pantalón.	2.5.1 Utilizando camisas lisas por detrás y con adornos al frente, siga el procedimiento anterior.		
		2.5.2 Haga lo mismo con los pantalones.		
	2.6 Abrochar y desabrochar botones en la ropa de muñecas.	2.6.1. Ponga un tablero con botones desabrochados frente al niño, y dígame -- "vamos a desabrochar estos botones" -- guíele las manos si es necesario.	Tableros para abotonar.	Empiece por los botones y ojales más grandes
		2.6.2 Una vez desabrochados, enséñele a abrocharlos siguiendo el mismo procedimiento.	Muñecas grandes	Aproveche para indicarle el orden de la ropa.
		2.6.3 Enséñele a hacer lo mismo al vestir y desvestir muñecos.		
	2.7 Abrochar y desabrochar botones en su ropa.	2.7.1 Ponga al niño frente al espejo y con la ropa puesta muéstrela la forma correcta de abrocharse los botones.		
	2.8 Abrir y cerrar hebillas de zapatos	2.8.1 Siga el mismo procedimiento que en el objetivo anterior.		

OBJETIVOS PARTICULARES	ANALISIS DE TAREAS	ACTIVIDADES	MATERIAL	PRECAUCIONES
	y cinturones (puestos)			
3. Control diurno de esfinter.	3.1 Defecar en la bacinica durante el día	3.1.1 Registre durante una semana las horas de eliminación espontánea. 3.1.2 Siente al niño en la bacinica en las horas promedio de registro. 3.1.3 Déjelo estar sentado durante 10 minutos. Refuércelo al defecar, pero no le diga nada en caso contrario. 3.1.4 Si el niño defeca en el pañal espere 5 ó 10 minutos antes de cambiarlo.		
	3.2 Solicitar la bacinica verbalmente antes de defecar.	3.2.1 Si el niño da señales de solicitar la bacinica, désela inmediatamente (aunque no la use) y dígame que se la pida verbalmente.		
4. Control de esfinter diurno y nocturno.	4.1 Mantenerse seco durante el día.	4.1.1 Siga el mismo procedimiento anterior. 4.1.2 Evite el uso de pañales durante este paso.		
	4.2 Mantenerse seco durante la noche.	4.2.1 Dé a la madre las siguientes instrucciones:		

OBJETIVOS
PARTICULARES

ANALISIS DE TAREAS

A C T I V I D A D E S

MATERIAL

PRECAUCIONES

- Antes de acostar al niño, llévelo al -
baño.
- No le dé líquidos después de hacer lo -
anterior.
- Refuércelo por permanecer seco durante
la noche.

V. PAQUETES DE EVALUACION

La evaluación como proceso continuo dentro de la intervención debe iniciarse con la detección del caso y terminar cuando el niño es dado de alta.

El paquete de evaluación aquí propuesto incluye una entrevista inicial que debe realizarse al ingresar el niño al Centro y una evaluación de los repertorios del niño: Inventario del Desarrollo Secuencial del Rendimiento, (Dimitriev y cols., -- 1981) lo que permite un perfil muy amplio de las conductas del niño, y de su medio ambiente.

ENTREVISTA INICIAL

1. Nombre del niño _____
 2. Sexo _____ Edad _____
 3. Fecha de nacimiento _____
 4. Remitido por _____
 5. Motivo por el que asiste _____
- _____
- _____

I. DATOS FAMILIARES:

1. DATOS DE LA MADRE

- a) Nombre _____
- b) Edad _____
- c) Ocupación _____
- d) Trabaja fuera del hogar SI _____ NO _____
- e) En caso afirmativo, quien se queda al cuidado de los niños _____
edad de esta persona _____
- f) Escolaridad:
La madre, sabe leer y escribir SI NO
sólo escribir
sólo leer
primaria completa
primaria incompleta
secundaria
bachillerato
Otros

2. DATOS DEL PADRE

- a) Nombre _____
- b) Edad _____
- c) Ocupación _____
 - No trabaja _____
 - Obrero no especializado _____
 - Obrero especializado _____
 - Empleado _____
 - Otros _____
- d) Escolaridad
 - Sabe leer y escribir
 - Sólo escribir
 - Sólo leer
 - Primaria completa
 - Primaria incompleta
 - Secundaria
 - Bachillerato
 - Otros

3. HERMANOS

Anote en el siguiente cuadro los datos relativos a cada uno de los hermanos empezando por el mayor.

N O M B R E	EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACION

4. OTROS FAMILIARES

Si además de los padres e hijos viven otras personas - en la misma casa, llene el siguiente cuadro.

N O M B R E	EDAD	SEXO	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	OCUP.

II. RELACIONES FAMILIARES

1. Grado de aveniencia conyugal presente.
 - malo
 - bueno
 - regular

III. ECONOMIA FAMILIAR

1. ¿A cuánto asciende el gasto familiar mensual? \$ _____
2. ¿Cuánto se gasta mensualmente en los siguientes conceptos?

a) renta \$ _____	d) diversiones \$ _____
b) Luz \$ _____	e) Servicios mé dicos \$ _____
c) Gas \$ _____	f) Alimentación \$ _____

- g) Teléfono \$ _____ h) Educación \$ _____
 i) OTROS \$ _____
 3. ¿A cuánto asciende el ingreso familiar mensual?
 \$ _____

IV. VIVIENDA

1. La casa es: Rentada _____ Propia _____ Prestada _____
 Otros (especifique) _____

2. Describa en el siguiente cuadro sus características de construcción:

CONCRETO LAMINA ASBESTO CARTON MADERA MOSAICO TIERRA

PAREDES

TECHOS

PISOS

3. Servicios de la Vivienda

- a) agua potable SI NO
 b) baño privado SI NO
 c) ¿Con qué servicios cuenta el baño? regadera tina
 lavabo excusado
 d) Luz SI NO
 e) Gas SI NO
 f) ¿Tiene un cuarto exclusivo para cocina? SI NO
 h) ¿Tiene comedor? _____
 i) ¿Cuántas recámaras tiene? _____
 j) ¿Cuántas personas duermen por cama? _____
 - Dos o más (siempre que no sean los cónyuges) _____
 - Una persona por cama _____
 k) ¿La iluminación natural es adecuada? _____
 l) ¿La ventilación es adecuada? _____

4. ¿Cuáles de los siguientes artículos tiene en su hogar?

- a) T.V. _____
 b) Radio _____
 c) Tocabiscos _____

V. DATOS DEL NIÑO:

1. El niño es producto del _____ embarazo, con parto a los _____ meses.

2. El parto fue:
 normal _____ cesárea _____ forceps _____
3. El niño al nacer:
 presentó asfixia _____
 ictericia _____
 lloró inmediatamente _____
 midió _____ cms.
 pesó _____ grs.
 ¿Tuvo alguna complicación _____
-
4. Alimentación:
 ¿Recibió el pecho materno? _____
 ¿Cuánto tiempo? _____
 En caso contrario, ¿porqué no? _____
 ¿A qué edad se retiró el pecho y cómo? _____
-
5. Desarrollo evolutivo
- a) Sostuvo la cabeza a los _____ meses
 - b) Se sentó a los _____ meses
 - c) Le salió el primer diente a los _____ meses
 - d) Empezó a gatear a los _____ meses
 - e) Se mantuvo de pie (con ayuda) a los _____ meses
 - f) Dio los primeros pasos a los _____ meses
 - g) Camina i) solo _____ ii) con ayuda _____ iii) con apoyo _____
 - h) Corre i) solo _____ ii) con ayuda _____
 - i) Comenzó a balbucear a los _____ meses
 - j) Pronunció sus primeras palabras a los _____ meses
 - k) Pronunció sus primeras frases a los _____ años
 - l) Control de esfínteres diurno _____ nocturno _____
6. Situación actual.
- a) Alimentación: Enumere los alimentos que come el niño normalmente _____
-
-

b) Juego: describe cuáles son los juegos preferidos del niño, con quién, en qué lugares. _____

c) ¿Escucha la radio? ¿Cuántas horas al día? ¿qué tipo de programa? ¿cuáles son sus preferidos?: _____

d) ¿Ve televisión? ¿Cuánto tiempo diariamente? ¿qué tipo de programas ve? ¿Cuáles le gustan más? ¿Cuáles ve con más frecuencia? _____

e) ¿Tiene contacto con adultos? ¿Con qué frecuencia? ¿Son familiares, amigos, vecinos? ¿Cómo se relaciona con ellos? _____

f) Tiene contacto con otros niños ¿de su edad? ¿más grandes, más chicos? ¿Cómo se relaciona con ellos? ¿Con qué frecuencia tiene contacto con ellos? _____

g) Tiene control de esfínteres? ¿Diurno? _____
¿Nocturno? _____

FECHA: _____

ENTREVISTADOR: _____

INVENTARIO DEL DESARROLLO SECUENCIAL DE RENDIMIENTO

Nivel 1. Edad de Desarrollo

Rango: Nacimiento a 18 meses

1. MOTORA GRUESA

A. 0 a 6 meses

1. Posiciones prona y supina

- 1.a. Girar la cabeza a un lado (prona)
- 2.b. levantar la cabeza momentáneamente (prona)
- 3.c. levantar la cabeza momentáneamente (supina)
- 4.d. levantar la cabeza 45° (prona)
- 5.c. levantar la cabeza 90° (prona)
- 6.f. Sostenerse sobre los antebrazos (levantar el pecho y cabeza)
- 7.g. Levantar la cabeza 45° cuando esté suspendido (prona)
- 8.h. Conservar la cabeza firme cuando se le sienta en la posición supina con el soporte de la espalda.
- 9.2 Tratar de sentarse sin retrasar la cabeza
- 9.3 Posición de sentado
- 10.a. Sentarse con mucho soporte
- 11.b. Sentar con autosoporte
4. Rotación
- 12.a. Girar o rodar del lado a la espalda
- 13.b. Girar o rodar de la espalda al lado
5. Posición de pie
- 14.a. Mantener el peso sobre los pies
- 15.b. Levantar el pie

B. 6 a 12 meses

1. Posición prona
 - 16.a. Sujetar hacia arriba sobre los brazos extendidos
 - 17.b. Girar sobre un eje
 - 18.c. Desplazarse hacia adelante
 - 19.2 Extensión protectora frontal
 - 20.3 Rodar del estómago a la espalda
 - 21.4 Rodar de espalda a estómago
 - 22.5 Gatear 1.5 mts.
6. Posición de sentado
 - 23.a. Sentarse solo 30 seg.
 - 24.b. Sentarse solo y usar las manos en otra actividad
 - 25.c. Sentarse solo y extender los brazos
 - 26.d. Extensión protectora de los lados
 - 27.e Corregir reacciones del frente y de la espalda
 - 28.f. Lograr la posición prona desde la posición de sentado
7. Posición de arrastre
 - 29.a. Mantenerse en posición de arrastre
 - 30.b. Lograr la posición de sentado a la posición de arra
stre
 - 31.c. Lograr la posición de arrastre (mantenerse)
 - 32.d. Alcanzar en la posición de arrastre
 - 33.e. Mover en carretilla
 - 34.f. Arrastrarse solo 1.5 mts.
8. Posición de pie
 - 35.a. Pararlos sosteniéndolo
 - 36.b. Girar el tronco estando de pie

- 37.c. Enderezar las piernas al pararse
- 38.d. Impulsarse con apoyo
- 39.e. Pararse sólo momentáneamente
- 40.f. Pasear a la izquierda
- 41.g. Pasear a la derecha
- 42.h. Camina cuando se le guía con las dos manos

C. 12 a 18 meses

- 1. Habilidades de balance y locomoción
 - 43.a. Arrastrarse sobre barras bajas
 - 44.b. Arrodillarse sin ayuda
 - 45.c. Cruzar sobre un objeto a la izquierda
 - 46.d. Saltar sobre un objeto a la derecha
 - 47.e. Subir dos escalones apoyado en manos y rodillas
 - 48.f. Sentarse sobre una silla pequeña con ayuda
 - 49.g. Pararse sin ayuda
 - 50.h. Caminar agarrado de una mano
 - 51.i. Levantarse y caminar varias veces solo
 - 52.j. Caminar sin ayuda
 - 53.k. Caminar rápido
 - 54.l. Caminar de lado 4 pasos
 - 55.m. Caminar hacia atrás 4 pasos
- 2. Habilidades de fuerza
 - 56.a. Llevar un objeto de 1.5 kgs. un tramo de 1.5 mts.
- 3. Habilidades de pelota.
 - 57.a. Rodar la pelota 10 pies
 - 58.b. Golpear la pelota sobre el piso con la mano

II. MOTORA FINA

Coordinación ojo-mano

- A. 0 a 6 meses
- 1.1 Fijar la vista sobre un objeto
 - 2.2 Seguir un objeto a la línea media, acostado hacia abajo
 - 3.3 Acostado, seguir un objeto en un arco de 180°
 - 4.4 Sentado, seguir un objeto en un arco de 180°
 - 5.5 Juntar las manos
 - 6.6 Coger objetos
 - 7.7 Mirar un objeto pequeño sobre la mesa
 - 8.8 Acostado, alcanzar un objeto
 - 9.9 Alzanzár un objeto en posición de sentado
 - 10.10 Alcanzar un objeto pequeño colocado sobre la mesa
 - 11.11 Tomar dos objetos pequeños (uno con cada mano)
- B. 6 a 12 meses
- 12.1 Cambiar objetos de una mano a otra
 - 13.2 Extender, pasar y obtener objetos consistentemente
 - 14.3 Levantar 2 objetos (uno en cada mano)
 - 15.4 Golpear dos objetos juntos
 - 16.5 Señalar ilustraciones en un libro
 - 17.6 Levantar objetos usando el dedo pulgar.
- C. 12 a 13 meses
- 18.1 Levantar objetos pequeños usando pinza (índice-pulgar)

- 19.2 Tomar objetos pequeños de un recipiente
- 20.3 Colocar objetos en un recipiente
- 21.4 Sujetar un crayón
- 22.5 Marcar sobre un papel (modelado)
- 23.6 Hacer una torre de bloques
- 24.7 Ensartar 4 aros en un palo o estaca
- 25.8 Colocar 4 estaquillas redondas dentro de un bote pequeño
- 26.9 Colocar 4 estaquillas redondas en un tablero
- 27.10 Colocar círculos en la mesa 1:1
- 28.11 Colocar cuadrados en la mesa 1:1
- 29.12 Colocar triángulos en la mesa 1:1

III. COGNITIVA

A. 0 a 6 meses

- 1.1 Mirar caer un objeto

B. 6 a 12 meses

- 2.1 Quitar la manta para encontrar el objeto oculto
- 3.2 Imitar respuestas motoras
- 4.3 Abrir una caja para encontrar objetos

C. 12 a 18 meses

- 5.1 Reunir fichas en un bote
- 6.2 Teniendo un objeto en cada mano, el niño soluciona el problema de qué hacer cuando se le presenta un tercer objeto. (por ejemplo: cambiar un objeto, tomando dos en una mano, y levantar el tercero con la mano libre)

IV. LENGUAJE

A. Receptivo

1. 0 a 6 meses

1.a. Responde a un sonido

2.b. Voltea hacia la fuente de sonido

3.c. Voltea hacia la voz

2. 6 a 12 meses

Responde a:

4.a. Su nombre

5.b. Mírame

6.c. No

3. 12 a 18 meses

7.a. Dar un juguete cuando se le pide con gestos

8.b. Indicar una parte del cuerpo cuando se le indica

9.c. Responde a simples mandos: ven, alto.

B. Expresivo

1. 0 a 6 meses

10.a. Emitir algunos sonidos

11.b. Reír en voz alta

12.c. Vocalizar aisladamente sonidos con dos vocales

13.d. Vocalizar sonidos con dos consonantes

- 14.e. Vocalizar deseos o necesidades

- 2. 6 a 12 meses

- 15.a. Decir da o mamá no específicamente
- b. Imitar sonidos
- 16. ah
- 17. oo
- 18. ee
- 19. dada
- 20. mama
- 21. baba
- 22.c. Decir dada o mamá específicamente
- 23.d. Mostrar objetos a otros y vocalizarlos

- 3. 12 a 18 meses
- 24.a. Hacer verbalizaciones constantes para tres objetos
- 25.b. Usar palabras simples
- 26.c. Usar un sustantivo general para nombrar objetos en una categoría, por ejemplo, "comida" para cosas de comer
- 27.d. Señalar objetos y hacer sonidos preguntándose, por ejemplo, ¿eh?
- 28.e. Responder a la verbalización de un adulto con combinaciones de consonante-vocal y/o palabras simples
- 29.f. Imitar palabras simples, ejemplo: autobús, jugo, galleta, etc.

- V. SOCIAL-AUTOCUIDADO

- A. Social

1. 0 a 6 meses
 - 1.a. Mirar a las cosas
 - 2.B. Sonreír responsivamente
 - 3.c. Sonreír espontáneamente

2. 6 a 12 meses
 - 4.a. Dar los brazos para que sea levantado (en respuesta)
 - 5.b. Sostener un juguete atrayéndolo hacia él
 - 6.c. Trabajar para alcanzar un juguete
 - 7.d. Jugar a "mirar- asustar" (taparse los ojos)
 - 8.e. Jugar a "hacer tortillitas"
 - 9.f. Jugar pelota.

3. 12 a 18 meses
 - 10.a. Imitar el trabajo de casa
 - 11.b. Jugar 2 ó 3 juguetes simples apropiadamente

- B. Autocuidado
 1. 6 a 12 meses
 - 12.a. Comer con las manos

 2. 12 a 18 meses
 - 13.a. Beber de una copa
 - 14.b. Usar esponja

- 15.c. Comer comida de tres diferentes texturas
- 16.d. Cambiarse una prenda de vestir (intenc)

Nivel 2. Edad de desarrollo

Rango: 18 meses a 3 años

1. MOTORA GRUESA

A. Habilidades de balanceo y locomoción

- 1.1. Pararse de puntas
- 2.2. Agacharse para levantar un objeto
- 3.3. Agacharse y ponerse de pie
- 4.4. Levantarse un minuto sobre un pie
- 5.5. Caminar hacia atrás 3 metros
- 6.6. Caminar sobre una tabla de 50 cms. de ancho por 180 cm. de largo, colocada sobre el piso.
- 7.7. Caminar en círculo 3 metros
- 8.8. Caminar de puntillas 3 metros
- 9.9. Corre hacia adelante 3 metros
- 10.10. Corre, se para y regresa
- 11.11. Brinca en su lugar
- 12.12. Subir cuatro escalones, sin alternar los pies, usando el barandal
- 13.13. Bajar cuatro escalones, sin alternar los pies, usando el barandal

B. Habilidades de fuerza

- 14.1. Empujar una carreta 1.50 metros
- 15.2. Tirar de un cajón vacío 1.50 metros

16.3 Levantar un objeto pesado (2.50 kg) y llevarlo 15 metros

C. Habilidades de pelota.

(pequeña = 8 cm de diámetro, grande = 16 cm. de diámetro)

17.1 Botar una pelota pequeña

18.2 Lanzar 2 metros una pelota pequeña

19.3 Cachar una pelota mediana con los brazos extendidos

20.4 Patear una pelota un metro hacia adelante

D. Habilidades de triciclo

21.1. Montar el triciclo con ayuda

22.2 Desmontar del triciclo con ayuda

23.3 Poner los pies sobre los pedales mientras avanza

24.4 Pedalear tres metros

E. Habilidades de música y danza.

25.1 Mover el cuerpo al ritmo de la música

II. MOTORA FINA

A. Habilidades de manipulación

(ganchos, bloques, bolitas perforadas, envolturas, rompecabezas

1.1 Gancho

1.a. Colocar 5 pijas en el tablero

2.b. Colocar 5 a 10 estacas grandes cuadradas en el tablero

2. Bloques

- B. Preacadémicas.
1. Colores
- a. Igualar colores 1:1
9. naranja
10. morado
- b. seleccionar colores 1:1
11. naranja
12. morado
- c. Igualar colores 1:2
13. naranja
14. morado
- d. Seleccionar colores 1:2
15. naranja
16. morado
2. Lotería
- a. Igualar cartones de lotería
- 17.1 1:1
- 18.2 1:2
- 19.3 1:3
- 20.4. 1:4
- b. Seleccionar cartones de lotería
- 21.1 1:1
- 22.2 1:2
- 23.3 1:3
- 24.4 1:4

- D. General
- 25.1 Intentar doblar un papel (imitación)
 - 26.2 Volver páginas de un libro
 - 27.3 Voltear botones
 - 28.4 Girar las manecillas de un reloj
 - 29.5 Recoger una pelota que rueda
 - 30.6 Amasar plastilina en diversas formas
 - 31.7 Doblar papel (imitación)
 - 32.8 Manipular el batidor de huevo
 - 33.9 Llenar y vaciar recipientes con las manos

III. COGNITIVA-PREACADEMICAS

- 1. Conceptos (adjetivos) seleccionar objetos o pinturas que ilustren:
 - 1.a. grande
 - 2.b. pequeño
 - 2.2. Acciones.- Seleccionar dibujos que describan:
 - 3.a. Pararse
 - 4.b. Sentarse
 - 3. Preposiciones; colocar o seleccionar objetos:
 - 5.a. dentro
 - 6.b. fuera
 - 4. Hacer una selección entre:
 - 7.a. comida
 - 8.b. actividades

- 3.a. Hacer una torre de 4 cubos
- 4.b. " " " " 6 "
- 5.c. " " " " 8 "
- 6.d. Hacer una columna con cubos (imitación)
- 7.e. Hacer un puente con cubos (imitación)
- 8.3. Ensartar 5 botones grandes en un tubo limpio
- 9.4. Materiales de envoltura
- 9.a. Envolver de 3 a 5 tazas
- 10.b. Envolver de 3 a 5 cubos
- 11.5. Colocar una pieza de rompecabezas en su lugar.

B. Dibujo

- 12.1. Sujetar el crayón con los dedos, con ayuda
- 13.2. Hacer trazos espontáneos con crayón sobre papel
- 14.3. Imitar línea vertical
- 15.4. Imitar línea horizontal
- 16.5. Imitar un círculo
- 17.6. Imitar un signo de más (+)
- 18.7. Imitar el trazo V
- 19.8. Copiar líneas
- 20.9. Copiar círculos
- 21.10. Dibujar una línea sobre una señal
- 22.11. Dibujar un círculo sobre una señal

C. Habilidades Artísticas

- 23.1. Colocar plastilina sobre una forma recortada (c/ayuda)
- 24.2. Recalcar sobre un papel (en caballete)

- 3. Rompecabezas y formas.
- 25.a. Colocar círculo con círculo 1:2
- 26.b. Colocar cuadrado con cuadrado 1:2
- 27.c. Colocar triángulo con triángulo 1:2
- 28.d. Colocar círculo con círculo 1:3
- 29.e. Colocar cuadrado con cuadrado 1:3
- 30.f. Colocar triángulo con triángulo 1:3
- 31.g. Completar 2 piezas del rompecabezas
- 32.h. " 3 " " "

4. Conceptos-Números

- 33.a. Igualar conjuntos
- 34.b. Igualar números
- 35.c. Contar objetos
- 36.d. Seleccionar un objeto al pedirselo
- 37.e. Seleccionar números al pedirselos
- 38.f. Igualar números en un conjunto
- 39.g. Nombrar los números

IV. LENGUAJE

A. Receptivo

- 1. Indicar o señalar:
 - 1.a. Ojos
 - 2.b. Nariz
 - 3.c. Boca
 - 4.d. Oídos

- 5.e. Cabello
- 6.f. Zapato
- 7.g. Dedo
- 8.h. Manos
- 9.i. Pies
- 10.j. Mesa
- 11.k. Silla
- 12.l. Puerta
- 13.m. Baño
- 14.n. Piso
- 15.ñ. Ventana

2. Responde a:

- 16.a. Tomar
- 17.b. Colocar
- 18.c. Dar
- 19.d. Direcciones (2 de 3)

3. Música

- 20.a. Detenerse cuando la música se detiene

B. Expresivo

1. Responder correctamente a:

- 21. ¿Quieres jugo? (si)
- 22. ¿Quieres que yo me lo tome? (no)

2. Uso de partes gramaticales

- 23.a. Nombres
- 24.b. Adjetivos
- c. Pronombres

- 25. esto, eso, esa

26. yo, mio, tú
27. el, ella, nosotros, ellos
3. Uso de vocabulario
- 28.a. nombre propio
- 29.b. jugo
- 30.c. galleta
- 31.d. ir
- 32.e. taza
4. Articulación
- a. Decir una palabra con cada consonante
- Posición inicial
- 33.1. M
- 34.2. B
- 35.3. P
- 36.4. T
- 37.5. D
- 38.6. N
- 39.7. W
- 40.8 K
- 41.9 H
- 42.10 G
- 43.11 F
5. Combinar 2 palabras diferentes al hablar
- V. SOCIAL-AUTOCUIDADO
- A. Social

1. Responder a:
 - 1.a. ¿Cuál es tu nombre?
 - 2.b. Saludar

2. Habilidades de juego
 - 3.a. Juego aislado
 - Entretenerse sólo por 10 minutos
 4. Iniciar su propio juego
 - 5.b. Ocuparse en un juego con otros niños
 - 6.c. Ocuparse en labores domésticas creyéndolas juego.

- B. Autocuidado
 1. Habilidades de Gaveta
 - 7.a. Encontrar el ropero
 - 8.b. Tomar su abrigo
 - 9.c. Colocar el abrigo en el ropero

 2. Habilidades de comer
 - a. Verbalizar para obtener:
 - 10.1 galleta
 - 11.2 jugo
 - 12.b. comer galleta
 - 13.c. Beber jugo de un vaso
 - 14.d. Comer solo con cuchara

 3. Baño
 - 15.a. Verbalizar necesidades de W.C.
 - 16.b. Bajarse los pantalones

- 17.c. Sentarse en el W. C.
- 18.d. Usar el W. C.
- 19.e. Permanecer seco
- 4. Vestirse y desvestirse
 - a. Quitarse:
- 20.1 Calcetines
- 21.2 Zapatos
- b. Ponerse:
- 22.1 Sombrero
- 23.2 Calcetines.

Nivel 3. Edad de Desarrollo
Rango de desarrollo 3 a 4 años

I. MOTORA GRUESA

A. Habilidades de equilibrio y locomoción

- 1.1 Se agacha para jugar
- 2.2 Se para en un pie durante 5 segundos.
- 3.3 Camina 2 metros por una tabla elevada 15 cms.
- 4.4 Camina sobre las puntas, una distancia de 1.20 m.
- 5.5 Camina sobre los talones, una distancia de 1.20 m.
- 6.6 Corre alrededor de obstáculos y esquinas.
- 7.7 Jala juguetes de ruedas grandes a través de obstácu los grandes
- 8.8 Salta una cuerda colocada a 6 cms. del suelo.
- 9.9 Brinca 30 cms. hacia atrás.
- 10.10 Brinca 60 cms. hacia atrás.
- 11.11 Salta 4 veces en el mismo lugar.
- 12.12 Brinca un obstáculo de 20 cms. de ancho.
- 13.13 Brinca sobre un pie.
- 14.14 Sube 10 escalones alternando los pies con ayuda.
- 15.15 Camina hacia atrás 10 pasos, alternando los pies con ayuda.
- 16.16 Trepa por una escalera con peldaños de 30 cms. sin alternar los pies.
- 17.17 Baja por una escalera con peldaños de 30 cms. sin alternar los pies.
- 18.18 Se desliza por un tobogán sin ayuda.

+ Edad de desarrollo, aproximadamente de 30 meses.

B. Habilidades de Fuerza.

- 19.1 Se sienta en el piso con las rodillas torcidas y avanza hacia adelante y hacia atrás, apoyándose en los brazos y las manos.
- 20.2 Acostado boca abajo sobre una patineta, se impulsa hacia atrás y hacia adelante, una distancia de 15 cms. usando solamente las manos.
- 21.3 Impulsa una vagoneta, ayudado por otro niño, una distancia de entre 1.50 y 3 m.
- 22.4 Carga un objeto de 4.600 kg. y lo lleva 1.50 m.
- 23.5 Sostenido de una barra horizontal, por las manos, se balancea hacia adelante y hacia atrás y se deja caer.

C. Habilidades con la pelota (pequeña = 7 cms de diámetro, mediana, 14 cms de diámetro).

- 24.1 Bota una pelota mediana con una sola mano.
- 25.2 Arroja una pelota mediana una distancia de 2 m.
- 26.3 Arroja una pelota mediana con ambas manos
- 27.4 Arroja una bolsa llena de semillas a una distancia de 1.5 m., dentro de un blanco cuadrado de 60 cms. de lado.
- 28.5 Cacha una pelota pequeña con los brazos extendidos.
- 29.6 Cacha una pelota mediana con los brazos en ángulo.
- 30.7 Hace contacto con los pies, con una pelota en movimiento.

D. Habilidades con el triciclo.

- 31.1 Se monta en el triciclo sin ayuda
- 32.2 Se desmonta del triciclo sin ayuda
- 33.3 Pedalea una distancia de 15 metros.
- 34.4 No pierde el control del triciclo al doblar las esquinas.

- E. Habilidades de danza y ritmo.
 - 35.1 Marcha en línea
 - 36.2 Participa en rondas, con pasos sencillos, de 1 a 2 - ritmos.

- II. MOTORA FINA
 - A. Habilidades de manipulación.
 - 1.1 Coloca de 5 a 10 pijas cuadradas pequeñas en el tablero.
 - 2.2 Ensarta 5 cuentas pequeñas
 - B. Dibujo
 - 3.1 Sostiene el crayón con los dedos, sin ayuda
 - 4.2 Copia cruces
 - 5.3 Copia V con un pincel
 - 6.4 Dibuja cruces (+) cuando se le pide
 - 7.5 Dibuja caras con un círculo, ojos, nariz, y boca
 - 8.6 Imita cuadrados.
 - C. Corte
 - 9.1 Maneja adecuadamente las tijeras
 - 10.2 Corta con ayuda
 - D. Habilidades Artísticas
 - 11.1 Colorea áreas (usando contornos de hilo o plantillas)
 - 12.2 Pone engrudos sobre moldes, con ayuda
 - 13.3 Pone engrudo sobre moldes o papel, sin ayuda
 - 14.4 Pinta con pinceles

- E. Generales
- 15.1 Martillea pijas pequeñas
- 16.2 Toma objetos pequeños con los dedos, cuando tiene un ojo cubierto.

III. COGNITIVA-PREACADEMICA

- A. Cognitiva. (Preacadémicas)
- 1. Concepto de adjetivos (objetos o láminas ilustrativas)
 - 1.a. Largo
 - 2.b. Corto
 - 3.c. Duro
 - 4.d. Blando
- 2. Acciones (láminas descriptivas)
 - 5.a. Abrir
 - 6.b. Cerrar
 - 7.c. Beber
 - 8.d. Dormir
- 3. Preposiciones (colocar objetos)
 - 9.a. A, sobre, encima.
 - 10.b. Abajo
 - 11.c. Fuera
 - 12.d. Dentro
 - 13.e. A través, por, para
 - 14.4. Da uno o todos los objetos al pedirselos

- 5. Solución de problemas

- 15.a. Dice el nombre de un objeto conocido (pelota, cepillo, lápiz) al tocarlo.

- B. Preacadémicas
- 1. Colores
- a. Igualar colores 1:1

- 16.1 Rojo
- 17.2 Amarillo
- 18.3 Verde
- 19.4 Azul

- b. Seleccionar colores 1:1

- 20.1 Rojo
- 21.2 Amarillo
- 22.3 Verde
- 23.4 Azul

- c. Igualar colores 1:2

- 24.1 Rojo
- 25.2 Amarillo
- 26.3 Verde
- 27.4 Azul

- d. Seleccionar colores 1:2

- 28.1 Rojo
- 29.2 Amarillo

30.3 Verde

31.4 Azul

e. Igualar colores 1:3

32.1 Naranja

33.2 Púrpura

34.3 Rojo

35.4 Amarillo

36.5 Verde

37.6 Azul

f. Seleccionar colores 1:3

38.1 Naranja

39.2 Púrpura

40.3 Rojo

41.4 Amarillo

42.5 Verde

43.6 Azul

g. Igualar colores 1:4

44.1 Naranja

45.2 Púrpura

46.3 Rojo

47.4 Amarillo

48.5 Verde

49.6 Azul

- 2. Lotería
 - a. 6 cartones de Lotería
 - 50.1 Igualar
 - 51.2 Seleccionar
 - 52.3 Clasificar
 - b. 8-9 cartones de lotería
 - 53.1 Igualar
 - 54.2 Seleccionar
 - 55.3 Clasificar
 - c. Cartones de lotería con ilustraciones similares
 - 56.1 Igualar
 - 57.2 Seleccionar
 - 58.3 Clasificar
- 3. Rompecabezas
 - 59.a Completar un rompecabezas de 4 piezas
 - 60.b Completar un rompecabezas de 6 piezas
- 4. Concepto de número
 - a. Dos (2)
 - 61.1 Igualar grupos o conjuntos
 - 62.2 Igualar numerales
 - 63.3 Contar de memoria
 - 64.4 Contar objetos

- 65.5 Seleccionar dos objetos cuando se le pida
- 66.6 Seleccionar numerales cuando se le pida
- 67.7 Igualar numerales con conjuntos
- 68.8 Nombrar números

- b. Tres (3)

- 69.1 Igualar grupos o conjuntos
- 70.2 Igualar numerales
- 71.3 Contar de memoria
- 72.4 Contar objetos
- 73.5 Seleccionar tres objetos cuando se le pida
- 74.6 Seleccionar numerales cuando se le pida
- 75.7 Igualar numerales con conjuntos
- 76.8 Nombrar numerales
- 77.c Formar grupos de 3 manualmente.

IV. LENGUAJE. LENGUAJE ARTISTICO.

- 1.1 Señala:
 - 1.a. Brazo
 - 2.b. Pierna
 - 3.c. Cuello
 - 4.d. Barba
 - 5.e. Codo
 - 6.f. Pared
 - 7.g. Cubos
 - 8.h. Fregadero
 - 9.i. Cabeza

10.1 Espejo

11.2 Piano

2. Responde a:

12.a. Dos órdenes de acción

13.b. 2 objetos + 2 órdenes de acción (en cualquier orden)

3. Identifica el uso de 5 objetos (o los señala) cuando se le pregunta, por ejemplo, ¿Qué comes con...?*

14.a. Cuchara

15.b. Calcetín

16.c. Libro

17.d. Silla

18.e. Pelota

4. Música

19.a. Toca instrumentos con ritmo (lenta y rápidamente)

20.b. Mueve las manos con ritmo o canciones

B. Expresivo

1. Responde a:

21.a. ¿Con qué ves?

22.b. ¿Con qué oyes?

23.c. ¿Con qué te ríes?

2. Usa elementos gramaticales

24.a. Verbos

25. Preposiciones

26** Plurales

3. Articulación

a. Dice una palabra con cada consonante (posición inicial) cuando se le muestra una lámina

27.1 L

28.2 J

29.3 Y

30.4 Dice oraciones de 3 palabras +++

C. Lenguaje artístico

31.1 Pretende ser un león, elefante, perro, cuando se le pide.

V. SOCIAL-AUTOCUIDADO

A. Social

1. Responde a cuestiones sociales.

1.a ¿Cuál es tu nombre? (nombre y apellidos)

2.b. ¿Cuántos años tienes?

3.c. ¿Eres niño o niña?

4.2 Da las gracias

* 30 meses

** 28 meses

+++24 meses

- 3. Habilidades de juego
- 5.a. Comparte sus juguetes con otros niños
- B. Autoayuda
- 1. Comer
- 6.a Con tenedor
- 7.b Usa la cuchara sin derramar nada
- 8.c Utiliza el cuchillo para untar
- 9.d Vierte líquidos de un vaso a otro.
- 2. Baño
- 10.a Bajarse la ropa
- 11.b Limpiarse
- 12.c Jalar la cadena
- 13.d Subirse la ropa
- 3. Lavarse las manos
- 14.a Ir al lavabo
- 15.b Abrir la llave
- 16.c Lavarse las manos
- 17.d Cerrar la llave
- 18.e Tomar la toalla
- 19.f Secarse las manos
- 20.g Colocar la toalla en su lugar
- 4. Vestirse y desvestirse
- a. Quitarse:

- 21.1 Ropa interior
- 22.2 Pantalones
- 23.3 Blusa o vestido

- b. Ponerse:

- 24.1 Zapatos
- 25.2 Saco o abrigo
- 26.3 Ropa interior
- 27.4 Pantalones
- 28.5 Blusa o vestido
- 29.c Subirse el cierre
- 30.d Bajarse el cierre
- 31.e Abrochar dos botones grandes
- 32.f esabrochar dos botones grandes.

C O N C L U S I O N E S

A lo largo de este trabajo se han planteado al menos dos - ideas fundamentales; por un lado se ha sostenido que la prevención a nivel primario y secundario es una opción viable para - atacar el problema del retardo en el desarrollo, y por el otro, se ha mencionado que para que ésta sea efectiva debe abarcar - prioritariamente a los niños menores de cuatro años y sus familiares, por medio de programas de Estimulación Temprana.

Ambos planteamientos han sido concretados en el diseño del Centro Piloto de Diagnóstico y Estimulación Temprana, el cual - tiene como objetivo fundamental contribuir a la prevención del - retardo en el desarrollo a través de la investigación y el servicio a niños menores de cuatro y sus familiares, ya que para - que realmente pueda hablarse de prevención es necesario intervenir muy pronto en la vida de los individuos.

Empero, para que este objetivo pueda lograrse ha de conseguirse la participación de la sociedad en general, especialmente de las personas que están más cerca del problema, como son los familiares, maestros e investigadores, a quienes se puede llegar mediante campañas masivas de divulgación que podrían incluir - desde información acerca de pautas de desarrollo dirigida a los padres, hasta literatura especializada para los médicos, sobre todo ginecólogos y pediatras, los que utilizando fichas de alto riesgo podrían detectar y canalizar a los niños que así lo requierían.

Todo lo anterior no es tarea fácil, ya que se necesita de una amplia coordinación entre diferentes instituciones, tanto gubernamentales como privadas, para llevarlo a efecto.

Lograr el objetivo propuesto es particularmente factible entre los niños que caen en las categorías de alto riesgo y de riesgo establecido, sin embargo en el caso de los pequeños de alto riesgo ambiental, la situación se torna más difícil, puesto que en ellos el factor más importante, el social está fuera de los alcances del investigador; aun así es posible iniciar campañas de resolución de problemas concretos en poblaciones marginadas, dicha empresa se iría ampliando paulatinamente hasta abarcar cuestiones educativas y médicas, enfocadas a la prevención del retardo en el desarrollo.

Lo anterior puede realizarse poniendo en práctica alguna de las siguientes acciones concretas:

a) Ampliar la capacidad de atención de las escuelas preescolares en zonas marginales hasta el año de edad o aun más; esto puede, al mismo tiempo, aliviar las tensiones de las madres trabajadoras, quienes se ven imposibilitadas de percibir un salario al no tener con quién dejar a sus hijos durante la jornada laboral.

b) Formar grupos de padres interesados en los que participen también jóvenes que, aunque no tengan hijos, empiecen a conocer estos temas, dedicados a la educación y otras cuestiones fa-

miliares, para así, empezar a formar verdaderos agentes de prevención.

c) Involucrar a médicos y otros especialistas para que divulguen información acerca de algunas cuestiones relacionadas con el retardo, la nutrición, las interacciones familiares y la importancia de la prevención, entre otros temas.

d) Formar grupos de investigación multidisciplinaria que se dediquen a buscar y poner en práctica nuevas opciones de intervención.

Todas estas acciones concretas no son sino ejemplos de lo que puede realizarse en favor de la prevención, y por tanto, no pretende de ninguna manera convertirse en la panacea para solucionar un problema tan complejo, que no es, en última instancia, sino un reflejo de la estructura socioeconómica en la que nos encontramos insertados.

Por lo anteriormente dicho, es válido afirmar que la prevención primaria del retardo en el desarrollo no será una realidad en tanto subsistan sin resolver problemas tan apremiantes como la desnutrición, la falta de servicios públicos, o la inaccesibilidad a la educación más elemental, y ello, obviamente, no es labor de un individuo o grupo de individuos de manera aislada, sino que es menester realizar un cambio total de estructuras sociales que permitan al grueso de la población tener acceso a todos esos satisfactores primarios.

Antes de concluir este punto, sólo es necesario considerar que el producto del presente trabajo no es sino una aportación para contribuir, aunque sea en mínima parte, a solventar un problema que no es posible seguir ignorando.

Probablemente, la parte más difícil de cualquier proyecto - es su realización, ya que es inevitable dejar cabos sueltos cuando se está en la etapa de planeación, sin embargo, sí es posible prever los obstáculos que pueden enfrentarse, así como las alternativas para sortearlos.

En este caso es particular, una de las primeras dificultades será, sin duda, la forma en que habrá de captarse a los sujetos de interés, especialmente a los de alto riesgo ambiental, ya que sus familiares difícilmente acudirán por iniciativa propia a solicitar un servicio que no sólo desconocen, sino que, además, consideran innecesario. Con seguridad aquí podría actuarse de diversas maneras, como por ejemplo, estableciendo indicadores de riesgo y procediendo después a seleccionar grupos susceptibles en las comunidades de influencia del Centro Piloto; otra sería que por medio de las consultas periódicas de pediatría se canalizaría a los niños y familiares a dicha institución. Estas dos opciones no invalidarían el establecimiento de otros frentes de entrada, en colaboración con otras instituciones y grupos comunitarios, los cuales funcionarían como canales de detección.

Otra limitante, que es importante señalar, se relaciona con el aspecto financiero, que podría resolverse interesando en - -

primera instancia a instituciones gubernamentales de salud, como son la SSA, el ISSSTE y el IMSS, así como el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), que es el organismo encargado de contemplar este tipo de programas entre sus actividades prioritarias; asimismo, podría recurrirse a agrupaciones de padres con hijos retardados, quienes, mejor que nadie reconocen la importancia de la prevención.

Una última cuestión, a la que se hizo referencia en repetidas ocasiones durante este trabajo, es la participación de los padres, y que aquí viene a agregarse como un factor de primordial importancia. La experiencia ha mostrado que la movilidad de los sujetos retardados en cualquier institución de servicio es muy escasa, lo que limita no sólo la posibilidad de aceptación de otros solicitantes, sino que lleva aunado el incremento de los costos y la tardanza en la recuperabilidad del daño entre otras cosas.

De aquí que uno de los planteamientos fundamentales de este trabajo sea el entrenamiento a los padres, con lo cual podría obtenerse un gran flujo de las personas atendidas y en consecuencia, una mayor difusión de los objetivos que pretenden alcanzarse.

Para terminar, sólo es necesario hacer dos últimas reflexiones, una, en relación al papel del psicólogo, y otra, a los alcances que tendría un centro con las características propuestas.

Es obvio que al ver el retardo en el desarrollo desde una -

perspectiva diferente -en este caso como factible de prevención- se está planteando también que el papel que el psicólogo ha asumido hasta el momento debe cambiar, para convertirse no sólo en un aplicador de pruebas, sino en un profesional capaz de intervenir directa e indirectamente en la solución de una gran cantidad de problemas individuales que repercuten en todos los ámbitos de la vida cotidiana.

Con respecto al segundo punto, únicamente resta hacer hincapié en que un trabajo de esta naturaleza no resuelve sino una parte del problema, puesto que aun contando con una gran cantidad de Centros con las características descritas, distribuidos en todo el territorio nacional, no se estará sino afectando el resultado de una estructuración deficiente en sí misma.

B I B L I O G R A F I A

- Alvarez, M.J., Martínez, F., Chávez, M. y Gómez, G.N. Diagnóstico del Sistema Educativo Nacional. Educación Especial, SEP, México, 1977.
- Ashton-Lilo, J., Infants and their environments: working with high risk infants and parents. Trabajo presentado en el 5^o Congreso Internacional de la Asociación para el Estudio Científico de la Deficiencia Mental, Jerusalem, Israel, Agosto de 1979.
- Baer, D. M., El Control ejercido en el laboratorio sobre el chupeteo del pulgar mediante el retiro y la nueva presentación del reforzamiento. En Ulrich, R., Stachnik, T., y Mabry, J. Control de la Conducta Humana, Vol. 1, - - Edit. Trillas, México, 1972.
- Bayley, N., Bayley Scales of infant development, Psychological - Corporation, New York, 1969.
- Bijou, S. W. Teoría e investigación sobre el retardo mental (en el desarrollo). 1963. En Bijou, S. W. y Baer, D. M. Psicología del desarrollo infantil, Vol. 2, Lecturas en el - análisis experimental. Edit. Trillas, México, 1975.
- Bijou, S. W. y Grimm, J. Diagnóstico y evaluación conductual en la enseñanza de niños pequeños desventajados. 1972. En Bijou S. W. y Rayek E. Análisis Conductual aplicado a la instrucción. Edit. Trillas, México, 1980.
- Bowlby, J. Cuidado maternal y amor. Edit. Fondo de Cultura Económica, México, 1972.
- Bralic, S., Haeussler, I. M., Lira, M. I. Montenegro, H. y Rodríguez, S. Estimulación Temprana: importancia del ambiente para el desarrollo del Niño. UNICEF, Santiago de Chile, 1978.
- Bralic, S. & Lira, M. I. Experiencias tempranas y Desarrollo Infantil, en Bralic, S., Haeussler, I. M. Lira, M. I. Montenegro, H. y Rodríguez, S. Estimulación Temprana: Importancia del ambiente para el desarrollo del Niño. UNICEF, Santiago de Chile, 1978.
- Brazelton, T. B. Neonatal Behavioral Assessment Scale. Londres Wm. Heinemann Medical Books, 1972.
- Cabrera, M. C. y Sánchez Palacios, C. La Estimulación precoz: un enfoque práctico. Pablo del Río, Ed.Col. Síntesis, Madrid, 1980.
- Caputo, D., Taub, H., Goldstein, K., Smith, N., Dalack, J., Pursner, J. y Silbersteins, R. An evaluation of various parameters of maturity at birth as predictors of development at one

- year of life. Perceptual and Motor Skills. 1974.
- Carrillo, M. Guía de Estimulación Motora Temprana en niños con daño cerebral. UNICEF, Programa regional de Estimulación Temprana, México, 1981a.
- Carrillo, M. Tratamiento motor del niño con daño cerebral. Ideas útiles para la casa y la sala de clases. UNICEF. Programa regional de estimulación temprana, México, 1981b.
- Dalton, A. J., Rubino, C. R. y Hislop, H. W. Algunos efectos de las recompensas con fichas, con respecto al aprovechamiento escolar, en niños con Síndrome de Down, 1973. En Bijou, S. W. y Rayek E. Análisis Conductual Aplicado a la Instrucción. Edit. Trillas, México, 1980.
- Dimitriev, V. Educación Temprana y el Síndrome de Down, UNICEF. Programa Regional de Estimulación Temprana, Noviembre de 1981, México.
- Domínguez, B. M. Aspectos médicos en la atención de niños con retardo en el desarrollo. ENEPI-UNAM, 1981. Inédito.
- Drage, J., Kennedy, C., Berendes, H., Schwarz, B. y Weiss, W. The Apgar score as an index of infant morbidity. Developmental Medicine and child neurology, 1966, 8,
- Ellis, N. Cross, L. y Goin, K. Planeamiento de programas para la Estimulación Precoz de los disminuidos. Edit. Las Paralelas, Buenos Aires, 1978.
- Fuentes Mercado, M. L. Programas de Estimulación para incrementar el desarrollo intelectual, social y motor en los niños, desde el nacimiento hasta los 6 años; Un manual de procedimientos para los padres. Tesis Profesional. UNAM. México, 1979.
- Freud, S. New Introductory Lectures in Psychoanalysis. New York: John, Wiley, 1933.
- Galguera, M. I. Diagnóstico y Evaluación. Inédito. ENEP - UNAM. Iztacala, 1981.
- Galindo, C. E., Bernal, T., Galguera, M. I. Padilla F. y Taracena, E. Modificación de conducta en la Educación Especial. Diagnóstico y Programas. México, Ed. Trillas, 1980.
- Gesell, A. y Amatruda, C. S. Development Diagnosis. N. Y., Paul B. Holder, Inc. 1947.
- Gesell, A. y Amatruda, C. Diagnóstico del Desarrollo Normal y Anormal del niño, Métodos clínicos y aplicaciones, prácticas. Edit. Paidós, Buenos Aires, 1974.
- Goldstein, K. M. Caputo, D. V. y Taub, H. The effects of Prenatal and perinatal complications on development at one year

of age. Child Development, 1976, Vol. 47 (3).

- Grant, J. Estado Mundial de la Infancia, 1980-1981, UNICEF, Programa Regional de Estimulación Temprana. México, Mayo de 1981.
- Haeussler, I. M. y Rodríguez, S. Programas de Estimulación Temprana: Una revisión crítica. En Bralic, S., Haeussler, I.M., Lira, M. I., Montenegro, H. y Rodríguez, S. Estimulación Temprana: Importancia del ambiente para el desarrollo del niño. UNICEF, Santiago de Chile, 1978.
- Hart, B. H. y Risley, T. R. Establecimiento del uso de adjetivos - descriptivos en el lenguaje espontáneo de niños preescolares con privación cultural. 1968. En Bijou, S. W. y Rayek, E. Análisis Conductual Aplicado a la Instrucción, Edit. Trillas, México, 1980.
- Hayden, A. H. Perspectives of early childhood in special education. En Haring(ed) Behavior of exceptional Children: An introduction to Special Education. 1974, Charles E. Merrill, Columbus.
- Hernández, G. R. Deficiencias cerebrales infantiles. Psicomotricidad y evolución en la Rehabilitación del niño paralítico cerebral. Pablo del Río, Editor, Colecc. Aprendizaje, Madrid, 1977.
- Horowitz, F. D. Methods of Assessment for at risk and Handicapped Infants, Cap. preparado para Ramey y C. and Thohanis, P. Finding and Educating the High-Risk Infant. sf.
- Huitrón, V. B. Análisis cuantitativo de la distribución temporal de las actividades realizadas por la niñera. Tesis Profesional, UNAM, México, 1981.
- Hunt, J.V. y Rhodes, L. Mental development of preterm infants, during the first year. Child development, 1977 (Mar) Vol. 48 (1).
- Kantor, J. R. y Smith, N. W. The science of psychology: An Inter-behavioral Survey. Chicago: Prince Press, 1975.
- Kilbridge, J. E. Mother infant interaction and infant sensorio motor development among the Baganda of Uganda. DAI, abril, 1977, Vol. 37, No. 10 (8).
- Kirk, J. A. Fundamento General e histórico para la Estimulación precoz de los disminuidos. En Ellis, N., Cross, L. y Goin, K. Planeamiento de programas para la Estimulación precoz de los disminuidos. Ediciones Las Paralelas, Buenos Aires. 1978.
- Lara, J. Estudio de casos con modificación de conducta en la rehabilitación del paralítico cerebral. Tesis Profesional. UNAM. 1979.

- LaVech, B. V. The developmental psychologist. En Allen, K. E., Hom, V. A. y Schielbusch, R. L. (Eds. Early intervention. A team approach. University Park Press, Baltimore. 1978.
- Malvido, P. "Más de 120 millones de niños con taras físicas en los países del Tercer Mundo", 2a. de 3 partes. En Uno más - Uno., México, Lunes 9 de agosto de 1982. pág. 18.
- Maussner, J. y Bahn, A. K. Epidemiología. Ed. Interamericana, México, 1977.
- Montenegro, H. Consideraciones Generales sobre Estimulación Temprana. En Bralic, S. Haeussler, I., Lira, M., Montenegro, H. y Rodríguez, S. Estimulación Temprana: importancia - del ambiente para el desarrollo del niño. UNICEF, Santiago, de Chile, 1978.
- Mora, J. O. Períodos óptimos de Intervención en niños pobres. En Pobreza Crítica en la Niñez, CEPAL, UNICEF, México, 1980.
- Morgan, W. B. Staff, y P Romaine, M. F. A comparison of individual with multiples assignment of care givers to infants in - day care. Merrill-Palmer Quartely, 1980. 26, 1.
- Parmelee, A. Kopp C. y Sigman, M. Selection of developmental assessment techniques for infants at risk. Merrill Palmer Quar-tely, 1976, Vol. 22 (3).
- Pérez de Alba, P. L. Teoría y práctica de la Educación Temprana, Tesis Profesional, UNAM. México, 1977.
- Pérez de Alba, P. L., y Melgar, T. Programa de Estimulación Temprana "Chan-Pal". Centro de Desarrollo Infantil 2001, En: Speller, Análisis de la Conducta Trabajos de Investigación - en Latinoamérica., Edit. Trillas, México. 1978.
- Piaget, J. e. Inhelder, B. Psicología del Niño, Editor 904. Buenos Aires, 1969.
- Reese, H. W. y Lipsit, L. Psicología Experimental Infantil, Edit. Trillas. México, 1975.
- Rehingold, H. L. The Modification of Social Responsiveness in Institutional babies. Mononogr. Soc. Res. Child Dev. 1956, 21, No. 63.
- Ribes, I. E. Prevention of Development Retardation in poor countries. Trabajo presentado en el World Congress on future Special Education. Stirlin, Escocia, Junio de 1973.
- Ribes, I. E. Algunas consideraciones sobre la prevención del retardo en el desarrollo. Trabajo presentado en el II Congreso Interamericano de Retardo Mental, Panamá, Agosto de 1975.

- Ribes, I. E. Técnicas de Modificación de Conducta: Su aplicación al Retardo en el desarrollo. Edit. Trillas, México, 1967, - Segunda reimpresión.
- Ribes, I. E. y Fernández, G. C. Diseño Curricular y programa de formación de profesores. 1975. En Ribes, I. E., Fernández, G. C. Rueda, B. M., Talento, M. y López. Enseñanza, Ejercicios e investigación de la psicología: un modelo integral. Edit. Trillas, México, 1980.
- Rice, R. D. Neurophysiological development in premature infants following stimulation. Developmental Psychology, 1977, Vol. 13.1.
- Rodríguez, S: Lira, M. I. Montenegro H. Programa de Estimulación Precoz para niños del nivel socioeconómico bajo, entre 0 y 2 años, plan piloto. En: Revista Interamericana de Psicología. 1975, vol. 7 (2).
- Roth, V. E. Apuntes preliminares sobre una psicología preventiva. Trabajo presentado en el VI Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta. México, Febrero de 1982.
- Schielbush, R. L., A synthesis of Issues. En Allen, E., Holm. V. A. y Schielbush, R. L. Early intervention: A team approach. University Park Press, Baltimore, 1978.
- SEP, La Educación Especial en México, Cuaderno SEP, No. 8, México, 1981.
- Skeels, H. M. y Dye, H. A. A study of the effects of differential stimulation on mentally retarded children. Proc. Amer. Ass. Ment. Defic., 1939.
- Slovin-Ela, S. y Kahen-Raz, R. Developmental differences in Primary reaching responses of young infants from very social backgrounds. Child development, 1978, 49, a.
- St. Clair. Karen, Neonatal Assessment Procedures: An Historical Review, Child Development, 1978.
- Tinnetti, N. Trabajo monográfico sobre parálisis cerebral. UNICEF. Programa de Estimulación Precoz para Centroamérica y Panamá, Panamá, junio de 1980.
- Ullman, L. P. y Krasner, L. Psychological approach to abnormal behavior, Edit. Prentice Hall, Inc. Englewood Cliffs, Nueva Jersey, 1975. 2a. ed.
- UNESCO, Reunión de expertos de la UNESCO sobre Educación Especial. Informe Final. Casa de la UNESCO, París, Oct. de 1979.
- UNICEF. Guías de Estimulación Temprana, Guatemala, 1980.

- Velazco, Y. S. Determinantes socioeconómicas y culturales del retardo en el Desarrollo. Inédito. ENDCPI. 1978.
- Wachs, T. D. Uzgiris, I. C. y Hunt, J. Cognitive development in - - infants of different age levels and from different environmental background: An exploratory investigation. Merrill-Palmer Quartely, 1971.
- Werner, E. E. Bierman, J. M. y French, F. E. The children of Kuwai, Honolulu. University of Hawaii Pres, 1971.
- Wolf, M. M., Risley, T. R. y Mees, H. L. Aplicaciones de los procedimientos de condicionamiento operante a los problemas conductuales de un niño autista. 1964. En Bijou, S. W. y Baer, D. J. Psicología del desarrollo Infantil, Vol. 2, Lecturas en el Análisis Experimental Edit. Trillas. México, 1979.
- Yarrow, L. J. Maternal deprivation: toward an empirical and conceptual reevaluation. Pshychological Bulletin, 1961, 58, (6).
- Zarzosa, E. L. Comentarios sobre un diagnóstico conductual para sujetos con retardo en el desarrollo. Revista del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología. - - 1979.

A P E N D I C E

HISTORIA DE CASO

A continuación se describe en forma anecdótica, el caso de una niña considerada como de riesgo establecido a quien se estimuló desde muy temprana edad, y en quien se intervino prácticamente desde el nacimiento.

C. Es una niña de 2 años 8 meses de edad, producto de un embarazo normal, de madre primípara. Al nacer pesó 2.550 Kg. y midió 49 cms.; tuvo una puntuación en el Test Apgar de 8-8. Debido a que el cordón umbilical estaba enredado al cuello, hubo necesidad de practicar cesárea; respiró y lloró inmediatamente. Al momento de la concepción ambos padres estaban aparentemente sanos, y tenían 27 y 29 años de edad respectivamente.

A las cuatro semanas del nacimiento, se le detectaron dos soplos cardiacos; el estudio radiológico confirmó la existencia de una comunicación interventricular, por lo que inmediatamente se le dio tratamiento farmacológico. No presentó cianosis (amoratamiento) en ninguna ocasión. Al año seis meses se le retiró el tratamiento, ya que uno de los soplos había desaparecido totalmente y el otro estaba en proceso de hacerlo, y actualmente es mínimo.

A los siete meses de edad, debido a que no tenía control postural, no fijaba la vista, casi no cambiaba de posición estando acostada y a que el perímetro craneal era mayor que el promedio para su edad, se empezó a sospechar la existencia de hidrocefalia, lo cual se confirmó inmediatamente. El diagnóstico indicó que la causa era un estrechamiento anormal del Acueducto de -

Silvio, por lo que casi no existía circulación del líquido cefalorraquídeo.

A los nueve meses se le colocó una válvula de Puddens derivada a peritoneo para que se desechara el exceso de líquido; dicha válvula es permanente y requiere supervisión periódica por parte del médico.

Inmediatamente después de este tratamiento se empezaron a realizar con ella ejercicios de coordinación motora gruesa, supervisados por un terapeuta físico, los cuáles se continuaron hasta que empezó a caminar sin ayuda (al año seis meses); posteriormente se reiniciaron a los dos años para mejorar la postura del pie y la flexibilidad de los miembros inferiores.

También se le estimuló en el área del lenguaje enseñándole a soplar, leyéndole unos minutos diariamente y explicándole constantemente cuestiones relacionadas con las cosas que había a su alrededor; se obtuvieron muy buenos resultados, ya que aproximadamente al año no sólo balbuceaba sino que decía palabras como mamá, papá, Gaby, y otras, y además formaba frases de dos palabras, siendo su comprensión muy amplia.

Cabe hacer notar que en ningún momento se permitió a los familiares utilizar lenguaje deformado sino que, por el contrario, se hacía énfasis en la articulación correcta para hablar con ella; lo cual demostró ser muy benéfico, pues actualmente su articulación es casi perfecta, ya que a excepción de que en algunas pala

bras cambia la /d/ final por /t/, no tiene problemas de pronunciación.

En cuanto a la coordinación motora fina, más o menos a los 12 meses era ya capaz de colocar el tapón de la mamila sin error y sin ayuda; en el área de desarrollo social desde el mes o mes y medio de edad empezó a responder a otras personas cuando se le hablaba o se pretendía jugar con ella.

Es importante mencionar que, a excepción del área motora gruesa, en las otras no se procedió de una forma sistemática, ya que no se estableció ningún programa como tal, empero, se ha realizado un trabajo ininterrumpido en el que se han abarcado todas las áreas de desarrollo, seleccionando las actividades en términos de secuencia y grado de dificultad

Actualmente, y de acuerdo con el Inventario del Desarrollo Secuencial del Rendimiento, C. realiza todas las actividades del nivel 1.

Para el nivel 2 en el área motora gruesa, realiza todas las actividades, a excepción de caminar de puntas, correr hacia adelante (pues lo hace de manera muy deficiente) y pedalear en el triciclo. En el área de motora fina realiza el 56% de las actividades, y en la cognitiva realiza el 50%, mientras que en lenguaje responde a los primeros 15 reactivos, verbalizándolos correctamente; asimismo, responde y verbaliza acciones de tomar, colocar, dar y dirigirse hacia, y de detenerse cuando la música cesa.

En lenguaje expresivo, responde al 100% de los reactivos, - además, al decir su nombre, menciona sus dos apellidos. Para el área social y de autocuidado realiza el 87% de las actividades.

En el nivel 3, para el área de motora gruesa, realiza el - 30% de las actividades, mientras que en el área de motora fina sólo realiza la actividad 3; en el área cognitiva preacadémica tiene el concepto de largo, y corto; duro y blando; abrir, cerrar; beber; dormir; sobre, abajo; fuera y da uno o todos los objetos al pedirselos. También dice el nombre de objetos conocidos al to carlos, de los colores sólo discrimina entre rojo y azul.

Para el área de lenguaje responde al 93% de los reactivos; aquí es pertinente mencionar que tiene un excelente lenguaje, - tanto expresivo como receptivo, ya que incluso es capaz de sostener conversaciones telefónicas muy breves, así como de dar re cados cuando se le pide.

Actualmente es una niña sin problemas adaptativos, lo que le per mite interactuar perfectamente con niños y adultos, en diversas situaciones.

Este apéndice se ha incluido como una muestra de lo que pue de lograrse cuando diferentes especialistas estimulan tempranamente, y de manera coordinada, a un niño de riesgo establecido, - pero sobre todo cuando se cuenta con el apoyo decidido de padres y familiares.