

191
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES

LA INTERVENCION TEMPRANA EN NIÑOS DE
ALTO RIESGO Y RIESGO ESTABLECIDO

REPORTE LABORAL

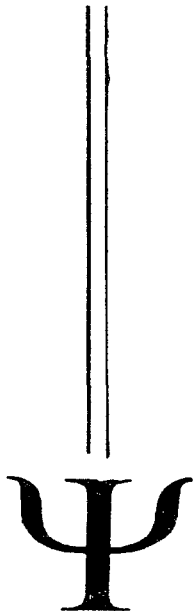
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
SONIA OLVERA BARRAGAN

DIRECTOR: LIC. MARQUINA TERAN GUILLEN

MEXICO, D. F.

MARZO, 1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





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.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	3
III. ANTECEDENTES	7
1. Educación Especial	7
1.1. Servicios de Educación Especial	8
1.2. La Educación Especial en el Estado de México	12
1.3. Situación Actual	13
2. La Intervención Temprana	15
2.1. Estimulación e Intervención temprana	15
2.2. Desarrollo del niño típico	17
2.3. Desarrollo del niño atípico	20
2.4. Factores de riesgo e intervención temprana	21
3. La Evaluación Infantil	23
3.1. Gráficas de crecimiento	25
3.2. Evaluaciones neonatales	26
3.3. Evaluaciones del desarrollo en los primeros años	29
3.4. Programas de desarrollo	31
4. Una estrategia de intervención temprana	35
4.1. Antecedentes de la intervención temprana	35
4.2. Modelos de intervención	36
4.3. Intervención temprana en el Municipio de Tlalnepantla	38
IV. Procedimiento	42
1. Objetivo general	42
2. Detección de Necesidades	42
2.1. Justificación del estudio	43
2.2. Elaboración del estudio de factibilidad o estudio de detección de necesidades	44
2.3. Tramitación de la donación del terreno ante el Municipio de Tlalnepantla	44

2.4. Revisión de los documentos técnicos y operativos	45
2.5. Listado y contacto con las instituciones médicas del Municipio de Tlalnepantla.	47
2.6. Obtención de información de los responsables de las direcciones o subdirecciones médicas.	50
2.7. Compilación, evaluación y análisis de la información obtenida	54
3. Trabajo en el grupo de intervención temprana	60
3.1. Equipo de trabajo	60
4. Fases en el trabajo de intervención temprana.	64
4.1. Fase prediagnóstica	64
4.2. Fase diagnóstica	71
4.3. Fase de intervención	75
5. Muestra de los resultados	82
5.1. Evaluación de los avances	82
5.2. Muestra de los resultados	83
V Evaluación	95
1. Estudio de detección de necesidades	95
2. Apertura de un grupo de intervención temprana	100
3. Trabajo en el grupo de intervención temprana	101
VI Análisis	105
1. Estudio de campo	105
2. Trabajo de intervención temprana	109
VII Contribuciones	112
VIII Bibliografía	119
Anexo 1: Datos reportados en el Hospital regional de Tlalnepantla No. 72 (1989 y 1990)	123
Anexo 2: Items del P.A.C. Primario	126
Anexo 3: Guía de intervención temprana de la D.G.E.E.	131

I. INTRODUCCIÓN.

El gran número de niños considerados de alto riesgo o riesgo establecido representan un problema a nivel individual, familiar, escolar y social por las secuelas que manifiestan en su conducta y vida cotidiana. El objetivo central del presente trabajo parte de esta premisa y se orienta a reseñar, por una parte, una perspectiva de la importancia que la intervención temprana reviste a nivel social porque permite el desarrollo de las potencialidades de los niños con necesidades especiales, y por otra, una panorámica del trabajo que se realiza en el sector educativo de educación especial en el área de la intervención temprana.

En los antecedentes se proporciona un recuento histórico de la intervención temprana y la educación especial, complementándose esta parte con una descripción de algunos instrumentos y formas empleados en la evaluación infantil y que sirven en muchas ocasiones de parámetro para detectar patrones normales y anormales de desarrollo.

En el procedimiento se encuentra la parte esencial del presente trabajo. Esta se encuentra integrada por tres partes las cuales contienen lo siguiente:

1. En la primera parte se presenta la serie de datos sobre niños de alto riesgo y riesgo establecido que algunas instituciones del sector salud en el municipio de Tlalnepantla aportaron durante la realización del estudio de factibilidad o detección de necesidades para la creación de un centro de intervención temprana en este municipio.
2. En la segunda parte se describen los tipos de problemas y trabajo que realizan los maestros de grupo de intervención temprana.

3. La tercera parte da una muestra de los resultados que se obtienen con los niños a quienes se les proporciona atención de éste tipo.

En la evaluación se retoman los resultados obtenidos en el estudio de factibilidad y se les compara con las estimaciones estadísticas proporcionadas por la Dirección General de Educación Especial (D.G.E.E.), mostrándose algunas discrepancias entre los datos encontrados en el estudio de campo y los reportados por esta instancia gubernamental.

La parte correspondiente al análisis considera algunos aspectos teóricos que apoyan los cambios que se presentan en los niños con intervención temprana.

Finalmente, en las contribuciones se sintetiza el papel que puede desempeñar el psicólogo en el desarrollo integral del niño, no como un simple psicometra y etiquetador, sino como un profesionista capacitado para evaluar, diagnosticar e intervenir desde una perspectiva integral.

II. JUSTIFICACIÓN.

El advenimiento de un niño en una familia, generalmente trae consigo una serie de alegrías y expectativas con respecto a él. Sin embargo, el cumplimiento de tales expectativas en múltiples ocasiones choca con la realidad, debido a que éste nace en condiciones de desventaja lo que limita su desarrollo. Estas desventajas pueden tener su origen en causas genéticas o congénitas. En el primer caso, son heredadas por sus padres a través de los genes, y en el segundo, son adquiridas a través del ambiente.

Asimismo, estas desventajas pueden estar asociadas, por un lado, a condiciones de peligro o alto riesgo en el desarrollo, y por otro, a un riesgo ya establecido que incidirá inmediatamente.

Los niños de alto riesgo son aquellos en quienes existe la posibilidad de presentar secuelas neurológicas por condiciones pre, peri y postnatales. Dichas secuelas, en muchos casos, pasarán casi inadvertidas hasta el momento de ingresar a la escuela, en otros, se manifestarán de manera más evidente y hasta patética a edad temprana, mientras que en otros, se presentará desde el nacimiento, algún tipo de riesgo ya establecido que afectará su desarrollo en general, como es el caso de los síndromes genéticos o congénitos cuyas causas fueron mencionadas con anterioridad.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) ha realizado estudios que demuestran que es posible proporcionar mejores condiciones de vida a los niños que nacen en situaciones de desventaja o riesgo, siempre y cuando se inicie un tratamiento preventivo o correctivo desde los primeros meses de vida. Asimismo, la O.M.S. ha reportado que un 3% de la población total de nacimientos que va desde recién nacidos hasta los 4 años de edad, se encuentra en dicha situación. Debido a ello, este

porcentaje de niños de alto riesgo es susceptible de participar en un trabajo programado de intervención temprana (D.G.E.E., 1981).

En nuestro país, dicho porcentaje ha sido corroborado por estudios realizados en la Dirección General de Educación Especial (D.G.E.E.), lo que ha llevado a esta instancia a crear, tanto centros de intervención temprana, como grupos que se encuentran insertos en las escuelas de educación especial que prestan este servicio. Cubriendo así, una necesidad social al proporcionar atención a este tipo de población.

La D.G.E.E. definió en 1982 en su "Guía de Intervención Temprana" a la misma como: "todas aquellas acciones deliberada e intencionalmente dirigidas hacia grupos específicos de población por sus condiciones especiales de riesgo, con el fin de prevenir un problema específico (prevención primaria); tratarlo para evitar un daño potencial (prevención secundaria) o buscar la habilitación del sujeto ya afectado por el daño (prevención terciaria)" (pág. 10)

Los antecedentes de la intervención temprana se remontan a la década de los 20s, haciéndose cada vez más patente su necesidad en los estratos sociales menos favorecidos, ya que en éstos se presenta la mayor incidencia de problemas, no sólo económicos, sino también de salud y educación (Del Río, 1991). Así, estos estratos son los más sensibles ante estas carencias debido a su situación socioeconómica, constituyendo un problema tanto para la sociedad como para las instituciones educativas, la familia y el propio individuo.

Por tanto, es de suma importancia iniciar un trabajo de manera sistemática lo antes posible una vez que se detecta el problema. Al respecto, Eloísa E. de Lorenzo comenta "Todo lo que se haga a nivel escolar por el niño es de fundamental importancia; todo lo que se haga para evitar que el niño inicie su escolaridad con desventajas, es más importante aún" (D.G.E.E., 1982, pág. 9)

Es por esto, que la intervención temprana reviste particular importancia desde la primera infancia en los individuos con desventajas o riesgo, ya que se asegura, si no una recuperación total, si el desarrollo máximo del potencial con el que estos cuentan, lo que propiciará una integración más adecuada en etapas y situaciones posteriores de su vida, tanto a nivel escolar como social.

El tratamiento de esta problemática ha sido abordado por las teorías psicológicas del desarrollo que dan la pauta de cuándo y por qué se debe intervenir en forma temprana. Muchas de estas teorías toman en cuenta para ello, que el cerebro es un órgano que se encuentra en modificación durante todo el ciclo vital de los individuos y muy especialmente y en forma más acelerada antes del nacimiento y en los primeros años de vida. Asimismo, estas teorías consideran que la permanente modificación de las estructuras cerebrales se debe, no solo a la constante incidencia del ambiente tanto interno como externo, sino también a la plasticidad que presenta el sistema nervioso, proceso por el cual es posible recuperar muchas de las funciones alteradas o desarrollar las que aún no se presentan por falta de estimulación siempre y cuando ésta se proporcione oportunamente y en forma adecuada.

En vista de ello, el papel que el psicólogo desempeña es fundamental, ya que cuenta con los elementos teórico-metodológicos indispensables para evaluar, planificar y llevar a cabo programas de desarrollo en este tipo de población desde una perspectiva integrativa, al considerar todos los factores que inciden en este, a saber biológicos, psicológicos y sociales.

En relación a lo anterior, el trabajo que me encuentro realizando en la actualidad se orienta a la evaluación y tratamiento de niños con estas características, por lo que consideré importante compartir a través del presente reporte laboral, las experiencias que he tenido en el interior de un grupo de intervención temprana ubicado en una escuela de educación especial en el Municipio de Tlalnepantla.

Las principales actividades que realizo se encuentran relacionadas a la evaluación y al diagnóstico de niños de alto riesgo y riesgo establecido desde un punto de vista psicopedagógico. Ello, con el fin de proporcionar tratamiento sin perder de vista la participación de la familia y la posible necesidad de una atención complementaria, lo que implica una intervención desde una perspectiva integral.

Asimismo, en el presente reporte laboral reseñé como realice la detección de necesidades y la captura de alumnos para los centros y grupos de intervención temprana, actividades de las cuales obtuve datos que me parece importante dar a conocer.

OBJETIVOS.

Basados en estas experiencias los objetivos del presente trabajo se orientan a reseñar lo siguiente

1. El procedimiento que se llevó a cabo en las Instituciones del Sector Salud del Municipio de Tlalnepantla para la detección de necesidades de intervención temprana ante la posibilidad de la creación de un centro que preste este tipo de servicio
2. El procedimiento para la captura de alumnos para dicho centro
3. El trabajo que se realiza en el interior de uno de los grupos de intervención temprana

III. ANTECEDENTES.

1. LA EDUCACIÓN ESPECIAL.

En México, los principios básicos de la educación se encuentran inscritos en el artículo 3º constitucional, que en su parte medular expresa: "Todo individuo tiene derecho a recibir educación. El estado-federación impartirá educación preescolar, primaria y secundaria. La educación primaria y secundaria son obligatorias" (S.E.P., 1993). En este sentido, la Ley General de Educación materializa dicho artículo proporcionando normatividad técnico-operativa a la educación en nuestro país. Aquí cabe mencionar, que los artículos 48 y 52 de la Ley General de Educación hacen referencia al derecho que tienen todos los habitantes del país de acceder al sistema educativo nacional. En este sentido, la Legislación Educativa democratiza la educación al ofrecer igualdad de oportunidades, aunque en los hechos no todos los ciudadanos puedan acceder a ésta, por causas económicas o sociales.

Asimismo, la Ley General de Educación en el artículo 41, toma en cuenta a las personas con alguna necesidad educativa especial expresando "la educación especial está destinada a individuos con discapacidades transitorias o definitivas... tratándose de menores de edad con discapacidades, esta educación propiciará su integración a los planteles de educación básica regular. Para quienes no logren esa integración, esta educación procurará la satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje para la autónoma convivencia social y productiva" (S.E.P., 1993).

Por lo tanto, las instituciones de educación especial también se encuentran inscritas en el sistema educativo nacional. Sin embargo, tal situación no es nueva, ya que en nuestro país, la primera iniciativa para el establecimiento de una institución que

atendiera a dichos niños surge en 1867 al fundarse la Escuela Nacional de Sordos, y siguiendo en orden cronológico, en 1870, la Escuela Nacional para Ciegos a iniciativa de Benito Juárez (D.G.E.E., 1981). Más tarde, la continúa en 1911, el Dr. José de Jesús González, cuando organiza una Escuela para Débiles Mentales en la Cd. de León, Guanajuato. Entre 1919 y 1927 se fundan las Escuelas de Orientación para Varones y para Mujeres en el Distrito Federal y en 1932 la Escuela de Recuperación Física anexa a la Policlínica I. Posteriormente, el Sr. Roberto Solís Quiroga plantea en 1935 al ministro de Educación Pública, Lic. Ignacio García Téllez, la necesidad de institucionalizar la Educación Especial en México.

De aquí en adelante, se va haciendo cada vez más patente el hecho de establecer instituciones y políticas gubernamentales que ayuden, por una parte, a solventar la atención a los niños con necesidad de educación especial y por la otra, den normatividad técnico-operativa a dicha atención.

Así, el 18 de diciembre de 1970 se decreta la creación de la Dirección General de Educación Especial (D.G.E.E.), la cual quedó a cargo de la Secretaría de Educación Pública (S.E.P.) a través de la Subsecretaría de Educación Básica. A esta instancia le correspondió organizar, dirigir, desarrollar, administrar y vigilar el sistema federal de educación de niños atípicos. Aquí, es importante destacar que lo anterior represento un cambio de actitud del estado hacia las personas con alguna discapacidad, al incorporarlas al sistema educativo nacional de manera formal, tomando en cuenta que la función de los especialistas en dichas instituciones sería educar y no curar.

1.1. SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL.

La Dirección General de Educación Especial (D.G.E.E.) en su fascículo Bases para la Política de Educación Especial publicado en 1985, establece: "Los sujetos con necesidad de educación especial son aquellos que por sus características físicas o

psicológicas presentan problemas de diferente naturaleza o grado para progresar en la escuela regular”.

En este mismo fascículo, la D.G.E.E da a conocer la clasificación de las diferentes atipicidades considerando la necesidad especial que exhiben los diferentes sujetos. A continuación se enlistan éstas:

- Deficiencia mental.
- Dificultades del aprendizaje
- Trastornos de audición y lenguaje.
- Deficiencias visuales
- Impedimentos motores
- Problemas de conducta

El autismo y las aptitudes sobresalientes se establecieron como proyectos inconclusos a la fecha por esta instancia educativa.

También se incluyen en el mismo folleto, las normas de educación especial, las cuales se enlistan a continuación:

- a. Desarrollar una didáctica con expectativas más elevadas (basarse en las posibilidades del alumno, más que en sus limitaciones).
- b. Individualizar la educación
- c. Promover la normalización
- d. Integrar la educación especial a la regular (teniendo en cuenta que a menor limitación mayor integración y viceversa).

Los tipos de servicio de educación especial que se ofrecen en la D.G.E.E se clasifican en dos grupos dependiendo del tipo de problemática que presentan las personas.

- A. El primer grupo comprende a los sujetos para los cuales la educación especial es fundamental para su integración y normalización. Las atipicidades comprendidas en éste son: deficiencia mental, trastornos visuales, trastornos auditivos e impedimentos neuromotores
- B. El segundo grupo incluye a todos aquellos sujetos cuya necesidad de atención es transitoria y complementaria a su evolución pedagógica normal. En este grupo se encuentran las áreas de problemas del aprendizaje y problemas del lenguaje, así como los trastornos de conducta" (D.G.E.E., 1981).

De acuerdo a la clasificación mencionada, por cada una de estas atipicidades la D.G.E.E. creo en el país una serie de instituciones con el objetivo de proporcionar atención a las mismas. El servicio ofrecido por estas se clasificó en dos tipos. En los apartados siguientes se enlistan las instituciones pertenecientes a cada uno de ellos

1.1.1. Servicios Fundamentales para la Integración y Normalización.

- Escuelas de Educación Especial para Deficientes Mentales
- Escuelas de Educación Especial para Sordos.
- Escuelas de Educación Especial para Ciegos.
- Escuelas de Educación Especial para Trastornos Neuromotores.
- Centros de Capacitación de Educación Especial.
- Centros de Rehabilitación de Educación Especial.
- Industrias Protegidas.

1.1.2. Servicios de Atención Transitoria.

- **Centros Psicopedagógicos.** Proporcionan atención a niños con problemas de aprendizaje y/o lenguaje.

- **Grupos Integrados.** Proporcionan atención a niños reprobados del primer grado en las aulas de las escuelas regulares.
- **Grupos de Atención Psicopedagógica (G.A.P.).** Proporcionan terapias por hora a niños que presentan problemas de aprendizaje en las aulas de las escuelas regulares.

Por otra parte, se hizo necesaria la implementación de un tipo de servicio específico de intervención temprana, el cual estaría destinado a prevenir posibles alteraciones en el desarrollo de los niños de alto riesgo, así como a iniciar la atención de los menores con algún tipo de daño detectado desde el nacimiento, considerando a éste último como un riesgo ya establecido.

La aparición de dichas instituciones se encontraba justificada con estudios realizados por la U.N.I.C.E.F., la O.M.S. y la propia D.G.E.E., considerando para su creación las siguientes premisas:

- a. Gran parte de los niños con necesidades de educación especial complementaria o transitoria habían presentado algún tipo de problema de alto riesgo durante el desarrollo.
- b. Para la integración y normalización de los niños con necesidad de educación especial, el mayor porcentaje era fácilmente detectado desde el nacimiento.
- c. Los niños estimulados desde muy pequeños presentaban mejores condiciones de aprendizaje al ingreso a la escuela (regular o especial).
- d. Hay ciertas épocas denominados periodos críticos o sensibles que se dan en los primeros años de la vida, en los cuales la estimulación es más efectiva y duradera.

De este modo, se crean en el Distrito Federal y en algunos lugares del interior de la república, los centros de intervención temprana. Asimismo, en los lugares donde no existían estos centros se abren grupos de intervención temprana incorporados a las escuelas de educación especial.

Ambos servicios serían regidos por la misma normatividad, bajo el siguiente objetivo: "proporcionar atención psicopedagógica a niños de alto riesgo que presenten retraso en su desarrollo durante la primera infancia" (D.G.E.E., 1986).

La S.E.P. ha instalado a través de toda la república instituciones para apoyar a las personas con necesidad de educación especial. Aquí, cabe mencionar, que actualmente dichas instituciones se han descentralizado del gobierno federal y dependen actualmente del gobierno de los estados, sin embargo, sustentan los mismos principios con los que fueron creadas.

1.2. LA EDUCACIÓN ESPECIAL EN EL ESTADO DE MÉXICO.

En el Estado de México, las instituciones de educación especial para su operación, dependen de los Servicios Educativos Integrados al Estado de México (S.E.I.E.M.), encontrándose las siguientes instancias:

- Centro de Rehabilitación de Educación Especial (C.R.E.E.)
- Unidad de Atención Múltiple
- Escuelas de Educación Especial para Deficientes Mentales
- Centros de Capacitación de Educación Especial
- Escuelas de Educación Especial para Trastornos de Audición y Lenguaje.
- Escuelas de Educación Especial para Impedimentos Motores.
- Centros Psicopedagógicos para Problemas de Aprendizaje y Lenguaje.
- Grupos Integrados
- Grupos de Atención Psicopedagógica.

En relación a los centros de intervención temprana, en el Estado de México a pesar de contar con instituciones destinadas a la educación especial, hasta la fecha no se cuenta con este tipo de servicio, aunque si se han creado grupos de intervención temprana insertos en estas instituciones.

1.3 SITUACIÓN ACTUAL.

A partir de la década de los 60 se empieza a generar, en Europa y posteriormente en algunos lugares de América, un movimiento educativo social que tiene su mayor impacto hasta la década de los 70. En este movimiento se cuestiona el marco vigente para la educación especial al considerar que tanto las instituciones de este tipo como los términos que se emplean para identificar a los sujetos destinatarios de ella (deficiente mental, sordo, ciego, etc.) tienen una tendencia marcadamente segregacionista y discriminatoria.

En respuesta a lo anterior surge un nuevo modelo con el cual la educación especial quedaría de manera prioritaria absorbida por la educación regular. De esta manera son las instancias educativas quienes deben dar la pauta adaptando sus medios profesionales y materiales a las características de las personas. Este cambio asegura que no es el individuo el que debe cumplir con un determinado diagnóstico para poder ingresar a una institución educativa, sino por el contrario, que es la institución quien debe adaptar sus medios a las necesidades de los educandos.

Asimismo surge el término de necesidades educativas especiales en sustitución de las denominaciones que hacían referencia a las características físicas o intelectuales de las personas. Con esta nueva designación se alude a la necesidad de un tipo de atención más específico en la escuela en algún momento de la vida, dejando con esto de lado las características que contribuían a segregar más que a integrar (Palacios y col., 1991).

De este modo la integración deja de ser un objetivo pedagógico para convertirse en un medio con el que se busca la equidad educativa al quedar abiertas todas las instituciones educativas a la diversidad de necesidades de los educandos.

Sin embargo, en nuestro país es hasta 1994, cuando la D.G.E.E., se incorpora a éste proceso al presentar el "Proyecto General para la Educación Especial en México" con el que inicia a presentar algunos cambios con respecto a la filosofía y orientación de éste tipo de educación. Es evidente entonces, que en la actualidad la educación se encuentra en plena transformación. Así, los servicios e instituciones de educación especial dejan de ser un sistema paralelo a la educación básica para incorporarse a ésta (D.G.E.E., 1994).

En nuestro país, el Distrito Federal fue el primero en reorientar de manera palpable sus servicios educativos a partir del ciclo escolar 1995-1996, al transformar por una parte, los servicios de atención transitoria como los Grupos Integrados (G.I.), Grupos de Atención Psicopedagógica (G.A.P.) y Centros Psicopedagógicos (C.P.P.), en Unidades de Servicio de Apoyo a la Educación Regular (U.S.A.E.R.) encargadas de favorecer los apoyos teóricos y metodológicos en la atención de los alumnos con necesidades de educación especial dentro de su ámbito escolar.

Por otra parte, los hasta aquí servicios fundamentales para la integración y normalización (Escuelas de Educación Especial y Centros de Rehabilitación) mencionados con anterioridad cambian su denominación a Centros de Atención Múltiple (C.A.M.) a cargo de los cuales quedan los alumnos que por alguna razón no puedan en algún momento y por diversas causas permanecer en la escuela común trabajando con la misma currícula que ésta.

El Estado de México se adhiere a este proceso en el ciclo escolar 1996-1997 al transformar sus servicios en U.S.A.E.R. y C.A.M.

La panorámica anterior muestra que nuestro país se encuentra en proceso de cambio educativo al haberse incorporado, aunque de manera tardía, a esta dinámica internacional con respecto a la educación especial y las demandas sociales de equidad de las personas con necesidad de educación especial.

Al respecto cabe mencionar entonces, que al iniciar este trabajo la institución en que presto mis servicios se denominaba Escuela de Educación Especial para Deficientes Mentales, cambiando al finalizar el mismo a Centro de Atención Múltiple "Dr. José de Jesús González".

2. LA INTERVENCIÓN TEMPRANA.

2.1. LA ESTIMULACIÓN Y LA INTERVENCIÓN TEMPRANA.

Para iniciar esta sección se incluirán algunas definiciones de estimulación temprana así como algunas consideraciones al respecto, para contrastarlas posteriormente con la definición de intervención temprana propuesta por la D G E E.

Montenegro (1978), director del Departamento de Salud Mental del Servicio Nacional de Salud de Chile, definió a la estimulación temprana como "El conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que este 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 generan 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". Asimismo, Montenegro enfatizó la necesidad de que la estimulación temprana se inicie en edades tempranas y se continúe en la edad preescolar y escolar del niño, abarcando todo su ambiente

Naranjo (1982) al respecto, comenta: "Estimulación temprana es toda actividad que oportuna y acertadamente enriquece al niño en su desarrollo físico y psíquico". Asimismo, refiere que la estimulación temprana debe de ser parte de los patrones de crianza adecuados y certeros que permitan incorporar al niño a su medio, proporcionándole mediante una seguridad afectiva básica, una motivación para que aprenda y un interés en su desarrollo. Apoya sus aseveraciones asegurando que los niños que han recibido estimulación desde edades tempranas, logran un mejor desarrollo a nivel físico, emocional e intelectual. Considera para esto, como sujeto, al niño en general, independientemente de cualquier otra condición.

Tjossen (1976) hace énfasis en el enriquecimiento ambiental para la prevención de la deficiencia mental y de los trastornos del desarrollo. Lo anterior como objetivo específico de la estimulación temprana.

Cabrera (1987) menciona que la estimulación temprana "pretende la potenciación máxima de las posibilidades físicas e intelectuales del niño mediante la estimulación regulada y continuada llevada a cabo en todas las áreas sensoriales, pero sin forzar en ningún sentido el curso lógico de la maduración del sistema nervioso central. Teniendo como sujetos destinatarios de dicha estimulación a los niños denominados de alto riesgo, es decir, aquellos que por sus características llevan necesariamente aparejado la posibilidad de cierto grado de retraso mental (síndrome de Down, cretinismo, hidrocefalia, hijos de madres infectadas de sífilis o que padecieron rubeola, niños prematuros, niños con déficits sensoriales, etc.) Aquí se incluyen aspectos de tipo preventivo, remedial y asistencial.

Hesse (1986) considera que "todos los tipos de estimulación tienen en común el postulado de ser beneficiosos para el objetivo de su estimulación. Debe ser optimizado el desarrollo del objeto estimulado". Asimismo, menciona que en términos generales las actividades estimuladas pueden ayudar, aconsejar, proteger, apoyar, etc. Toma en cuenta dentro de su propuesta a los niños con algún tipo de discapacidad.

Así, tomando en cuenta la gran diversidad de definiciones que existen para la estimulación e intervención temprana, se puede resumir éstas en la siguiente afirmación: la estimulación temprana es el enriquecimiento ambiental que permite el mejor desarrollo del niño.

Con respecto a lo anterior, la estimulación temprana vendría a ser tan vieja como el mismo mundo, ya que desde el momento que la madre acarició, alimentó y cuidó a su bebé, se inició ésta, propiciando las condiciones para su existencia sobre la tierra. "Así, su maduración depende no sólo de lo que trae consigo al nacer, sino también de lo que el medio le regala" (Heese, 1980).

Por otro lado, y considerando los conceptos de los diferentes autores en el sentido más amplio, la estimulación temprana también estaría entonces relacionada a la prevención primaria tanto en el ámbito de la salud como en el educativo.

La intervención temprana también se podría inscribir en principio como un modelo de higiene mental cuya finalidad se orientaría a la prevención de los trastornos mentales. Este movimiento se ha presentado como una alternativa al organicismo, a las teorías de lo innato, a las concepciones de la herencia que mantenían la política de encierro o de esterilización a los "indeseables" (Castel, 1980).

Como ya se mencionó, en México, la D.G.E.E. acepta la definición y concepto de estimulación temprana propuesta por Montenegro, así como las diferencias en la intervención temprana de acuerdo a las características del sujeto, los niveles de atención y la necesidad de una sistematización para cumplir con los objetivos.

2.2. DESARROLLO DEL NIÑO TÍPICO.

En este punto es importante destacar las características de desarrollo que generalmente presentan los niños con necesidad de intervención temprana. Para ello, mencionaremos primeramente algunos conceptos sobre el desarrollo normal, para

contrastarlos posteriormente con las alteraciones que suelen presentarse en los niños con necesidades especiales.

El desarrollo del niño es un proceso permanente y continuo que se presenta de manera ordenada y paulatina, en el que se encuentran en interacción una serie de factores biológicos, psicológicos y sociales que dan como resultado un ser único y diferente a los demás. Sin embargo, y a pesar de que cada individuo es irrepetible, forma parte del género humano, el cual sigue las mismas pautas en su desarrollo.

Es así, como cada fase del desarrollo proporciona el prerrequisito indispensable para que se de la siguiente, esto desde la etapa perinatal. Los cambios se van sucediendo en un continuo, de lo más simple a lo más complejo y a medida que el niño crece, sus órganos maduran y su conducta cambia.

El desarrollo es un proceso que empieza con la concepción y continúa con un curso en sucesión ordenada hasta la muerte. El niño inicia la vida como una sola célula al fusionarse los núcleos haploides del espermatozoide del padre y del óvulo de la madre durante la fecundación. Se constituye entonces el núcleo de la célula, huevo o cigoto y se restaura el número diploide de cromosomas. El desarrollo embrionario es regulado por los genes que se encargan de transmitir los caracteres hereditarios y que se localizan en los cromosomas los cuales dirigen y controlan la transformación del cigoto a un individuo totalmente constituido.

El periodo de desarrollo del infante dentro del útero recibe el nombre de embarazo. Comienza con la fecundación y termina con el nacimiento, aproximadamente nueve meses después. Éste se divide en 3 etapas, la etapa germinal que va desde la concepción a la segunda semana, la etapa embrionaria que va de los 10 días hasta el segundo mes; y finalmente la etapa fetal que comienza a partir del segundo mes de gestación hasta el nacimiento. Durante estas etapas el niño va conformándose hasta llegar a establecer las características que presentará como individuo el resto de su vida (García, et al., 1992).

Durante el embarazo, la madre se somete a un régimen higiénico de vida y vigilancia médica. Las visitas periódicas al médico se programan por lo menos una vez al mes durante los siete primeros meses y quincenalmente los últimos dos meses. La supervisión médica tiene la finalidad de prever cualquier acontecimiento inoportuno que pudiera interferir con el nacimiento. También sirve para proporcionar instrucciones educativas sobre diversos aspectos del embarazo, pues aunque es un proceso normal, no deja de ser un periodo de mayor esfuerzo para la mujer quien condiciona la salud del niño.

El parto, es decir, el paso del feto a través del canal vaginal, se produce después de un proceso conocido con el nombre de trabajo de parto. Éste se inicia con contracciones que tienen por función dilatar el canal vaginal, las cuales se van intensificando hasta que el niño nace.

Cuando el niño llega al mundo, a las manos del médico que lo recibe, se puede decir que se inicia su vida independiente en el sentido biológico.

El recién nacido es un ser en proceso de maduración y crecimiento. Nace con un equipo biológico que en constante interacción con el ambiente que le rodea y estimulado naturalmente por el mismo, continuará impulsando su desarrollo. En este proceso, el niño no se adapta pasivamente al mundo de los objetos, personas e ideas, sino que las asimila y las hace suyas. Su inteligencia se va integrando desde las reacciones infantiles de las etapas sensoriomotora y preoperatoria hasta el pensamiento lógico de las operaciones concretas y formales (Piaget, 1969).

Lo mismo sucede con su afectividad y con las áreas de su personalidad, las cuales se afirman inicialmente con el afecto materno, paterno y familiar (Naranjo, 1981).

Su desarrollo social partirá de las relaciones familiares para después continuar en el ambiente escolar. En éste, irá formando valores, conceptos y metas que confirmarán

su socialización a través de la aceptación e integración inmediata al grupo social, en donde se irá transformando desde la heteronomía hasta llegar a la autonomía.

2.3. DESARROLLO DEL NIÑO ATÍPICO.

El curso del desarrollo se puede ver afectado a causa de factores genéticos y no genéticos que son vitales para que éste se lleve a cabo, lo que le ocasiona desventajas. Entre los factores que afectan el desarrollo del niño, algunos se asocian directamente al niño, otros a la madre, otros a la familia y otros más a la comunidad en que se desenvuelve (Atkins, et al., 1987)

Algunas de estas desventajas suelen aparecer desde el vientre materno al presentarse mutaciones o alteraciones en el número de cromosomas. Este normalmente es de 46, apareciendo en ocasiones algún cromosoma supernumerario como en el caso de las trisomías 21, 18 y 13, siendo una de sus características principales la deficiencia mental. Hay también otros factores genéticos que están presentes desde la concepción y que dependen más de la herencia paterna o materna, dando como consecuencia algunos tipos de sordera, ceguera o retraso mental

Durante el embarazo, otro tipo de acontecimientos también pueden afectar el desarrollo futuro del infante a nivel anatómico y funcional. Uno de ellos es la desnutrición, lo que puede alterar el desarrollo del sistema nervioso central y reducir la capacidad intelectual. La exposición a productos químicos como las drogas, alcohol, fármacos, teratógenos, humos de plomo o bióxido de carbono, pueden alojarse en la madre y afectar al feto. Las radiaciones son otra causa que puede ser el origen de malformaciones y alteraciones en el desarrollo (Harmony, 1996).

Otro tipo de situación que puede alterar las condiciones del recién nacido, es el nacimiento antes de tiempo. Se considera que un niño nace prematuramente cuando el periodo de gestación es anterior a las 36 semanas, lo cual constituye la causa del mayor número de niños de alto riesgo con posibles secuelas neurológicas. Así, entre

menor sea el peso corporal y la edad gestacional, mayor será la posibilidad de secuela, llegando incluso a presentar riesgo de muerte. También el embrión presenta riesgo si la madre tiene más de 35 años y menos de 16, o sufre de alguna enfermedad sobre todo endocrina, metabólica, cardiovascular o anémica (Harmony, 1996).

Durante el nacimiento suelen presentarse complicaciones en alguna etapa dificultando la llegada al mundo del bebé y alterando la posibilidad de un desarrollo normal.

Las complicaciones natales están asociadas a partos distócicos o anormales. Esta situación propicia que las maniobras del parto se dificulten y prolonguen el tiempo ocasionando sufrimiento fetal, falta de oxígeno de leve a severo, utilización de medios mecánicos como fórceps o procedimientos que lleguen a dañar el frágil organismo del neonato. Lo anterior incide de manera directa en el desarrollo posterior del niño.

Al mencionarse las circunstancias que pueden traer secuelas que se expresen en un déficit intelectual o sensorial, no deben dejar de mencionarse las alteraciones metabólicas como la fenilcetonuria y la galactosemia. Asimismo, se hace referencia a sucesos posteriores al parto como encefalitis, traumatismos, desnutrición, privación ambiental, intoxicaciones severas, etc.

2.4. FACTORES DE RIESGO E INTERVENCIÓN TEMPRANA.

Existen condiciones que propician el mejor desarrollo del niño, sin embargo, también hay condiciones que lo obstaculizan. Estos últimos constituyen los factores de riesgo, considerándolos como las condiciones que posibilitan alteraciones en el desarrollo y que convierten a los sujetos en susceptibles de intervención temprana.

Se consideran factores de alto riesgo a aquellos que ponen en peligro el sano desarrollo del niño y de riesgo establecido a aquellos que de manera directa e inmediata van a incidir en el desarrollo del infante como en el caso de los síndromes

genéticos y deficiencias sensoriales, entre otros (Atkins et al., 1987). Asimismo, se consideran niños con riesgo establecido a aquellos con alteraciones funcionales o morfológicas del desarrollo embrionario normal, presentes en el momento del nacimiento" (Collado, 1981).

Existen también otro tipo de condiciones que suelen incidir como factores de riesgo en el desarrollo. Tal es el caso, que se presenta en familias donde el intervalo de tiempo entre el nacimiento de los hijos es muy corto, o disminuye la posibilidad de dar atención y alimentación a todos los niños de familias numerosas (Atkins et al., 1987).

Por otra parte, la comunidad puede constituir un factor de riesgo al presentar en muchas ocasiones insalubridad, lo que contribuye a situaciones precarias de salud, falta de servicios médicos y educativos.

Las condiciones antes mencionadas inciden en el desarrollo físico y psicológico del infante, el concepto de sí mismo, su autoestima, la forma de relacionarse con los demás. Por ello, se pueden establecer relaciones defectuosas o recibir respuestas igualmente defectuosas con lo que se incrementarán sus conflictos.

El niño como sujeto social genera expectativas desde antes del nacimiento, las cuales al verse frustradas desencadenan un sinnúmero de reacciones a diferentes niveles. Esto se inicia desde la familia donde se suelen presentar situaciones tales como culpas, reproches, temores, agresiones intrafamiliares, llegando en el peor de los casos a la misma disolución de esta, y en el mejor de los casos, arreglándose la situación con la aceptación y el desenvolvimiento armonioso de la misma.

Situaciones similares suelen suceder dentro del marco escolar, en donde al paso del tiempo se llega a estigmatizar y etiquetar al niño a causa de sus fracasos, ya que en algunos casos los maestros son poco sensibles al problema.

Las sociedades en general se han mostrado desde siempre poco preparadas para la convivencia con personas que no respondan a la norma ni a los estándares establecidos.

Bajo las condiciones en las que inician su vida estos infantes, justo es indicar, que lo hacen con desventaja y que es necesario implementar su atención desde el nacimiento. Es por esto, que algunos sectores de la sociedad al plantearse la problemática de estos niños, estudian y dan las bases para una atención temprana.

La intervención temprana es por tanto, una atención en algunos casos preventiva, empero en otros, es el inicio de la rehabilitación para el desempeño futuro dependiendo del daño presente

De tal modo, los niños con requerimientos de intervención temprana son aquellos que durante la primera infancia presentan un alto riesgo de retraso en su desarrollo, considerando los factores biológicos y ambientales anteriormente mencionados

Para decidir el tipo de intervención temprana que debiera de llevarse a cabo, se considera primordialmente, si los factores son de alto riesgo o de riesgo establecido. Para ello, se realiza una correcta evaluación tomando en cuenta algunos instrumentos y los datos que se reúnen con respecto al niño, ya que a partir de éstos se planearán las actividades de intervención adecuadas.

3. LA EVALUACIÓN INFANTIL

Es evidente la importancia que representa la evaluación del crecimiento y del desarrollo infantil para identificar los patrones anormales en el mismo, por lo cual se esquematizarán en esta sesión algunos tipos de evaluaciones. Cabe resaltar que las

diferencias entre la selección de éstos dependerá básicamente de los siguientes aspectos (Atkins et al, 1987):

- a. **El objetivo de la evaluación.** Éste se encuentra en función de lo que se pretende hacer con la evaluación como tal, por ejemplo, medir el crecimiento en grupos grandes de población, la intervención de un problema individual del desarrollo, la detección de alguna alteración en el desarrollo, etc.
- b. **Las características del personal que la realiza.** Esto es de suma importancia, ya que el personal debe de presentar una actitud adecuada y estar capacitado en el manejo de los instrumentos utilizados, puesto que algunos requieren de habilidades específicas.
- c. **La edad de los niños.** Puede realizarse a diferentes edades, desde recién nacidos hasta los primeros años, en la etapa preescolar, etc.

Gracias a los avances de áreas como la Psicología, la Neonatología, la Perinatología, etc., se han realizado estudios sobre las pautas que sigue el desarrollo del niño normal, lo que permite contar con un parámetro que sirva de marco comparativo con respecto a las características que presentan los niños con alteraciones en éste.

De esta manera, han sido creados algunos instrumentos como lo son las escalas estandarizadas, en las que se compara el estado o ejecución de un niño con una norma o promedio del grupo. Dichos instrumentos ayudan a detectar si el desarrollo sigue un cauce normal. A continuación se describen brevemente algunos de ellos, los cuales se clasifican como sigue:

- 3.1. Gráficas de crecimiento.
- 3.2. Evaluaciones neonatales.
- 3.3. Evaluaciones del desarrollo en los primeros años del niño.

Los dos primeros tipos de parámetros originalmente fueron creados y aplicados por profesionales del área médica como neonatólogos, perinatólogos, pediatras, etc. y en algunos casos por psicólogos, buscando seguir las pautas de maduración, salud y crecimiento físico.

El tercer tipo de instrumentos es empleado por un sector más amplio de profesionales como pediatras, neurólogos, terapeutas físicos, maestros, etc., buscando información sobre el crecimiento, alteraciones motoras, elaboración de programas escolares, etc.

Es importante resaltar que la Psicología se vale de los tres tipos de evaluaciones para completar una aproximación que dé un panorama integral sobre el desarrollo del niño.

3.1. GRÁFICAS DE CRECIMIENTO.

Dentro de las escalas que aportan información sobre el desarrollo del niño se encuentran las gráficas de crecimiento que proporcionan algunos parámetros evolutivos somáticos. Estos parámetros son importantes de tomar en cuenta, ya que el crecimiento sigue un curso y patrón específicos y el hecho de no presentarse de la manera prevista significaría que existen factores adversos que están obstaculizando el desarrollo considerado como normal para la especie humana (Atkins et al, 1987).

Las gráficas de crecimiento las utilizan de manera general los gobiernos de algunos países para evaluar la manera en como ciertos sectores poco favorecidos de la sociedad se están desarrollando. Cabe resaltar que estos indicadores del crecimiento no pueden considerarse como absolutos, ya que en la mayoría de los casos es necesario completar este dato con alguna información complementaria. Los parámetros más comúnmente usados en este sentido son:

- **PESO POR EDAD.** Se refiere a la masa total del cuerpo en relación con la edad.
- **TALLA POR EDAD.** Toma como base el crecimiento del esqueleto y sus miembros de manera longitudinal, estableciendo una relación entre ésta y la edad.
- **PESO POR TALLA.** Indica la adecuación del peso a la estatura.
- **PERÍMETRO BRAQUIAL.** Es la medida de la circunferencia de la parte superior del brazo.
- **PERÍMETRO CRANEAL.** Es la medida de la circunferencia del cráneo. Este parámetro no es utilizado de manera tan frecuente como los anteriores.

3.2. EVALUACIONES NEONATALES.

Las valoraciones neonatales se utilizan para evaluar las condiciones de salud y maduración orgánica que presenta el niño al nacer. Proporcionan indicadores sobre el desarrollo, teniendo en cuenta principalmente el bagaje biológico con que éste nace. Generalmente son practicadas por los médicos pediatras o neonatólogos que asisten junto con otros especialistas a la madre en el parto.

Estas valoraciones se encuentran focalizadas sobre el desarrollo del neonato, considerando a este desde el nacimiento hasta las cuatro semanas de edad. Su utilidad para el psicólogo radica en el hecho que proporcionan datos sobre las condiciones que presenta el equipo biológico en el momento del nacimiento, así como la detección de los factores de riesgo que pudieran estar presentes y alterar su desarrollo posterior. Ello permite orientar las acciones a seguir al formular un programa de intervención.

A continuación se describen algunas de las pruebas que se utilizan cuando se realizan evaluaciones neonatales.

3.2.1. APGAR.

Con esta prueba se miden algunos signos vitales al minuto y a los cinco minutos del nacimiento y después de cortar el cordón umbilical, tales como: frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, color, irritabilidad y actividad refleja. Se consideran como puntuaciones normales las que se encuentran comprendidas entre 10 y 7 y las puntuaciones inferiores a éstas se consideran como un índice de riesgo de muerte o secuelas neurológicas (García, et al., 1992).

3.2.2. USHER.

Con esta prueba se evalúan los siguientes signos clínicos: la naturaleza del pelo, el tamaño del nódulo mamario, el desarrollo del cartilago de las orejas, la posición del descenso de los testículos y el surco de la planta de los pies. Estos signos clínicos generalmente se encuentran asociados a fallas en el crecimiento intrauterino por lo que proporcionan datos relevantes sobre el desarrollo del niño (Terán, 1995).

3.2.3. SILVERMAN Y ANDERSON.

Con esta prueba se evalúan las dificultades respiratorias del recién nacido lo que proporciona datos sobre la posibilidad de muerte o daño neurológico. Las calificaciones altas significan una necesidad de atención (Terán, 1995).

3.2.4. LUCHENCO.

Con esta prueba se evalúa el desarrollo intrauterino, aportando datos de utilidad sobre todo en niños prematuros y de bajo peso al nacimiento (Ob. cit.).

3.2.5. BRAZELTON.

Es una escala conductual basada en una escala neurológica. Mide las respuestas disponibles al ambiente, tales como: las respuestas reflejas y las conductas y estados de alerta (Ob. cit).

3.2.6. REFLEJOS.

La evolución de los reflejos es muy diversa, algunos permanecen casi inalterados, otros se modifican y otros más desaparecen. El conocimiento de ellos nos permite detectar signos patológicos en el desarrollo del niño.

Coriat (1974) menciona que los reflejos son: "reacciones automáticas desencadenadas por estímulos que impresionan diversos receptores. Tienden a favorecer la adecuación del individuo al ambiente. Enraizados en la filogenia, provienen de un pasado biológico remoto y acompañan al ser humano durante la primera edad, algunos durante toda la vida" y los divide en:

- a. **Reflejos Arcaicos.** Ligados a la filogenia de la especie humana, desaparecen en el primer año de vida, entre los que se encuentran:
 - Reflejo de Moro
 - Reflejo tónico cervical.
 - Reflejo de Landau
 - Reflejo de ojos de muñeca.
 - Reflejo de andar o marcha.

- b. **Reflejos Superficiales.** Se caracterizan por desencadenar respuestas motoras a estímulos aplicados sobre receptores de la piel o cutáneos, tales como:
 - Reflejo corneal.
 - Reflejos orales: búsqueda, succión y deglución.
 - Reflejos cutáneos abdominales

- Reflejo de incurvación del tronco.
 - Reflejos plantares: defensa plantar, de extensión cruzada, Babinsky y prensión plantar
 - Reflejos palmares: prensión y Babinsky.
- c. **Reflejos Musculares Profundos** Se presentan a lo largo de la vida sin sufrir apenas modificaciones:
- Reflejo flexor de los dedos
 - Reflejo aquiliano
 - Reflejo rotuliano
 - Reflejos del bíceps y del tríceps.

3.3. EVALUACIONES DEL DESARROLLO EN LOS PRIMEROS AÑOS.

Existen también evaluaciones que miden rangos más amplios de edad en el desarrollo del niño dado que toman en cuenta no sólo el bagaje biológico de éste, sino también algunos aspectos del desarrollo que se favorecen en la interacción con el ambiente. Entre estas evaluaciones podemos mencionar a las siguientes escalas:

3.3.1 GESELL.

Es una prueba que mide el desarrollo infantil. Se incluyen conductas desde las cuatro semanas hasta los cinco años de edad. Considera la evaluación de cinco áreas principales que toman en cuenta que el desarrollo del niño representa un orden lógico mantenido por la dotación genética humana y que la conducta resultante en el niño es el producto de la interacción de esta dotación genética con el ambiente (Gesell, 1992). A continuación se describen las áreas que contempla su valoración:

- **Conducta Adaptativa** En este rubro se evalúa como los infantes manejan la organización de los estímulos, la percepción de relaciones, la

descomposición de la totalidad en sus partes, entre otras conductas. Constituye una categoría que permite conocer las adecuaciones perceptuales de orientación, manuales y verbales que muestran la capacidad del niño para iniciar las experiencias nuevas.

- **Conducta motriz gruesa.** En este aspecto se evalúan las relaciones posturales y de equilibrio, como el control del tronco y de la cabeza, sentarse, pararse, gatear y caminar, etc.
- **Conducta motriz fina.** En esta área se evalúa el uso de las manos y de los dedos para la aproximación, prensión y manipulación de objetos.
- **Conducta del Lenguaje.** Abarca toda forma de comunicación visible y audible, sean gestos, movimientos posturales, vocalizaciones, palabras. Aquí se incluye la imitación y comprensión de lo que otros expresan.
- **Conducta Personal Social.** En esta área se miden las reacciones del niño ante la cultura social en que vive.

3.3.2. CATELL.

Es un instrumento que se deriva de las pruebas de Gesell y Stanford-Binet, evalúa al niño desde los dos hasta los treinta meses de edad y examina básicamente la percepción y las capacidades motoras

3.3.3. BAYLEY.

Esta prueba abarca los comportamientos de los niños desde los dos hasta los treinta meses de edad. Se compone de una Escala Mental con 163 reactivos que incluyen: discriminación de formas, atención sostenida, manipulación de objetos, imitación y comprensión, vocalización, memoria, solución de problemas y nombramiento

de objetos y de una Escala Motora con 81 reactivos, que califica habilidades motoras gruesas y finas.

3.3.4. DENVER.

La Escala de Escrutinio o Tamiz de Desarrollo de Denver, abarca un rango de edad desde el nacimiento hasta los seis años. Su objetivo es detectar los problemas de desarrollo desde temprana edad. Toma en cuenta los siguientes cuatro campos del desarrollo: movimiento grueso, movimiento fino-adaptable, lenguaje y personal social (Reyes y Terán, 1996).

3.4. PROGRAMAS DE DESARROLLO.

3.4.1. GUÍA PORTAGE DE EDUCACIÓN PREESCOLAR.

El objetivo de esta, es proporcionar índices sobre el desarrollo del niño, así como dar orientación para la elaboración de programas secuenciados para el mejor desarrollo del infante

Esta guía abarca un rango de edad desde el nacimiento hasta los seis años. Incluye un apartado de como estimular desde el bebé hasta el preescolar tomando en cuenta cinco campos de acción del desarrollo, a saber: socialización, lenguaje, autoayuda, cognición y desarrollo motriz (Bluma, et al., 1978).

Esta guía consta de tres partes

- a. Lista de objetivos para registrar el progreso del desarrollo de los niños.
- b. Fichero que enumera los posibles métodos de enseñar estos objetivos.
- c. Instrucciones con los métodos para ejecutar los objetivos.

3.4.2. GUÍA PARA LA INTERVENCIÓN TEMPRANA.

Esta guía parte del estudio del desarrollo normal del niño. Considera que los procesos cognoscitivos y de desarrollo de los niños atípicos son fundamentalmente los mismos que los de los niños normales y que la diferencia radica más bien en el momento, rapidez o eficacia en que éstos alcanzan cierto tipo de habilidades.

El personal de la D.G.F.E. en México elaboró esta guía para apoyar la labor del maestro, por lo que forma parte de los lineamientos técnicos para el trabajo con los grupos de intervención temprana.

Comprende el rango de edades desde el nacimiento hasta los cuatro años, considerando cuatro áreas del desarrollo: cognoscitiva, social, de la vida diaria y psicomotora.

Incluye consideraciones sobre el comportamiento característico, fundamentación y sugerencias de intervención, así como también una serie de actividades propuestas. También permite graficar a través de barras el resultado de la evaluación, misma que se puede ir ajustando conforme a los logros que se van obteniendo.

3.4.3. PROGRESS ASSESSMENT CHART (Forma de Evaluación de Progresos P.A.C.).

En este punto se describirán algunas características del P.A.C. por considerarse importantes, ya que es un instrumento utilizado en México por las escuelas de educación especial para deficientes mentales e intervención temprana dependientes de la S.E.P. Cabe mencionar que su uso se considera insustituible ya que forma parte de los lineamientos técnicos con los que se unifican los criterios de atención a nivel nacional.

El P.A.C. se considera dentro de los programas de desarrollo, ya que plantea una forma de evaluación sin parámetros de edad para niños, adolescentes y adultos deficientes mentales y proporciona elementos para la elaboración de un plan, programa y objetivos para el trabajo individual o en grupos de educación especial (Díaz, s/año).

La estructura y experimentación del P.A.C. se deben al Dr. H. G. Gunzburg, Director de los servicios Psicológicos del Hospital Mony Hull de Birmingham, Inglaterra, quien pone en práctica dicho instrumento desde 1963, pero se presenta a nivel internacional hasta 1969 en el Congreso Internacional de Retardo Mental en la ciudad de Copenhague. Dentro de sus méritos está el de ser considerado, como uno de los pocos instrumentos creados para la evaluación de los progresos de los deficientes mentales. En este sentido, el autor resalta el hecho de que el P.A.C. permite registrar los logros más que los fracasos, lo que generalmente no sucede con las escalas basadas en los niños normales.

El P.A.C. cuenta con tres formas de evaluación que toman en cuenta tres etapas del desarrollo, maduración y procesos de enseñanza. A continuación se describen éstas:

- a. **P.A.C. Primario.** Esta forma hace hincapié en el desarrollo sensoriomotriz, el lenguaje y las funciones básicas del aprendizaje. Está destinada a niños (estimulación o maduración) o adolescentes y adultos custodiables y entrenables.
- b. **P.A.C. Forma 1.** Esta forma se recomienda para niños, adolescentes y adultos en la etapa de aprestamiento o capacitación para la adquisición de técnicas instrumentales.
- c. **P.A.C. Forma 2.** Esta forma se usa para adolescentes y adultos en la etapa de ingreso a talleres, exploración vocacional y capacitación laboral.

A continuación se retomará únicamente al P.A.C. Primario por estar enfocado al desarrollo de la primera etapa de la vida, motivo del presente trabajo.

Esta forma del P.A.C. consta de 130 conductas que se registran en una gráfica concéntrica que se agrupa en cuatro áreas y subáreas. A continuación se enlistan éstas. Para el listado completo de conductas véase el apéndice 2.

- AUTOAYUDA:** Comida, movilidad, aseo y lavado, y vestido.
- COMUNICACIÓN:** Desde el habla (primera vía de comunicación) hasta audición intencionada (segunda vía de comunicación)
- SOCIALIZACIÓN:** Socialización
- OCUPACIÓN:** Habilidad manual (movimiento fino de los dedos), agilidad (control motor grueso).

Los resultados de las evaluaciones aplicadas proporcionarán entonces, una clara necesidad de una intervención temprana o la consideración de una estimulación temprana familiar, cuando éstas son requeridas.

Se han descrito una serie de formas para evaluar el crecimiento y desarrollo del niño, cuya diversidad proporciona un abanico de posibilidades en el que el denominador común lo constituye el desarrollo de este. El beneficio de usarlas ya sea en forma individual o complementaria va a depender en mucho de los objetivos que se persigan al emplearlas.

Por tanto la D.G.E.E. pondera y establece el uso de algunas de ellas como herramientas indispensables a fin de unificar los criterios de evaluación en las instituciones que prestan el servicio de intervención temprana en las escuelas de educación especial dependientes de la Secretaría de Educación Pública. Cabe mencionar sin embargo que al finalizar este reporte laboral, el P.A.C. dejó de ser considerado imprescindible en las evaluaciones diagnósticas.

4. UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA.

4.1. ANTECEDENTES DE LA INTERVENCIÓN TEMPRANA.

En vista de que en el presente trabajo laboral se trata como uno de los puntos principales la intervención temprana, se considero pertinente incluir en este apartado algunos de los modelos que han surgido, así como los cambios que se han venido generando en relación a ésta.

Los antecedentes de la intervención temprana se ubican en los años 20s en la Child Guidance Movement de los Estados Unidos. En esta guía se especificaban los lineamientos para intervenir no sólo en el niño, sino también en la familia, escuela, personas y lugares que contribuyen a crear el problema. En 1919 se promulgo una ley en el estado de Massachusetts, en la que se imponía la evaluación de todos los niños que presentaban un retraso escolar de tres años. Por ello, se crearon centros que se dirigían a sujetos mal ajustados mas que a los que padecían trastornos psiquiátricos. Desde esta perspectiva, los problemas sociales se individualizaron y a partir de entonces se les consideró como problemas psicológicos.

Los orfanatos fueron los primeros lugares en los que se ensayaron modelos de intervención temprana por concentrarse ahí todos los tipos de privación afectiva, familiar, social, cognoscitiva, etc. El éxito alcanzado al enriquecerse estas instituciones con este tipo de programas fue utilizado para justificar el fracaso de niños con desventajas sociales (Del Río, 1991).

En la década de los sesenta, se establecieron en Estados Unidos de Norteamérica programas compensatorios para preescolares, cuyas metas se orientaron a proporcionar una nivelación educativa en los niños pobres para prevenir la deficiencia mental por razones culturales. Este tipo de programas presentaron como sustento el resaltar a los

primeros años como determinantes en el desarrollo del coeficiente intelectual (Del Río, 1991).

De esta manera surge el proyecto Head Start que es el programa de educación compensatoria más grande que se inició en 1965 y que continúa hasta nuestros días en dicho país. A este modelo de compensación educativa se le ha hecho una serie de críticas que han girado principalmente en torno al deseo de homogeneizar la educación y los valores culturales, considerándolo como una forma de "racismo institucional" (Baratz y Baratz, 1969).

4.2. MODELOS DE INTERVENCIÓN.

A lo largo de los programas de intervención se han utilizado diferentes modelos con el fin de cubrir las deficiencias de los niños que se encuentran en situaciones de desventaja entre los que se encuentran los siguientes:

- 4.2.1. Del experto
- 4.2.2. Ecológico
- 4.2.3. Del consumidor
- 4.2.4. De trasplante y sistémico

Norma del Río (1991) aborda éstos, así como las críticas a los mismos. A continuación se describe brevemente cada uno de ellos considerando los comentarios de esta autora.

4.2.1. MODELO DEL EXPERTO. Este es un modelo de tipo médico en el que se exhorta a los padres para cooperar con el programa de intervención sin considerar sus deseos, puntos de vista o sentimientos. Algunos proyectos han ensayado este modelo en los centros de desarrollo infantil. Cabe mencionar que entre las críticas

que se le han hecho es la de no mantenerse los logros una vez que se deja el programa.

4.2.2. MODELO ECOLÓGICO. Este modelo se utilizó en la década de los setenta. Considera la existencia de diferencias individuales en los programas de intervención temprana. Se ha puesto en práctica en programas televisivos como Plaza Sésamo (Sesame Street) dirigidos a niños en edad preescolar, en donde las áreas que se incluyen desarrollan habilidades para efectuar representaciones simbólicas, organizaciones cognoscitivas, razonar, resolver problemas, concepto de sí mismo y conocimiento de roles sociales. Otro programa que surgió también fue "The Electric Company" el cual está dirigido a niños escolares de 2º a 4º grado de primaria. A pesar de haberse obtenido efectos positivos según seguimientos efectuados, se han hecho algunas críticas en torno a estos programas, referidas principalmente al diseño para la evaluación, a que presentan una concepción pasiva del niño, le dan importancia a la repetición, al modelamiento de formas autoritarias de control de la conducta y a la rapidez de las secuencias para el seguimiento de niños con desventaja, entre otras.

4.2.3. MODELOS del CONSUMIDOR y TRASPLANTE. El primero toma en cuenta que el padre tiene el derecho de seleccionar los servicios de acuerdo a las necesidades de su hijo, interviniendo de una manera más directa en el programa. En el segundo se orienta a los padres para llevar a cabo el programa de tratamiento bajo la dirección de un profesional, considerando en dicho modelo la motivación, conocimiento y tiempo de convivencia diaria con el niño. Entre las críticas, a estos modelos está la carencia de tiempo de los padres por necesidades económicas más apremiantes, así como la confusión que en ocasiones presentan los padres al tratar de actuar como maestros.

4.2.4. MODELO SISTÉMICO. Este modelo tuvo vigencia a partir de la década de los ochenta. Toma en cuenta tanto las diferencias interindividuales como los

cambios intraindividuales, postulando que son las mismas leyes las que rigen el desarrollo tanto normal como anormal. Considera la presencia de múltiples periodos críticos que influyen en distintas áreas. Asimismo, tiene en cuenta el nivel de análisis sobre sistemas, desde el macro a nivel social, hasta el específico madre-hijo o el intrapersonal. La evaluación se realiza en torno a los procesos y no sólo a los productos del aprendizaje. Los padres ya no son considerados aquí como agentes terapéuticos, sino como parte de un sistema de regulación bidireccional, en el que el cambio en uno implica un cambio recíproco en el otro.

4.3. INTERVENCIÓN TEMPRANA EN EL MUNICIPIO DE TLALNEPANTLA.

En nuestro país, la intervención temprana que proporcionan las escuelas de educación especial considera algunos de los planteamientos mostrados anteriormente, por lo que en este punto se reseñará el trabajo realizado en un grupo al que se le proporciona este servicio en una institución del Municipio de Tlalnepantla.

Los servicios de educación especial con que cuenta el municipio de Tlalnepantla son:

- Escuela de Educación Especial para Deficientes Mentales Dr. José de Jesús González
- Centro Psicopedagógico Dr. Raúl Hernández Peón
- Unidades 13 y 14, de Grupos Integrados
- Unidades 34 y 35 de Grupos de Atención Psicopedagógica.

Es importante mencionar que el municipio de Tlalnepantla a pesar de ser uno de los más densamente poblados no sólo del estado de México sino inclusive del país (I.N.E.G.I. 1990), contaba únicamente con dos grupos de niños de intervención temprana insertos en la escuela de Educación Especial Dr. José de Jesús González ubicada en los Reyes, Iztacala. A finales de 1995 se inició el trabajo con un tercer

grupo. Cabe resaltar que los niños de alto riesgo o con algún tipo de daño son canalizados por las instituciones médicas, en el mejor de los casos, al Distrito Federal a intervención temprana o a rehabilitación física, y en el peor de los casos, no se canalizan ni se proporciona información a los padres.

En esta escuela de educación especial se atiende población con deficiencia mental en sus modalidades de preescolar y primaria especial, en donde se atienden niños desde cuarenta días hasta cuatro años seis meses de edad. Una de las características de los grupos es la de aceptar como máximo de 10 a 12 alumnos dependiendo de la problemática que presentan, los cuales asisten a sesiones de trabajo en las que debe participar la madre o algún otro miembro del núcleo familiar quien deberá responsabilizarse de la continuidad del trabajo del niño en el hogar. El término de la atención se considera cuando el niño ha alcanzado un nivel de desarrollo acorde a su edad o cuando puede ingresar al siguiente nivel educativo regular o especial (D G E E , 1986).

Se da un primer acercamiento con la familia a través de una pequeña entrevista con los padres a fin de obtener los primeros datos sobre los niños, después de la cual se inicia la observación directa de estos. Los datos obtenidos de la observación directa y de la entrevista se consideran elementos importantes para determinar el posible grado de afectación, así como las estrategias de trabajo a realizar.

Una vez que se han identificado las características de los niños de intervención temprana, la dinámica de sus procesos de aprendizaje, las directrices de la educación especial y sus antecedentes específicos, se inicia la fase diagnóstica a través de la observación de las conductas que emiten espontáneamente y de las que presentan ante determinados estímulos y actividades que se propician en el aula.

La fase diagnóstica tiene como finalidad determinar el momento evolutivo en que se encuentran los niños, así como ubicar las áreas del desarrollo en las que presentan un mayor desfaseamiento con respecto a su edad cronológica. Es importante destacar en

este punto, que para la evaluación del alumno se emplea la Guía de Intervención Temprana, el P.A.C., y la información necesaria y complementaria de la serie de datos médicos sobre el desarrollo (APGAR, talla, peso, alteraciones orgánicas medicamentos, convulsiones, etc.)

El siguiente paso se refiere a la implementación del programa de tratamiento elaborado acorde a las características del niño y en el que se tiene en cuenta la participación de la madre o del padre en el trabajo que se realiza en la escuela. Se dan las indicaciones a los familiares de como estimular al niño tanto en el aula como en casa y se les orienta con respecto a situaciones de atención complementaria (rehabilitación física, neurología, ortopedista, etc.) también se les ayuda de manera informal a desahogar situaciones de tensión familiar que en la mayoría de los casos se suscitan en relación a los niños afectados.

La evaluación del programa se realiza de manera constante a través de la observación directa de la evolución que va teniendo el niño. De este modo, se puede replanificar la estrategia en caso de ser necesario.

En conclusión, el trabajo que se realiza frente a un grupo de intervención constituye un proceso para el cual la Psicología aporta elementos teóricos, prácticos y metodológicos muy importantes que incluyen la detección temprana del problema, la evaluación diagnóstica y el tratamiento del niño con programas específicos de desarrollo, considerando los aspectos orgánico, familiar, educativo y social.

Los elementos considerados en los párrafos anteriores constituyen entonces los puntos básicos del presente reporte laboral. En los apartados restantes se analizarán desde un punto de vista retrospectivo las actividades que he realizado en la institución en donde me encuentro laborando y que considero importante dar a conocer. Entre éstas se encuentran las siguientes:

- a. El estudio de factibilidad que se refiere a la detección de necesidades para la creación de un Centro de Intervención Temprana en el Municipio de Tlalnepantla en instituciones del Sector Salud contemplando los datos de niños con riesgo biológico.
- b. El trabajo que se realiza en un grupo de intervención temprana con niños con riesgo biológico y ambiental

La realización del primer punto tenía como objetivo justificar con datos precisos la necesidad específica de crear una institución de intervención temprana, para lo cual era necesario contar con datos reales de la población y no únicamente con las apreciaciones estadísticas que aunque importantes, se presentan poco tangibles y por tanto lejanas y difusas

En el segundo punto se reseña el trabajo que el psicólogo realiza en las instituciones educativas a nivel gubernamental como responsable de un grupo de intervención temprana

IV. PROCEDIMIENTO.

1. OBJETIVO GENERAL.

En el presente apartado se reseñara como se realizó la detección de la población susceptible de intervención temprana en el Municipio de Tlalnepantla Asimismo, se reseñará como se realiza el trabajo de evaluación diagnóstica, tratamiento y resultados en niños de alto riesgo y riesgo establecido, en una institución de educación especial ubicada en el municipio de Tlalnepantla

2. DETECCIÓN DE NECESIDADES.

Para llevar a cabo la detección de la población real y potencial para la creación de un centro o grupo de intervención temprana en el Municipio de Tlalnepantla se realizaron las actividades que a continuación se enlistan y describen con más detalle en los apartados posteriores.

- 2.1. Justificación del estudio
- 2.2. Elaboración del estudio de factibilidad o estudio de detección de necesidades
- 2.3. Tramitación de la donación del terreno ante el municipio de Tlalnepantla y de la construcción del inmueble ante los Servicios de Educación Integrados al Estado de México (SEIEM)
- 2.4. Revisión de los documentos técnicos y operativos pertinentes.
- 2.5. Listado y contacto con las instituciones médicas del Municipio de Tlalnepantla

2.6. Obtención de información de los responsables de las direcciones o subdirecciones médicas.

2.7. Compilación, evaluación y análisis de la información obtenida.

2.1. Justificación del estudio.

El Estado de México es actualmente la entidad federativa con mayor población en la República Mexicana, ya que cuenta con 11,104,934 habitantes. La mayor parte de ellos se encuentra radicando en la zona fronteriza con el Distrito Federal denominada zona conurbada, la cual comprende los municipios de Ecatepec, Nezahualcóyotl, Naucalpan de Juárez y Tlalneantla de Baz (INEGI 1996).

Sin embargo, a pesar de las condiciones demográficas de la zona los servicios a población de alto riesgo y riesgo establecido son nulos, ya que no se cuenta con centros de intervención temprana que proporcionen la estimulación necesaria a estos niños para que normalicen su desarrollo. Parece entonces incongruente que una zona tan densamente poblada y de tal importancia a nivel nacional por constituir un apéndice de la ciudad más grande del país como lo es la zona conurbada del Distrito Federal, carezca de un servicio educativo básico como lo es el de intervención temprana a pesar de que por cuestiones estadísticas está más que justificado.

Así, la necesidad de un centro de intervención temprana en el municipio de Tlalneantla se justificó en primer lugar, por la ausencia de instituciones de este tipo en la localidad y en segundo lugar por la densidad de su población.

La propuesta para la creación de un centro de intervención temprana surgió en 1990 a partir de dos instancias de educación especial en el Estado de México la Supervisión No. 8 la cual se encuentra a cargo de dicho municipio y la Subjefatura Técnica de Educación Especial.

En el momento de realizarse dicha propuesta, yo ocupaba el puesto de auxiliar técnico de la Supervisión No 8, motivo por el cual me fue encomendada la tarea de recabar los datos indispensables para la implementación de este centro.

2.2. Elaboración del estudio de factibilidad ó estudio de detección de necesidades.

Para poder considerar la creación de cualquier instancia, la D.G.E.E., dependencia gubernamental que se encarga de organizar, dirigir, administrar y vigilar el sistema federal de educación de niños atípicos necesita cubrir dos requisitos un estudio de factibilidad o detección de necesidades y la tramitación de la donación del terreno. Para ello, es indispensable entonces, contar primero con la información que requiere la D.G.E.E. relacionada a estos puntos

El objetivo del Estudio de Factibilidad es el de garantizar que exista una demanda potencial o real del servicio que se desea crear por parte de la población

La Secretaría de Educación Pública (SEP) considera indispensable la realización de este tipo de estudio para que los Servicios Integrados de Educación en los estados de la república otorguen su anuencia para la creación de cualquier tipo de servicio educativo regular o especial que dependa de dichas instancias

En este caso en particular, la instancia propuesta a crear era un centro o grupo de intervención temprana para niños con una edad de 45 días a 4 años que presentarán alto riesgo o riesgo establecido por factores biológicos o ambientales

2.3. Tramitación de la donación del terreno ante el municipio de Tlalnepantla y de la construcción del inmueble ante los Servicios de Educación Integrados al Estado de México (SEIEM).

En relación a lo primero, la SEP establece que el terreno para la institución debe ser donado por parte del municipio o gobierno del estado de que se trate, ya

que viene a cubrir una necesidad educativa de un sector de su población. En relación a las dimensiones del terreno, cabe mencionar, que en este caso deben de ser de por lo menos seis mil metros cuadrados para dar cabida a cinco edificios de una planta cada uno cubriendo los requisitos arquitectónicos acordes a la población a atender. La S.E.P. acepta la construcción del inmueble únicamente cuando se cubren los dos requisitos anteriores

De esta manera, los centros de intervención temprana deben de contar en su estructura física con cinco edificios, en el primero de los cuales deben de ubicarse los cubículos administrativos y de diagnóstico (Psicología, Trabajo Social, Lenguaje, etc.), en el segundo las áreas de usos múltiples (gimnasio, hidroterapia, cantos y juegos) y en los tres restantes cinco aulas en cada uno para la instalación de los grupos de trabajo

2.4. Revisión de los documentos técnicos y operativos.

La D.G.E.E cuenta con una serie de documentos de este tipo que pretenden homogeneizar el funcionamiento de cada tipo de servicio de educación especial que se ofrece en el país. Asimismo, estos ofrecen elementos que apoyan las tareas de los diferentes especialistas que laboran allí. Por tal motivo, fue necesario revisarlos para poder sustentar de manera técnico-operativa la implementación de éste nuevo servicio en el municipio de Tlalnepantla

Existen documentos básicos para todos los servicios de educación especial y para todos los especialistas, entre los que se encuentran por ejemplo "Bases para la Política de Educación Especial" y "La Educación Especial en México" en los cuales la S.E.P. establece las políticas, normas, tipos de servicios y fundamentos legales de la educación especial en el país

También existen documentos específicos según el servicio o modalidad de que se trate. En nuestro caso particular se deben de tener en cuenta los relacionados a la

intervención temprana como lo son: el "Manual de Operación para los Centros de Intervención Temprana en los Estados" y la "Guía para la Intervención Temprana". En el primero la D.G.E.E establece los lineamientos técnico-operativos tales como los requisitos de ingreso, egreso, normas para el funcionamiento, personal indispensable y funciones que realiza. El segundo proporciona el marco de referencia para el trabajo con el niño de intervención temprana. De esta manera y aunque existe un mayor número de documentos editados, los anteriores se tienen como insustituibles.

Desafortunadamente, el proyecto para la creación del centro de intervención temprana que se había propuesto no pudo ser llevado a cabo debido a que el terreno con las características necesarias no fue donado por el municipio de Tlalnepantla. Sin embargo, se considera importante dar a conocer los datos obtenidos durante la realización del Estudio de Factibilidad o Detección de Necesidades, esto debido al número de niños susceptibles de atención detectados así como al desconocimiento casi generalizado que sobre la intervención temprana se tiene en el Sector Salud. Por lo que en las siguientes secciones se describirán los pasos realizados para ello.

De acuerdo a los lineamientos de la D.G.E.E (1986) el cupo máximo por grupo de trabajo es de 10 a 12 alumnos. Los grupos se forman considerando las características que se especifican en el cuadro 1.

De esta manera y tomando en cuenta que la D.G.E.E señala que el cupo máximo es de 12 alumnos por grupo y que se tendrían en total 5 aulas por edificio, en instituciones de este tipo se podrían formar 15 grupos que darían cabida a 180 niños en cada turno de trabajo (matutino y vespertino), con un tope de 360 infantes. Los parámetros cuantitativos necesarios al estudio se establecieron con referencia a lo anterior, ya que para justificar de manera operativa la creación de un centro de intervención temprana, se necesitaba conocer cuando menos si existía ese número de niños que requirieran este servicio.

TIPO DE ALUMNOS	EDAD		NO. DE ALUMNOS POR GRUPO
	Mínima	Máxima	
Niños de Alto Riesgo	40 días	4 años	10 a 12
Deficiencia Mental	40 días	4 años	10 a 12
Trastornos de Audición y Lenguaje	40 días	4 años	8 a 10
Impedimentos Motores	40 días	4 años	8 a 10
Trastornos Visuales	40 días	4 años	8 a 10

CUADRO 1. Número de alumnos por grupo de intervención temprana considerando la edad y el tipo de trastorno (D.G.E.E., 1986)

2.5. Listado y contacto con las instituciones médicas del Municipio de Tlalnepantla.

Por otra parte, para la detección de la población deben de considerarse tres posibles formas de estimación de acuerdo a la D.G.E.E.

2.5.1. Demanda real. Ésta se considera teniendo en cuenta una lista de espera de personas que solicitan el servicio de intervención temprana para sus hijos. Situación que en ese momento no existía.

2.5.2. Demanda Potencial. En esta se pondera para su implementación la resultante de la población total por grupo de edad y el factor que proporciona la D.G.E.E. para los centros de intervención temprana que es del 2.8%. Teniendo en cuenta que la población total de habitantes del municipio de Tlalnepantla entre 40 días y 4 años es de 106,725 niños tendríamos que la demanda potencial para este municipio es de 2,988 niños susceptibles de intervención temprana considerando el 2.8% que señala la D.G.E.E. En el siguiente cuadro se resume esto

Grupo de edad	Población Total	% D.G.E.E.	Demanda Potencial
0-4 años	106,725	2.8 %	2,988

CUADRO 2. Demanda potencial para la creación de un centro de intervención temprana en el Municipio de Tlalnepantla

2.5.3. Demanda Estimada Esta se considera tomando los datos directamente de los registros existentes en las instituciones pertinentes. En este caso, se revisaron los documentos de diferentes instituciones del Sector Salud en el Municipio de Tlalnepantla, así como del Hospital de la Mujer en donde se llevaba a cabo un programa para niños de alto riesgo en colaboración con la D.G.E.E. y con la Secretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A.) En relación a lo anterior, es importante mencionar que la población a detectar era básicamente de riesgo biológico en instituciones de Salud.

Los datos recabados corresponden a dos tipos de instituciones, las cuales se clasificaron de acuerdo a la información proporcionada en dos tipos:

a. Instituciones con información relevante. Este primer tipo de instituciones aportó información relevante para el estudio debido a que llevan un registro de los niños susceptibles de recibir atención de intervención temprana. A continuación se enlistan las instituciones de este grupo:

- Hospital General Regional de Tlalnepantla No. 72 del IMSS
- Hospital de Gineco-obstetricia de Tlalnepantla No. 60 del IMSS.
- Hospital General de Tlalnepantla de la S.S.A.
- Hospital de la Mujer, Proyecto de Intervención Temprana con Niños de Riesgo de la S.S.A. - D.G.E.E.

b. Instituciones con información no relevante. Este tipo de instituciones no aportó información importante, ya que los registros que se llevan contienen únicamente datos relacionados a los procesos agudos de salud, los cuales no se relacionan con la

intervención temprana. Debido a ello, éstas se excluyeron del presente estudio dado que no podían beneficiarlo. A continuación se enlistan las instituciones de este grupo.

- Hospital General de Zona No. 58 del I.M.S.S.
- Hospital de Especialidades No. 57 del I.M.S.S.
- Unidades de Medicina Familiar Nos. 52, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 64, 72, 79 y 95 del I.M.S.S.
- Clínica de Medicina Familiar del I.S.S.T.E.
- Clínica I.S.S.E.M.Y.N. Tlalnepantla
- Hospital de la Cruz Roja

La relación comparativa entre las instituciones encuestadas que llevan registro sobre niños de alto riesgo y riesgo establecido y las que no, se muestra en el siguiente cuadro

INSTITUCIONES		
CON REGISTRO DE NIÑOS DE ALTO RIESGO Y RIESGO ESTABLECIDO	SIN REGISTRO DE NIÑOS DE ALTO RIESGO Y RIESGO ESTABLECIDO	TOTAL
4	16	20
20%	80%	100%

CUADRO 3. Instituciones de Salud con y sin un registro de los niños de alto riesgo y riesgo establecido

En referencia al cuadro anterior, es evidente la desproporción que existe entre unas y otras instituciones, así como el hecho de que la información que interesa a un sector pasa desapercibida para el otro

Por otra parte, se debe también mencionar que en las instituciones médicas encuestadas consideradas como no relevantes, se observó que la información con la que cuentan es incompleta, ya que en éstas, únicamente se da seguimiento a los síndromes

agudos referentes a la salud (por ejemplo, síndrome diarreico, respiratorio, etc.) quedando de lado cualquier seguimiento referente a las condiciones de riesgo y desarrollo integral del niño.

2.6. Obtención de información de los responsables de las direcciones o subdirecciones médicas.

A continuación se exponen las instituciones y la forma en la que registran los datos sobre los niños de alto riesgo y riesgo establecido.

2.6.1. Hospital General Regional de Tlalnepantla No. 72 del I.M.S.S.

Esta institución conoce el servicio que se presta en los Centros de Intervención Temprana (C.I.T.), por lo que se canaliza a la totalidad de los niños detectados con necesidad del mismo a las diferentes instituciones ubicadas en el Distrito Federal dependientes de la D.G.E.F.

En el momento de la realización de la presente encuesta este hospital contaba con 35 cunas fisiológicas para niños que no presentan ninguna eventualidad pre, peri o postnatal y 25 cuneros para estados patológicos destinados a los niños de alto riesgo y riesgo establecido. Aquí, es de importancia mencionar que en los registros únicamente se anota la causa principal de ingreso al cunero patológico, independientemente de otras alteraciones que pudieran a su vez traer algún tipo de secuela neurológica como la hiperbilirrubinemia.

El promedio mensual de nacimientos es de 1,000 niños. De los datos proporcionados se desprende el cuadro siguiente en el que se concentra toda la información recopilada, misma que se muestra a detalle en el anexo 1.

El cuadro 4 resume en forma muy precisa las causas que en mayor porcentaje van a interferir con el desarrollo. Se puede observar con toda claridad que los

síndromes genéticos ocupan un porcentaje muy pequeño del total. Asimismo, cabe mencionar, que la desnutrición es más frecuente en nuestro país de lo que se encuentra representada en esta muestra. Ello podría explicarse por la falta de sensibilidad de los registros en este aspecto debido a que a este tipo de instituciones únicamente acuden aquellas personas que tienen un empleo fijo definido.

PATOLOGÍA DE INGRESO AL CUNERO	TOTAL DE CASOS REPORTADOS	% CON RESPECTO AL TOTAL
Asfixia	319	56.46
Preéxtrmino	223	39.46
Meningocele	8	1.41
Encefalopatía Hipóxica	6	1.06
Síndrome de Down	2	0.35
Hemorragia Intracraneana	2	0.35
Desnutrición	2	0.35
Crisis Parcial	1	0.17
Depresión Anestésica	1	0.17
Síndrome de Arnoll Kiari	1	0.17
Total	565	97.95

CUADRO 4. Número de casos y porcentaje de niños de alto riesgo y riesgo establecida del promedio mensual de nacimientos del Hospital General Regional de Tlalnepantla No. 72 del IMSS.

2.6.2. Hospital de Gineco-obstetricia No. 60 de Tlalnepantla del IMSS.

El promedio mensual de nacimientos en esta institución es de 1,400 niños con una fluctuación entre 1,300 a 1,500. Este hospital desconocía el servicio que se presta en los C.I.T., por lo que canalizaba a todos los menores al área de medicina familiar en donde el seguimiento es estrictamente médico, derivándose a rehabilitación física en casos extremos.

La institución cuenta con 93 cunas en total las cuales se distribuyen en promedio diariamente de acuerdo a las necesidades del servicio inmediato como sigue. 18 a

pretérminos, 18 aislados y 57 cunas fisiológicas. Los datos que se aportan corresponden únicamente a un mes ya que el resto de la información se envía mensualmente al Departamento de Integración de la Información del IMSS. Como nota aclaratoria cabe mencionar que únicamente se registra en esta institución la patología principal con que ingresan los niños al cuerno independientemente de alguna otra colateral que también pudiera ocasionar una secuela neurológica. En el cuadro siguiente se resume esta información:

PATOLOGÍA	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Potencialmente infectados	14	28
Hipoxia neonatal	10	20
Insuficiencia respiratoria	1	8.16
Meningocele	2	4.08
Pretérmino	12	24
Pretérmino con dificultad respiratoria	3	6.12
Pretérmino con malformación	3	6.12
Total	48	96.48

CUADRO 5. Número de casos y porcentaje de niños de alto riesgo y riesgo establecido del promedio mensual de nacimientos del Hospital de Gineco-obstetricia No. 60 de Tlalnepanitla del IMSS.

2.6.3. Hospital General de Tlalnepanitla de la S.S.A.

Esta institución desconoce el servicio que se presta en los C.I.T. Los menores que requieren de un seguimiento especial son enviados al Hospital Infantil del Distrito Federal. Los datos que se reportan corresponden a un año completo y esto se realiza de manera global.

De los 4,212 recién nacidos el 18.31 % (774) requirió cuidados especiales. Asimismo, de esta población el 7.1 % (299) ameritó rehabilitación según el informe presentado y cuyo diagnóstico se enlista a continuación:

PATOLOGÍA	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Hipoxia neonatal moderada	87	29.09
Hipoxia neonatal severa	43	14.38
Convulsiones	33	11.03
Hemorragia intracraneana	5	1.67
Hiperbilirubinemia	92	30.76
Trauma obstétrico	28	9.36
Malformaciones congénitas y cardiopatías	11	3.67
Total	299	99.96

CUADRO 6 Número de casos y porcentaje de niños de alto riesgo y riesgo establecido del promedio mensual de nacimientos del Hospital General de Tlalnepantla de la S.S.A.

Como dato importante cabe mencionar que en esta institución se da atención a personas subempleadas o desempleadas que no pueden acceder a otro tipo de institución médica, así como a las madres que no cuentan con una revisión periódica durante el embarazo, la mayoría de las cuales llega en la fase de alumbramiento.

En el registro que lleva esta institución únicamente están reportadas las causas principales de ingreso, dejando de lado alguna otra patología de la madre o del niño que pudiera también ocasionar algún tipo de secuela neurológica como la diabetes mellitus o la desnutrición.

2.6.4. Hospital de la mujer "Proyecto de Intervención Temprana con Niños de Riesgo" (S.S.A. y D.G.E.E.).

A esta institución como a la anterior acuden mujeres de escasos recursos. De éstas, las que tienen su domicilio en el Estado de México, la mayoría desertan al ser ingresadas en los programas de intervención temprana debido a los gastos que les ocasiona en tiempo y transporte el continuar con este servicio. Los datos proporcionados corresponden a un año y son de mujeres con domicilio en Tlalnepantla y Naucalpan.

MES	No. DE CASOS
Enero	11
Febrero	6
Marzo	4
Abril	5
Mayo	6
Junio	6
Julio	6
Agosto	10
Septiembre	12
Octubre	10
Noviembre	14
Diciembre	10
Total de niños	106

CUADRO 7. Número de casos de niños reportados en el Hospital de la Mujer y que su domicilio corresponde a los municipios de Tlalnepantla y Naucalpan

Como puede notarse, en esta institución tan solo se reportaron los casos que corresponden al municipio sin mencionar sobre la etiología del riesgo.

2.7. **Compilación, evaluación y análisis de la información obtenida.**

La Demanda Estimada mensual en las instituciones médicas del Sector Salud que proporcionaron datos relevantes al estudio se resumen en el cuadro número 8.

Considerando los estos datos, la demanda estimada anual sería de 1,392 neonatos de alto riesgo y riesgo establecido biológico, por lo cual la implementación de una sola institución sería del todo insuficiente, ya que tiene un cupo máximo de 180 niños distribuidos en 15 grupos por turno de trabajo, siendo por lo tanto 360 considerando las dos jornadas de trabajo (matutina y vespertina), por lo que necesitarían abrirse cinco centros de intervención temprana para que se pudiera cubrir cabalmente la demanda.

INSTITUCIÓN	PROMEDIO MENSUAL DE NACIMIENTOS	DEMANDA MENSUAL DE NIÑOS DE RIESGO	% MENSUAL CON RESPECTO AL No. DE NACIMIENTOS
Hospital General Regional No. 72, I.M.S.S.	1,000	33	3.3
Hospital de Gineco-obstetricia No. 60, I.M.S.S.	1,400	40	3.5
Hospital General de Tlalnepantla, S.S.A.	351	25	7.1
Hospital de la Mujer (S.S.A. y D.G.E.E.)	*No se contó con el dato	0	
Estimación Total Mensual	3,851	116	6.26

CUADRO 8. Concentrado de datos de las Instituciones de Salud que llevan registro de alto riesgo y riesgo establecido biológico en neonatos.

Aquí cabe resaltar que en los datos anteriormente citados no se encuentran considerados los niños con problemas posteriores al nacimiento, como aquellos con traumatismos, infecciones, intoxicaciones, desnutrición, etc.

De lo anteriormente expuesto se desprende la necesidad de instituciones o servicios que den mayor cobertura de atención a los niños de alto riesgo y riesgo establecido ya que en un solo municipio con la población detectada en dos meses, quedaría saturado un C.I.T.

Sin embargo, y a pesar de contar con el sustento que representa el estudio antes mencionado, no pudo ser posible la creación de un C.I.T. debido a las dificultades económicas que se presentan en el municipio de Tlalnepantla para costear un terreno de las características antes mencionadas.

De esta manera, quedó suspendida la creación de una institución de este tipo, y no fue sino hasta septiembre de 1995 cuando se planteó la posibilidad de abrir únicamente un nuevo grupo de intervención temprana con un cupo de 20 alumnos el cual quedaría inserto en la Escuela de Educación Especial "Dr. José de Jesús González" ubicada en el municipio de Tlalnepantla, surgiendo nuevamente la posibilidad

de visitar algunas instituciones medicas en el municipio y poder así dar un seguimiento parcial al estudio de necesidades efectuado anteriormente.

Teniendo en cuenta que en este punto no era tan necesario el justificar la población para crear un C.I.T., sino más bien el dar difusión a la Escuela de Educación Especial y a los grupos de intervención temprana, los datos recopilados no fueron tan extensos ni detallados como en la primera fase y se tomaron únicamente para satisfacer una interrogante personal sobre la situación actual referente a la población con necesidad de intervención temprana. Es necesario también mencionar, que en esta fase de difusión no se tomo en cuenta al Hospital de la Mujer por tener considerado que el cupo máximo sería de 20 niños, con los cuales la demanda de la escuela quedaria cubierta.

A continuación se presentan los datos correspondientes al mes de agosto de 1995

INSTITUCIÓN	PROMEDIO MENSUAL DE NACIMIENTOS	DEMANDA MENSUAL DE NIÑOS DE RIESGO	% MENSUAL CON RESPECTO AL No. DE NACIMIENTOS
Hospital General Regional No 72, I.M.S.S	600	28	4.6
Hospital de Gineco-obstetricia No. 60, I.M.S.S	690	43	4.7
Hospital General de Tlalnepantla, S.S.A	420	26	6.1
Estimación Total Mensual	1920	97	5.0

CUADRO 9. Datos obtenidos en las Instituciones de Salud del Municipio de Tlalnepantla en el mes de agosto de 1995

El cuadro anterior muestra que el número de nacimientos en las instituciones del I.M.S.S se ha decrementado, debido a que fue instalado otro hospital de Gineco-obstetricia en el perímetro de Tlalnepantla colindando con Naucalpan, al cual se han derivado un gran número de derechohabientes.

Con respecto al Hospital General de Tlalnepantla, el número de nacimientos se incrementó 6.1% y aunque los datos contenidos en este cuadro son sólo una muestra que merecería un seguimiento más meticuloso en cuanto a las causas, una de las razones que pueden estar influyendo en este aumento de nacimientos puede ser que la situación socioeconómica del país se ha deteriorado y las personas acuden cada vez más a instituciones del Sector Salud. Teniendo en consideración que la tasa de crecimiento media anual para el municipio de Tlalnepantla en 1990 era del 1.0% (INEGI, 1994).

En este punto cabe resaltar el dato obtenido de los informes de gobierno que dan cuenta del total de población atendida en intervención temprana, comparándolos con otros problemas que atiende Educación Especial, a nivel nacional en los últimos cinco años (INEGI 1995).

PERÍODO	1990	1991	1992	1993	1994
Trastornos visuales	971	888	990	1,029	1,068
Trastornos auditivos y lenguaje	7,288	6,704	7,265	7,338	7,411
Impedimentos motores	1,873	1,937	2,266	2,269	2,272
Deficiencia mental	32,227	32,435	33,920	34,589	35,258
Problemas de conducta	2,698	2,192	2,104	2,165	2,226
Problemas de aprendizaje	31,859	137,117	140,796	152,265	163,734
Problemas de lenguaje	8,871	10,146	10,963	13,231	15,499
Intervención temprana	5,943	6,504	7,189	8,431	9,673
Total	191,730	197,923	205,493	221,317	237,141

CUADRO 10. Población Atendida y Diagnosticada por Educación Especial (Fuente: Presidencia de la República, Informes de Gobierno, INEGI, 1994, p. 154)

Analizando estos datos es evidente que la cobertura de intervención temprana de la población atendida por educación especial en todo el país, corresponde al 3% en 1990, al 3.3% en 1991, al 3.5% en 1992, al 3.8% en 1993 y solo al 4% en 1995. Así, estos datos indican que no se está cubriendo el total de la población de entre 0 y 4 años de toda la República Mexicana de niños con necesidad de intervención

temprana ya que la O.M.S., la U.N.I.C.E.F. han marcado como indicador que el 3% y la propia D.G.E.E. como el 2.8% de todos los niños entre el nacimiento y los cuatro años de edad (D.G.E.E., 1981) requieren de este servicio y los datos reales obtenidos en el estudio de detección sobrepasan este porcentaje. De la misma manera, se puede notar con toda claridad que va en aumento con el paso de los años el número de niños que requieren un servicio de este tipo.

Al analizar los datos obtenidos en la detección de necesidades en el Municipio de Tlalnepantla, es alarmante observar que aquí se tiene una demanda estimada anual de 1,392 niños neonatos de riesgo biológico y una potencial de 2,988 de riesgo biológico y ambiental. De acuerdo a los datos proporcionados por la Presidencia de la República en los informes de gobierno, a nivel nacional se proporciona atención a 5,943 niños en la modalidad de intervención temprana, por lo que si realizáramos la proyección de datos de este municipio a nivel nacional, nos daríamos cuenta que la atención prestada es irrisoria comparada con la demanda real que se presenta.

Cabe en este momento la reflexión sobre las causas por las que la atención en intervención temprana es tan escasa, teniendo en cuenta entre otras a las siguientes.

- a. Falta de difusión por parte de la D.G.F.E. del tipo de atención que presta referente a intervención temprana y las ventajas que representa el proporcionarla desde la etapa posterior al nacimiento.
- b. Carencia de información sobre el servicio que se presta en Intervención Temprana, tanto en los grandes grupos de la población como en sectores específicos. Tal es el caso del sector médico en el que sólo ocasionalmente se toman en cuenta los factores de riesgo y cuando se llega a hacer una canalización frecuentemente se realiza en etapas posteriores al nacimiento al tratarse ya de un riesgo establecido.

- c. Escasez de infraestructura destinada a la intervención temprana. Lo anterior en parte por considerarse como un servicio que acarrea pocos beneficios en términos generales al no considerarse los efectos a mediano y largo plazo.

No obstante lo anterior, en la actualidad se tiene dentro de los planteamientos educativos gubernamentales el insertar a la intervención temprana dentro de la educación inicial, esto a través de los Centros de Desarrollo Infantil (CENDI)

En conclusión, el presente apartado muestra un panorama verdaderamente desolador en lo que se refiere a los niños de riesgo y al futuro que les espera, tanto a nivel individual como familiar y social

Los resultados obtenidos son entonces solo una pequeña muestra de lo que está sucediendo en el país con estos niños que pudieron haber desarrollado en mayor grado sus potencialidades, y sin embargo, esto se limitó debido a la falta de atención, información, personal capacitado, etc

En este punto, debemos cuestionarnos sobre el valor que se le está dando al ser humano como tal en todas las sociedades del mundo

Así, la riqueza de un país se ha medido por su capital monetario, su infraestructura y los bienes materiales y tecnológicos con los que cuenta, sin embargo, su verdadera riqueza se encuentra en su capital humano. Y es aquí, en donde debería de actuarse para brindar las mayores posibilidades a todos los individuos que conforman un país incluso desde antes de su nacimiento para que puedan expresar y desarrollar todas sus potencialidades

Por lo tanto, los esfuerzos de los distintos sectores que integran a la sociedad deberían encausarse sobre aspectos educativos y de bienestar social, sin olvidar a los niños que presentan riesgo o necesidades especiales, ya que éstos también serán futuros ciudadanos de nuestra patria

3. TRABAJO EN EL GRUPO DE INTERVENCIÓN TEMPRANA.

En el presente apartado se reseña el trabajo que se realiza en los grupos de intervención temprana en el centro en donde me encuentro laborando. Éste se iniciará describiendo el equipo de trabajo a cargo del cual quedan los niños de intervención temprana en la institución. Posteriormente se describirán las fases que integran el trabajo que se realiza en éstos.

3.1. EQUIPO DE TRABAJO.

El equipo de trabajo de intervención temprana tiene como función el prestar atención psicopedagógica a niños de alto riesgo conforme a las normas y lineamientos establecidos por la D G E E.

Éste se encuentra conformado por el director, el equipo de apoyo y el personal docente. La D G E E. especifica los propósitos de sus puestos.

3.1.1. Director.

La función del director es administrar en el centro a su cargo la prestación del servicio de intervención temprana conforme a las normas, lineamientos y procedimientos establecidos por la D G E E y de acuerdo a las disposiciones de la Unidad de Servicios Educativos en los Estados.

3.1.2. Equipo de Apoyo.

El equipo de apoyo está formado por el maestro de lenguaje, el psicólogo, el trabajador social y el terapeuta físico.

3.1.2.1. Maestro de lenguaje.

La función del maestro de lenguaje es contribuir al desarrollo integral del niño atendiendo el proceso de adquisición del lenguaje.

3.1.2.2. Psicólogo.

La función del psicólogo es contribuir al proceso de atención psicopedagógica de los alumnos mediante la realización del diagnóstico específico, el apoyo al personal docente y la orientación a padres de familia. En este aspecto cabe mencionar que a la fecha de finalización del presente reporte, el diagnóstico que aporta el área de psicología en intervención temprana se refiere únicamente a los datos obtenidos en la entrevista.

3.1.2.3. Trabajador social.

El trabajador social contribuye al desarrollo integral del educando en su proceso de adaptación al medio escolar y social en el que se desenvuelve.

3.1.2.4. Terapeuta físico.

Finalmente, el terapeuta físico contribuye al desarrollo integral del educando mediante la atención de su proceso de rehabilitación física.

3.1.3. Personal Docente.

El personal docente está integrado por los maestros de los grupos de intervención temprana. A continuación se describen sus funciones:

3.1.3.1. Maestro de grupo.

Dado que mi puesto corresponde tanto a maestro de grupo como a responsable del grupo de alumnos con características de alto riesgo y riesgo establecido, consideré pertinente definir los propósitos de este puesto, así como las funciones más representativas que se deben desempeñar en materia técnica de acuerdo al Manual de Operación de la D.G.E.E. (1986).

A. Funciones del maestro de grupo.

El maestro de grupo debe de conducir el proceso educativo de acuerdo no sólo a las características de los niños atendidos, sino también a los programas específicos elaborados en base a tales características, a efecto de contribuir al desarrollo integral de los educandos de una manera más eficaz.

Las funciones o actividades que desempeña el maestro de grupo a nivel técnico son:

- a. Realizar en forma conjunta con el equipo de apoyo una evaluación diagnóstica integral de los niños que ingresan a la institución. En este aspecto se conjuntan los datos obtenidos a través de lo siguiente:
 - Estudio social de primer nivel realizado por la trabajadora social.
 - Entrevista psicológica realizada por el psicólogo
 - Observaciones hechas sobre el estado del lenguaje de los niños en ese momento realizado por el maestro de lenguaje.
 - Observaciones sobre el estado evolutivo de los niños realizadas por el maestro del grupo.
 - Observación de la dinámica familiar que se establece en torno a los niños por el maestro de grupo.

- b. Elaborar programas individuales de tratamiento acordes a las características de desarrollo de los niños, los cuales deben ser aprobados por el director de la institución. Es importante resaltar aquí que se elaboran programas específicos para cada niño de acuerdo a su nivel de desarrollo.

- c. Aplicar la "Guía para la Intervención Temprana" en el desarrollo de los programas de tratamiento. Este documento técnico junto con el P.A.C. dan elementos insustituibles para la evaluación y la programación.
- d. Evaluar en forma permanente los avances de los niños.
- e. Vaciar los resultados en los formatos establecidos
- f. Informar periódicamente a los padres de los niños, acerca de los logros obtenidos por sus hijos.
- g. Verificar que los padres cumplan con el programa domiciliario. En intervención temprana se tiene prevista la elaboración de programas en casa en caso de existir alguna situación que impida la asistencia diaria de los niños al centro.
- h. Realizar y registrar las observaciones continuas sobre el desarrollo de los niños que permitan evaluar los avances y detectar los casos que requieran una atención adicional.
- i. Solicitar al director del centro en su momento, la asesoría que se requiera para superar las deficiencias que surjan de la puesta en operación del programa.
- j. Proponer al director del centro alternativas que permitan mejorar el programa de intervención temprana.
- k. Solicitar al director o al equipo de apoyo técnico la revisión de los casos que así lo requieran.
- l. Asistir y participar en las reuniones interdisciplinarias a las que convoque el director del centro.

- m. **Mantener actualizados los expedientes y las carpetas de evolución de los alumnos conforme a los lineamientos establecidos por la Dirección General de Educación Especial.**

Los incisos anteriores muestran las actividades técnico-operativas del maestro de grupo, sin embargo la verdadera riqueza de su trabajo se encuentra en el trabajo directo que realiza con los niños, y es en ese proceso en donde se van insertando éstas de acuerdo a las necesidades que se presentan en el prediagnóstico, el diagnóstico o el tratamiento

4. FASES EN EL TRABAJO DE INTERVENCIÓN TEMPRANA.

El trabajo en el grupo de intervención temprana se integra en tres fases, a saber:

- 4.1. Fase prediagnóstica.
- 4.2. Fase diagnóstica.
- 4.3. Fase de intervención.

4.1. FASE PREDIAGNÓSTICA.

Se establece un prediagnóstico del estado de los alumnos de nuevo ingreso a través del análisis de los datos recopilados por medio de lo siguiente:

- a. Entrevista inicial con los padres de familia. En éste primer momento es importante el rapport, situación emocional de los familiares e identificación de una posible problemática en esta área, ya que de aquí van a depender los primeros objetivos a trabajar a corto y mediano plazo con referencia a la familia.
- b. Obtención de datos generales y antecedentes de los niños. En este aspecto las preguntas básicas se refieren a los antecedentes del desarrollo del niño.

atención médica si ha recibido, ocupación y escolaridad de los padres, número de hijos en la familia y aspectos relevantes en la dinámica familiar.

- c. Identificación de las condiciones de los niños a través de una observación inicial. Es el conocimiento físico del niño, sus características de desarrollo, su respuesta espontánea a un ambiente nuevo con personas nuevas, el tipo de contacto con sus padres.

En esta primera fase también se da información a los padres de los niños sobre la forma de trabajar en la institución y se solicita su ayuda para el buen desarrollo del programa.

De esta manera, el trabajo del docente frente a un grupo de intervención temprana se inicia con una primera entrevista informal con la familia de los niños, en la cual se recaban los datos que permitan establecer la semblanza más aproximada de la situación real de los alumnos en términos de los antecedentes que hayan sido y sean importantes para su futuro desarrollo.

La entrevista inicial con los padres muestra en gran medida la información que éstos tienen, la aceptación que muestran y la dinámica que se forman en torno a la problemática. Asimismo, es indicador de las expectativas en torno a lo que es la intervención temprana, ya que en múltiples ocasiones llegan con la esperanza de una posible "curación". Por tanto, la formación que se tenga como profesional de la educación es lo que va a facilitar o entorpecer la labor que se tenga planeada para el desarrollo de los niños.

Teniendo en consideración esto, la labor del maestro no se limita al trabajo directo con el alumno, ni a establecer la etapa de desarrollo en la que el niño se encuentra y hacia la que debe continuar.

En este sentido, el papel del maestro de grupo es de suma importancia, ya que el conocimiento global de las condiciones biológicas, psicológicas, familiares y sociales

de los niños, es lo que le va a permitir incidir en los factores que pueden estar entorpeciendo su desarrollo integral.

Cabe resaltar aquí también, lo realista que se debe ser ante los aspectos en los que la labor del maestro de grupo se ve limitada, como en el caso del aspecto socioeconómico.

Por tal motivo es importante retomar los aspectos que enriquecerán el diagnóstico de los niños y que apoyarán el pronóstico.

El nacimiento de un niño es por lo general un hecho gratamente esperado por los padres, quienes generan ilusiones y expectativas al respecto. Sin embargo, el nacimiento de un niño de alto riesgo frecuentemente se relaciona con factores de temor y ansiedad. En muchas ocasiones desde etapas prenatales. Por tanto, es importante revisar la manera en que estas situaciones han afectado el vínculo familiar.

El primer punto a tocar es el de la familia, explorando el conocimiento y el grado de aceptación de la problemática de los niños, las expectativas que se tienen con respecto a ellos, la dinámica familiar, sus dificultades, etc.

Se debe tomar en cuenta primeramente en niños neonatos de alto riesgo, lo siguiente:

- Aquellos que son producto de un embarazo, parto y cuidados postnatales delicados, pero su apariencia física es la correspondiente a un niño normal.
- Aquellos que presentan algún tipo de malformación o apariencia anormal, como en el caso de los síndromes genéticos.

En el primer caso el impacto de los padres se desvanece a medida que transcurre el tiempo. La mayor parte de las veces los reciben con diagnóstico de "clínicamente

sanos o aptos para la vida". Sin embargo, es muy frecuente que los padres no hayan recibido indicaciones sobre la necesidad de un programa de intervención temprana.

Mi experiencia laboral se refiere a 18 años de trabajo en diferentes áreas y servicios de Educación Especial a través de los cuales ha sido una constante casi invariable, la falta de información que se da a los padres de estos niños en los servicios médicos. Cuando esto se realiza, generalmente se hace debido a que ya existe un retraso evidente en el desarrollo. Por tal motivo, es muchas veces sorpresiva para los padres la canalización del niño a los servicios de educación especial.

Sin embargo, es más fácil para los padres aceptar algún tipo de anomalía interna que aquellas que son fácilmente identificables a simple vista, tal es el caso de las malformaciones.

Asimismo, el conocimiento o información de la problemática es algo que surge de manera sorpresiva e inmediata, sobre todo cuando se trata de niños con riesgo establecido como en el caso de los síndromes genéticos, lo cual se agudiza al ir acompañado de algún tipo de malformación. Con frecuencia los padres de estos niños se sienten lastimados en su autoestima como padres y como individuos.

Es importante destacar que la aceptación social del niño se inicia en la familia en donde se establecen las primeras y más importantes relaciones. De esta manera, la relación de los padres que se consideran señalados por tener un hijo con una característica que lo vuelve diferente a los demás se ve frecuentemente deteriorada, con lo cual el mismo núcleo familiar contribuye en la formación de una identidad personal y social poco adecuada (Gotman, 1968).

No es raro entonces, que surjan sentimientos encontrados hacia el niño, así como desconcierto, culpa y agresión cuando los padres se encuentran poco preparados para aceptar al niño como lo que es, un niño con las mismas necesidades afectivas que cualquier otro.

En este aspecto, se debe estar alerta ante la posible necesidad de una atención complementaria y especializada para los padres a fin de poder superar los problemas de la esfera emocional que pudieran repercutir en el desarrollo de estos niños.

Con referencia también al conocimiento que los padres tienen sobre la situación real de sus hijos, conviene resaltar a aquellos que al no tener una clara identificación de la situación real de éstos, pierden objetividad con respecto a la problemática y expectativas hacia los niños. Tal es el caso de algunos padres que por carecer de una información real sobre la etiología del trastorno, llegan a fantasear ideas de curaciones u operaciones casi mágicas.

Por lo que, en este sentido el docente debe ir informando y aclarando las dudas al respecto, ya que en la medida que el conocimiento del padre sea más objetivo, podrá mantener expectativas más acordes con la realidad de los niños.

Otro de los factores que van deteriorando la relación afectiva, es la respuesta o falta de respuesta de los infantes. Los padres frecuentemente tienen la impresión de que sus hijos se encuentran enfermos, por lo que evitan el contacto físico. Asimismo, cuando los niños no presentan una actitud alerta, receptiva y sonriente, se da lo que Henri Wallon (1927) consideró una "imagen en espejo", la que principalmente se da entre madre e hijo y que al inhibirse en uno, sucede lo mismo en el otro. En este aspecto es muy frecuente observar a algunas madres que tratan a los niños como a muñecos, a los que mueven, cambian, alimentan y cuidan, sin observarse una relación cálida, afectuosa para presentarse calladas y ausentes. Asumiendo muy a menudo que los cuidados proporcionados son suficientes, y que el niño es el que no responde. Es por tanto, necesario trabajar muy arduamente con las madres a fin de concientizarlas de que lo anterior no manifiesta falta de emotividad en el niño, sino dificultad para expresar sus sentimientos. Sin embargo, con respecto a los padres se da un enfriamiento en la relación con el niño, la cual es importante ir rescatando para favorecer una mejor relación que redunde en un mejor desarrollo (D G E E, 1987).

Los datos que se obtienen de los padres sobre los antecedentes de los niños así como las observaciones que puedan tomarse de la dinámica familiar, aunque pueden ser tomadas de algunos documentos técnicos generados por las áreas de apoyo, como las entrevistas de trabajo social por ejemplo, es importante las impresiones que de primera mano pueda establecer la persona que va a tener a su cargo el diseño del programa de desarrollo de los niños. Teniendo en cuenta lo anterior, en el modelo de trabajo para la intervención temprana, la D.G.E.E. prevé la participación de la familia en el trabajo directo con el niño, considerando que pueden funcionar como maestros incorporando en sus rutinas diarias algunas metas terapéuticas sin perder su rol primario de padres (D.G.E.E., 1986).

En este sentido se determina la participación de la madre de familia o algún otro miembro de la misma el cual debe responsabilizarse de dar continuidad al trabajo con el niño.

La labor a realizar debe trascender al ámbito familiar al incorporar metas comunes en el ámbito escolar y familiar, de ahí la importancia de conocer y comprender la situación de los niños en un marco global que integre su propia situación, así como la familiar y social.

La D.G.E.E. al tener en cuenta lo anterior, integró dentro de su funcionamiento la denominada Escuela para Padres en la cual se llevan a cabo pláticas de interés acorde a la problemática vigente entre la mayoría de éstos. Sin embargo, también existe la posibilidad de integrar a los padres a sesiones individuales en el caso de detectarse la necesidad al hacer la observación cotidiana en la interrelación que se da en el grupo de intervención. Por tanto, la importancia de detección oportuna de algún desajuste que pueda interferir con las metas a alcanzar en relación al niño.

Otra de las situaciones que debe tenerse en cuenta al integrar este panorama global es la posibilidad de implementación de un programa a casa en los casos de familias que por sus condiciones económicas, trabajo de los padres, distancia del

domicilio a la escuela, o situaciones específicas por las cuales no sea posible la asistencia diaria al grupo de intervención temprana.

Los datos anteriores junto con los antecedentes y reportes médicos, así como la observación directa del niño constituyen el primer paso para iniciar el diagnóstico de acuerdo a los lineamientos que establece la D.G.E.E. para la intervención temprana.

El reporte médico sobre las condiciones de alto riesgo o de un riesgo ya establecido es una de las condiciones necesarias para que se de inscripción al niño en intervención temprana. Tal reporte médico ampara las situaciones de riesgo biológico en las que la intervención puede actuar a nivel preventivo o puede ser también el inicio de una acción ante un daño ya establecido, sin embargo en casos de riesgo ambiental en los que el antecedente biológico no existe, el menor debe presentar ya un retraso en el desarrollo aunado con un reporte médico. Así mismo este reporte debe contener las restricciones físicas que presenta el menor para ser "ejercitado", sobre todo en casos de presentar por ejemplo, cardiopatía o luxación de cadera, entre otros.

En el reporte médico se consideran algunas de las evaluaciones neonatales de las que el APGAR es la más común, se suelen también presentar datos sobre el desarrollo somático como son la talla, el peso, el perímetro craneal, etc. por otra, parte aportan datos sobre algún otro tipo de alteraciones como las convulsiones (que son las más frecuentes a nivel neurológico), las cardiopatías, y alteraciones respiratorias, ortopédicas, u oftalmológicas. Se informa también sobre los medicamentos y las prescripciones del caso. En el caso de niños con este tipo de antecedentes es evidente la importancia que tiene la información y comunicación con las instancias médicas que sobre el niño se pudiera requerir.

En este aspecto, aunque la D.G.E.E. tiene contemplado al médico como parte del equipo interdisciplinario que apoya el trabajo de intervención temprana, en la escuela a la que estoy incorporada así como muchas otras a nivel de estado y de país, carecen de dicho profesional, por lo que la relación se entabla con el médico de la institución

del Sector Salud al cual pertenezca el menor, o en su defecto a la cual se canalice por parte del área de trabajo social

Otro de los requisitos indispensables es el acta de nacimiento para verificar que el niño cuente con una edad de entre 40 días de nacido y 4 años.

4.2. FASE DIAGNÓSTICA.

En esta etapa se establece una evaluación diagnóstica en base a los lineamientos de la D.G.E.E. a través de lo siguiente:

- Realización de actividades propiciando respuestas en los niños.
- Aplicación de la Guía de Intervención Temprana y P.A.C.
- Identificación de niños de alto riesgo y riesgo establecido
- Reconocimiento de algunas características que favorezcan u obstaculizarán los avances de los niños
- Identificación de los niños que requieren atención complementaria

A. Realización de actividades propiciando respuestas en los niños.

Para el diagnóstico sobre el desarrollo del niño es importante la observación y evaluación de las conductas que el menor realiza de manera espontánea. Sin embargo, se puede también inducir al niño a presentar respuestas ante estímulos y situaciones dadas a fin de ubicar con mayor precisión la etapa de desarrollo a la cual corresponde

B. Aplicación de la Guía para la Intervención Temprana y P.A.C.

La D.G.E.E. dentro de los llamados lineamientos tiene en cuenta que de manera insustituible se deben aplicar como instrumentos de evaluación en el nivel de intervención temprana:

- a. The Progress Assesment Chart (P.A.C.).
- b. La Guía de Intervención Temprana (DGEE 1986)

a. P.A.C. Primario.

En intervención Temprana se debe emplear el P.A.C. Primario o Primary, el cual se registra en un diagrama concéntrico dividido en rectángulos por áreas del desarrollo, de los cuales las más elementales se van agrupando hacia el centro y conforme aumenta la dificultad, se alejan de éste. El registro se realiza coloreando los rectángulos correspondientes a la conducta con azul oscuro para las adquiridas, azul claro para las que se encuentran en vías de adquisición y blanco para las que no se presentan. Contiene 130 reactivos ubicados en cuatro áreas del desarrollo:

- Autoayuda que comprende comida, movilidad, aseo, lavado y vestido
- Comunicación que comprende el habla (primera vía de comunicación) y la audición intencionada (segunda vía de comunicación)
- Socialización
- Ocupación que comprende habilidad manual (movimientos finos de dedos) y agilidad (control motor burdo grueso).

Los items que contiene cada una de las áreas se encuentran en el anexo 2.

b. Guía de Intervención Temprana (D.G.E.E.).

Esta constituye otro de los elementos indispensables para la intervención temprana, evalúa cuatro áreas: cognoscitiva, social, de la vida diaria y psicomotora,

proporcionando conductas representativas para cada una, con un intervalo de un mes hasta los once meses de edad. Posterior a esto, la estructura es más amplia (véase a detalle en el Anexo 3).

La Guía a su vez se subdivide en:

- **Comportamiento Característico** Proporciona las conductas para evaluar y ubicar la edad en la cual el niño está funcionando.
- **Actividades Propuestas** Orienta sobre el tipo de actividades que se recomienda implementar en los programas para cada edad.
- **Fundamentación y Sugerencias de Intervención** Aporta elementos teóricos que sustentan el tipo de intervención, lo anterior desde una perspectiva de la escuela de Piaget.

De acuerdo a lo anterior, la SEP proporciona con la guía de Intervención Temprana elementos teórico-metodológicos, de evaluación y programación para dar apoyo en el trabajo con el niño, y dar al mismo tiempo un marco teórico que unifique el quehacer de los diferentes profesionales que intervienen en el tratamiento.

A continuación se muestra la estructura de la Guía de Intervención Temprana

COMPORTAMIENTO CARACTERÍSTICO DE:	ACTIVIDADES PROPUESTAS PARA:	FUNDAMENTACIÓN Y SUGERENCIAS DE INTERVENCIÓN DE:
1 mes	1 mes	1 mes
2 meses	2 meses	2 a 4 meses
3 meses	3 meses	
4 meses	4 meses	
5 meses	5 meses	5 a 8 meses
6 meses	6 meses	

7 meses	7 meses	
8 meses	8 meses	
9 meses	9 meses	9 a 11 meses
10 meses	10 meses	
11 meses	11 meses	
12 meses		
12 a 17 meses	12 a 17 meses	
18 a 23 meses	18 a 23 meses	
2 años	2 años	2 años
3 años	3 años	3 y 4 años
4 años	4 años	

Cuadro No. 11 Estructura de la Guía de Intervención Temprana

Para realizar la evaluación se debe de tomar en cuenta primeramente la edad del niño, así como propiciar las condiciones para que se presente el comportamiento característico. Se continúa con el nivel inferior de edad consecutivamente hasta ubicar la etapa en la cual el niño logra todas las conductas, denominando a esta como Edad Base, misma que se debe de determinar en cada una de las áreas.

Al ubicar el comportamiento del niño en las edades parciales del desarrollo se elabora una gráfica de barras en donde se representa la información obtenida para observar como están funcionando las diferentes áreas y los desfases que se presentan con respecto a la edad cronológica.

La evaluación de la Guía de Intervención Temprana se encuentra especificada para realizarse formalmente de manera obligatoria por lo menos en tres ocasiones durante el ciclo escolar, siendo estas en septiembre, enero y junio, sin embargo los avances se pueden ir registrando conforme se vayan observando a fin de mantener una evaluación continua.

C. Identificación de niños de alto riesgo y de riesgo establecido.

La diferenciación entre niños de alto riesgo y riesgo establecido se determina teniendo en cuenta los antecedentes médicos que presenta la familia en el momento de la inscripción, así como la observación directa de las condiciones que presenta el niño en su asistencia diaria. Aquí cabe resaltar que el mayor porcentaje de niños que se atienden pertenecen al grupo de riesgo establecido, lo cual al parecer se debe al poco conocimiento que se tiene a nivel general sobre la intervención temprana.

D. Reconocimiento de algunas características que favorecen u obstaculizan los avances de los niños.

En este aspecto se contemplan algunas características, que van desde las mismas condiciones del problema en el niño (tipo de riesgo x severidad), hasta cuestiones ajenas a él como la aceptación, negación, sobreprotección o falta de compromiso familiar para proporcionar una atención sistemática.

E. Identificación de los niños que requieren atención complementaria.

Debido a sus condiciones de riesgo es muy frecuente que los niños de intervención temprana presenten algún tipo de afectación o compromiso orgánico, por lo cual es importante identificarlo y dar seguimiento a su evolución, así como a las implicaciones en el desarrollo del niño.

4.3. FASE DE INTERVENCIÓN.

En esta fase se proporciona tratamiento a los alumnos a través de realizar las siguientes actividades:

4.3.1. Elaboración del programa individual de tratamiento.

4.3.2. Establecimiento de metas acordes al desarrollo de los niños.

4.3.3. Realización de trabajo con los padres de los niños.

4.3.4. Atención Complementaria

4.3.1. Elaboración de programa individual de tratamiento.

La importancia de los datos obtenidos en la evaluación esta relacionada con los programas de desarrollo a implementar en cada niño en particular, ya que se basa en la etapa real de desarrollo del niño y no en la edad cronológica del menor.

El P.A.C. y la Guía de Intervención Temprana son entonces los instrumentos que van a mantener dos funciones: evaluar y proporcionar elementos para dar inicio al programa de intervención.

El programa se estructura considerando las áreas cognoscitiva, psicomotora, social y de la vida diaria, manteniendo esta división más para fines prácticos, pues como ya se ha venido mencionando reiterativamente, la finalidad de la intervención temprana es considerar de manera global el desarrollo.

Los objetivos del programa van a estar dados entonces por el nivel de desarrollo de cada área que pueden ser o no uniformes a los desempeños reales, para lo cual las metas ha establecerse deben de ser acordes a estas.

Así, si un niño se encuentra funcionando en el área cognoscitiva en una edad base de 4 meses de acuerdo a la Guía de Intervención Temprana, lo procedente es el programar y estimular las actividades que conduzcan al niño a llegar al nivel inmediato superior, o sea, a un nivel de desarrollo de 5 meses. De otra forma, si en el área de ocupación del P.A.C., realiza de manera espontánea hasta la conducta marcada con el número 32 que se refiere a pasarse cosas de una mano a otra, se deberán programar en esta área las siguientes conductas que serían las 33, 34, 52, etc.

Como ya se mencionó anteriormente el P.A.C y la Guía de Intervención se encuentran estructuradas, secuenciadas y organizadas de acuerdo a la complejidad de la conducta, se obtienen así mismo tres tipos de observaciones conductas logradas, en vías de lograrse y no logradas.

Por tanto el programa de intervención debe iniciarse reforzando las conductas que ya se encuentran instaladas, para continuar por consolidar los comportamientos que se encuentran en vías de lograrse, y posteriormente iniciar a instalar la conducta de complejidad inmediata superior que no se encuentre presente aún en el repertorio del niño. El repertorio con que cuenta el niño a su ingreso a la escuela, va a dar las precurrentes iniciales a tomar en cuenta para iniciar la programación siguiente.

De esta manera, al ir evaluando y diagnosticando al niño, se van especificando las metas siguientes a lograr en el plan de trabajo. Asimismo, se pueden detectar de manera general las áreas que se encuentran más afectadas o las que no presentan algún tipo de alteración.

En el anexo I se detallan los comportamientos característicos, así como las sugerencias de actividades contenidas en la Guía de Intervención Temprana mismas que sirven de base para la implementación del Programa de Intervención.

4.3.2. Establecimiento de metas acordes al desarrollo de los niños.

El alumno es el punto de partida y la finalidad del Programa de Desarrollo, por tanto, los logros en cuanto al programa deben ser evaluados sistemática y continuamente. Teniendo a la evaluación como un medio para (D.G.E.E., 1987):

- a) Determinar la eficacia del programa para replanificar en caso necesario.
- b) Planear las metas inmediatas a conseguir.
- c) Grado de evolución, ritmo de desarrollo y avances logrados.

d) Participación y colaboración de la familia.

La evaluación es entonces entendida como un proceso de retroalimentación en el que se contempla el desarrollo del niño, las acciones educativas y la participación familiar.

En este sentido y de acuerdo a las características del niño y de la familia se pueden implementar:

- **Trabajo en subgrupos:** Se forman éstos a partir de la integración de pequeños subgrupos en los que se busca el tratar de "homogeneizar" los grupos en base a los niveles de desarrollo real de los alumnos, con lo cual muchas veces se retroalimentan ellos y sus padres

- **Trabajo individual.** Hay también ocasiones en las que de acuerdo a la problemática del niño se puede proponer un trabajo a través de sesiones individuales, o combinarlas con las subgrupales. En este caso, se podrían considerar niños de atención muy lábil, en los que de inicio la presencia de otros niños acentúa más el problema

- **Programas en casa.** Estos consideran la problemática socioeconómica de la familia, así como la dificultad y distancia para desplazar al niño. Aquí el trabajo se debe realizar de manera muy estrecha con la familia y hacer un seguimiento periódico de los avances del niño

4.3.3. Realización de trabajo con los padres de los niños.

El trabajo con padres es de primordial importancia teniendo en cuenta que el niño pasa la mayor parte del día en casa y que su asistencia a los grupos de intervención temprana se reduce a un tiempo promedio de una hora y media al día. Por otra parte, se tiene que el posible éxito o fracaso del programa va a estar en

parte determinado por la participación de la familia. De los padres, el que asiste de manera más frecuente al grupo es la madre, y ocasionalmente el padre.

En este sentido el trabajo con padres contempla diferentes aspectos:

- **Orientaciones prácticas para el mejor desarrollo del niño.** En este aspecto se abarcan las metas contenidas en el programa de desarrollo, aspectos a estimular, juegos, rutinas de alimentación, baño y ejercitación. Aquí, se trabaja también la información sobre las condiciones reales del alumno así como sus implicaciones a nivel evolutivo

- **Orientaciones motivacionales para la dinámica de convivencia diaria con el niño.** En este punto se ayuda a los padres a rescatar las emociones que se han generado debido a y para con el niño. Aquí se hace hincapié en que el alumno es ante todo, un niño, con las mismas necesidades que cualquier otro niño. Asimismo, se centra como punto coincidente del trabajo de padres y escuela, el desarrollo de éste en la forma más armónica y sana posible. Se propicia para esto, el desahogo de las tensiones personales y hasta familiares y sociales a causa de la problemática del infante. Se introducen también actividades de juego, pláticas y caricias para éste, situación que muchas de las veces se observan ausentes en la dinámica. En este sentido se persigue como propósito una aceptación más consciente del niño y su problemática. Hasta cierto punto este trabajo se refiere en parte a aspectos terapéuticos que se basan en la relación de rapport entre los padres y el maestro.

- **Orientaciones motivacionales para la dinámica familiar.** Este aspecto se relaciona estrechamente con el anterior, ya que en la medida que los padres acepten la presencia y situación del niño con problemas, en esa medida estarán generando la aceptación del resto de la familia y de la comunidad más cercana en general.

- **Trabajo en grupo de padres.** La identificación de problemáticas similares, la retroalimentación de los objetivos planteados para los niños, la reflexión de inquietudes

en los padres, etc., son algunos de los aspectos que se plantean en las reuniones que se realizan de manera sistemática con los padres, lo anterior bajo el rubro de "Junta de padres".

En este sentido el psicólogo frente a grupo necesariamente cumple la función de organizador y moderador, llevando para esto objetivos centrales y temas de reflexión. La importancia de estas reuniones radica en el hecho de que los padres pierden el sentimiento de soledad y en muchas ocasiones encuentran respuesta a problemas existenciales con ayuda del grupo. Aquí se propicia la relación y apoyo por empatía.

- **Trabajo de padre a padre.** Se ha podido observar que hay madres que a nivel de trabajo en el programa de desarrollo y/o a nivel personal se encuentra en condiciones de apoyar o auxiliar a otra madre, se propicia entonces el acercamiento entre ambos padres.

El resultado de trabajo realizado con padres puede irse evaluando paulatinamente y de manera concreta conforme al trato diario con su hijo (acercamiento, caricias, verbalizaciones, participación, explicación a otros padres sobre el trabajo a realizar con el niño). Asimismo, se puede evaluar en cuanto a la relación y contenido temático de sus participaciones con otros padres, de las relaciones con su hijo, con su pareja, con la familia o a sí mismo.

De esta manera, se puede tener en cuenta la necesidad de solicitar apoyo al área encargada de Trabajo Social y/o Psicología dependiendo de la problemática. Asimismo, en casos extremos se prevé la posibilidad de canalización a otras instituciones para recibir atención psiquiátrica, o de psicoterapia de pareja o individual.

4.3.4. Atención Complementaria.

Con el término de atención complementaria identificamos la necesidad del cuidado necesario para el mejor desarrollo del niño y que no se da por parte de la Educación

Especial Esta atención no se considera de ninguna manera como secundaria, sino que presenta la misma importancia que la intervención temprana en el futuro del niño

En este sentido, se debe reflexionar sobre la responsabilidad compartida que tiene y que puede favorecer o frenar las posibilidades de un individuo en proceso de desarrollo. Por tanto, en la medida en que se valore recíprocamente la participación del otro, se logran objetivos de manera conjunta.

Así, la oportuna orientación por parte de los médicos a los padres de los niños de alto riesgo y riesgo establecido, para la intervención temprana, puede constituir la diferencia que determine el futuro del niño.

La atención médica es considerada en este aspecto como indispensable, sobre todo en aquellos niños en los que el factor orgánico se encuentra severamente comprometido

Cabe mencionar que en algunas ocasiones las indicaciones y contraindicaciones médicas, condicionan en algunos aspectos el trabajo en los programas de desarrollo. Tal es el caso que se presenta en cierto tipo de cardiopatías, luxaciones de cadera, etc en donde se restringen algunos tipos de actividad y esfuerzo físico

Por otra parte un acertado control neurológico, una intervención quirúrgica o la implementación de auxiliares auditivos o visuales van a posibilitar un mejor acceso a la estimulación que se proporciona.

Aunque la D.G.E.E. considera como indispensable contar con un reporte médico que considere estos aspectos y los orgánicos, no siempre se tiene éste, por lo que el psicólogo frente a grupo debe estar alerta para solicitar la atención y los estudios médicos necesarios.

En conclusión, el trabajo frente a grupo conlleva diferentes aspectos que van a contribuir al desarrollo integral del niño a través de realizar lo siguiente: una

evaluación diagnóstica, plantear un tratamiento específico, evaluar constantemente los logros en base al programa, identificar problemática familiar y prever la necesidad de atención complementaria.

En referencia a lo anterior es justo reconocer que la Psicología aporta los elementos indispensables para efectuar esta tarea con eficacia

5. MUESTRA DE LOS RESULTADOS.

5.1. EVALUACIÓN DE LOS AVANCES.

Los avances se evaluaron a través de la realización de las siguientes actividades.

- Revisión de las condiciones de ingreso de los niños
- Comparación de las condiciones actuales con las que los niños presentaban al ingresar al programa de intervención
- Análisis de las causas de las dificultades que presentan los niños
- Análisis de las observaciones registradas en la carpeta de evolución.
- Solicitud de atención complementaria en caso necesario

5.1.1. Revisión de las condiciones de ingreso de los niños.

Quando el niño ingresa al Centro, se realiza una primera evaluación a través de la Guía de Intervención Temprana y del P A C Asimismo, se observa durante el primer mes al alumno y a su familia, con el objetivo de detectar la situación en la que se encuentra ésta y las relaciones que hay entre sus miembros. Ello permite obtener un panorama general del estado del niño y de su familia, en base al cual se determinan las actividades pertinentes que van a contribuir al desarrollo integral del niño

Entre tales actividades se encuentran el programa de desarrollo, el trabajo con los padres y la atención médica complementaria

5.2. MUESTRA DE LOS RESULTADOS.

A continuación se muestran dos casos a fin de ejemplificar el trabajo realizado con los niños, con sus padres y la atención complementaria en el grupo de intervención temprana. Cabe mencionar que como criterio de selección de los casos que se van a presentar se consideraron los siguientes criterios

5.2.1. Fecha de ingreso: Su estancia en la escuela debía remontarse por lo menos a 5 meses de tratamiento

5.2.2. Atención exclusiva del responsable del grupo de intervención temprana. Esto es, los niños no deberían de tener otro tipo de asistencia como terapia física o de lenguaje. Ello con el objetivo de ilustrar el trabajo que se realiza exclusivamente en el grupo de intervención temprana sin ningún otro tipo de apoyo

ALUMNO 1

Datos generales del sujeto.

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 26 de enero de 1995.

Fecha de ingreso: Diciembre de 1995.

Edad de ingreso: 10 meses.

Edad actual: 1 año, 4 meses.

APGAR: 7-8-9.

Antecedentes del caso.

La niña proviene de una familia compuesta por los padres, una hermana de 9 años y ella. Fue desecada y planeada por ambos padres.

Como antecedente de importancia, la madre refiere que después del alumbramiento, una vez que ésta se restableció, le llevaron a la niña para que la amamantara. La señora comentó a la enfermera que esta no se había alimentado porque no tenía leche aún. Al egresar de la institución hospitalaria, le entregaron a la niña dormida y así continuó hasta que la madre se alarmó y regresó al hospital del IMSS. En el camino a este, la niña empezó a convulsionar.

El diagnóstico médico que se dio fue de convulsión por hipoglucemia causada por la falta de alimento. Estas crisis se repitieron dos ocasiones más en los siguientes dos meses. La niña presentaba también estrabismo discreto del ojo derecho. Desconociéndose el hecho de si nació así o esto fue producto de las convulsiones. Como tratamiento farmacológico para controlar las crisis convulsivas se le prescribió Epamin Suspensión. A su ingreso a la escuela ya era atendida en los servicios médicos de Pediatría, Neurología y Oftalmología del IMSS. A pesar de estar tomando el fármaco anticonvulsivante, la niña convulsionó en tres ocasiones durante el tiempo que llevaba asistiendo al centro, incluida una crisis en el mes de diciembre.

En relación a esto, los padres comentaron que ellos mismos investigaron sobre el lugar en donde se les podría ayudar dadas las condiciones que presentaba la niña. También mencionaron, que los médicos tratantes no les proporcionaron la información y orientación necesaria, quienes únicamente les dijeron que presentaba un desfase significativo en su desarrollo.

Estado inicial observado.

En el momento de ingreso al Centro, los brazos de la niña se encontraban flexionados y paralelos al cuerpo. Asimismo, no podía mantenerse sentada y sus piernas y pies no presentaban la fuerza suficiente para mantener la bipedestación. Mostraba aún el reflejo de prensión palmar el cual no debía estar presente para su edad cronológica, lo que no le permitía tomar objetos con las manos. La madre comentó que una de las sugerencias recibidas por parte del médico familiar de la clínica del I.M.S.S. era la de colocar una férula de yeso en ambas manos con el fin de que la niña las mantuviera abiertas y así posteriormente pudiera sostener objetos. Dicha recomendación era inadecuada dado que inmovilizaría las manos de la niña restringiéndole aún más el contacto y motivación a tomar los objetos.

El informe médico corroboró los antecedentes de la niña y no planteaba ningún tipo de restricción para la ejercitación y el trabajo físico.

Actitud de los padres ante el problema.

La actitud de los padres era de atención, participación y compromiso. Sin embargo, la madre mostraba mucha tensión y se encontraba temerosa y renuente ante la niña y ante las madres de los otros niños que asistían al grupo por lo que se mantenía callada.

Evaluación inicial.

Al realizarse la evaluación de la niña a su ingreso al grupo de intervención temprana se obtuvieron los datos del cuadro número 12.

Es evidente según los datos anteriores, que el área más afectada al ingreso era la Psicomotora con un retraso del 50 %, para continuar con la Cognoscitiva y de la Vida Diaria con un 40%. El área que presentaba menos desajuste fue la Social con tan sólo un 10%.

La poca movilidad de manos y brazos, conductas pertenecientes al Área Psicomotora, se encontraba interfiriendo el desarrollo de las áreas Cognoscitiva y de la Vida Diaria, al limitar la experiencia física de contacto, manipulación, movilidad, causalidad, que los niños presentan como primer elemento de interacción entre el medio y su propio cuerpo.

ÁREA	EDAD	% DE DESAJUSTE
Área Psicomotora	5 meses	50 %
Área Cognoscitiva	6 meses	40 %
Área de la Vida Diaria	6 meses	40 %
Área Social	9 meses	10 %

CUADRO 12. Resultados de la primera evaluación del alumno 1.

Programa de intervención.

En base a la evaluación inicial se elaboró el programa de intervención que comprendía 3 aspectos:

A. Programa individual. Para la elaboración de éste se tomó en cuenta la edad base de la niña en las diferentes áreas de acuerdo a la evaluación inicial realizada. En éste se dio especial hincapié a las experiencias y ejercitación que condujeran a favorecer la movilidad manual, liberación de brazos, fuerza en espalda, cadera y piernas, así como movilidad en pies.

B. Trabajo con la familia. Éste tenía por objetivo lograr el desahogo de la tensión de los padres, especialmente de la madre, para que de este modo centrara sus esfuerzos en las técnicas de intervención, más que en su ansiedad. Esto se logró a través del trabajo de orientación práctica en el que se le daban las indicaciones sobre lo que debía de hacer para el desarrollo de la niña. A lo largo de las sesiones de orientación se inducía a la señora de

manera individual a comentar sus inquietudes. Por otra parte, también se fomentó la relación interpersonal en el trabajo de grupo con otros padres al reflexionar sobre sus inquietudes y problemas y dando apoyo emocional y sugerencias de solución.

C. Seguimiento de la atención Neurológica y Oftalmológica. Esta tuvo como objetivo conocer las condiciones de la niña a fin de ponderar ante los padres el beneficio de este tipo de atención para las mejores condiciones orgánicas y de respuesta de la niña.

El trabajo se inició en el mes de enero, motivando a la madre para que participara. Posteriormente se observaron los cambios tanto en la conducta de esta como en las respuestas de la niña. En este sentido, cabe resaltar, que los avances que se iban presentando, reforzaban no sólo a la propia niña sino también la participación de la familia.

El programa se evaluaba de manera continua de acuerdo a los resultados obtenidos a través de las observaciones diarias del trabajo efectuado.

En el mes de Junio cuando la niña contaba con una edad cronológica de 15 meses se llevó a cabo la evaluación formal utilizando el P.A.C. Primary y la Guía de Intervención.

Cabe mencionar que en este mismo mes la niña fue sujeta a evaluación por parte de los servicios de Neurología y Atención del niño Sano del I.M.S.S. en donde se le dio de alta por presentar un nivel de maduración similar a su edad cronológica. Este hecho corroboró los resultados obtenidos de la evaluación efectuada en el grupo de Intervención Temprana. El cuadro número 13 muestra el concentrado de los resultados obtenidos de dicha evaluación.

En dicho cuadro se puede observar que el área Cognoscitiva aún presenta un retardo de 5 meses (26.66%) con respecto a su edad cronológica, sin embargo cabe mencionar que el siguiente rango a cubrir es el correspondiente al suyo o sea el de 12 a 17 meses, por lo que sólo se encontraba un rango abajo de su edad real

AREA	Cognoscitiva	Social	Vida Diaria	Psicomotora
Comportamiento al ingreso	6 meses	9 meses	6 meses	5 meses
Desfase	4 meses	1 mes	4 meses	5 meses
Porcentaje de desfase	40	10	40	50
Comportamiento a los 6 meses	11 meses	12 a 17 meses	12 a 17 meses	12 a 17 meses
Desfase	5 meses	0	0	0
Porcentaje del Desfase	26.66	0	0	0

CUADRO 13. Concentrado de datos de la evaluación del P.A.C. y de la Guía de Intervención Temprana del alumno 1

Aquí queda como incógnita la discrepancia entre los instrumentos de evaluación de los servicios del IMSS donde se reporta un 100% de respuestas adecuadas a su edad en todas las áreas evaluadas, contra los empleados por la D.G.E.E. que son los que se utilizan en la escuela donde laboro y que arrojaron un desfase del 26.66% únicamente en el área cognoscitiva.

Sin embargo, los resultados son más que evidentes del progreso de la niña debidos al programa de intervención temprana aún con el desfase del área cognoscitiva, lo que demostró la efectividad de este

Aquí se deben de destacar algunos aspectos gracias a los cuales los resultados fueron tan benéficos

- La niña contaba con menos de un año de edad, periodo en el cual la plasticidad del sistema nervioso ayuda a que una zona no dañada asuma las

funciones de otra dañada (Azcoaga, 1979; García, 1992) cuando se recibe la estimulación adecuada en el tiempo indicado

- b. La niña se encontraba en un "Periodo Crítico", lo cual propició la efectividad del programa de intervención temprana implementado (Bowlby, 1985; Cabrera, 1987). En éstos el sistema nervioso aun se encuentra en desarrollo por lo que la estimulación recibida puede sustituir las funciones de áreas dañadas con una mayor facilidad dado que aún se pueden establecer conexiones entre las estructuras nerviosas o modificar éstas (Rosenzweig y Leiman, 1992).
- c. Al parecer, la magnitud del daño no era de consideración, lo cual permitió dicha recuperación.
- d. La respuesta de participación de la familia y en específico la de la madre fue decisiva en su recuperación.
- e. La atención médica contribuyó al proporcionar un buen tratamiento que dio base para una adecuada respuesta orgánica.
- f. Neurología, cambio el medicamento de Epamin a Fenobarbital, con una dosificación ajustada al peso y edad de la niña, lo que permitió eliminar las crisis convulsivas así como mantener un buen estado de alerta.
- g. Oftalmología, efectuó la intervención quirúrgica para corregir el estrabismo del ojo derecho.

ALUMNO 2

Datos generales del sujeto.

Sexo: Femenino

Fecha de Nacimiento 27 de septiembre de 1991.

Fecha de Ingreso: noviembre de 1995

Edad de Ingreso 4 años 2 meses

Edad Actual: 4 años 7 meses

APGAR: 5-5-6.

Antecedentes del caso.

La niña proviene de una familia compuesta de ambos padres, una hermana de 8 años y ella. La menor presenta como antecedente Síndrome de Sturge-Weber (hemangiomas capilar cerebral), el cual cursa con deficiencia mental causada por la degeneración de la corteza cerebral a causa de tumores. Este proceso se caracteriza por un hemangioma capilar en la cara o en otras partes del cuerpo, tumores asociados de los vasos sanguíneos del cerebro y manchas vinosas en cara y párpado superior. La lesión cerebral suele localizarse en el mismo lado que la lesión facial (en este caso derecho). Se presentan convulsiones que en ocasiones son graves y de difícil control y glaucoma ocular (derecho) el cual es operable cuando la lesión cerebral es limitada. Aunque hay ocasiones en que hay parálisis, en este caso no se ha presentado (Carter, 1973). Cabe mencionar que en el transcurso del ciclo escolar fue operada en tres ocasiones a causa del glaucoma (diciembre, marzo y junio).

En el aspecto médico, la menor asiste desde el nacimiento al Centro Médico La Raza, donde recibe atención en las áreas de Pediatría, Neurología, Oftalmología y Genética. Asimismo, y debido a que las citas en esa institución son muy espaciadas, realiza visitas mensuales a su clínica familiar del I.M.S.S., en donde se le proporciona el medicamento que se le ha prescrito como controlador neurológico (carbamazepina y valproato de magnesio). Usualmente, el medicamento prescrito le era proporcionado de manera insuficiente por su clínica familiar, así antes de que tocara la siguiente consulta,

éste ya se había terminado, por lo que la niña mostraba en los días en que no tenía el medicamento alterada, agresiva, ansiosa, notándose desesperada y su atención sumamente dispersa.

Los padres por su parte investigaron sobre una escuela de educación especial, ya que anteriormente asistían únicamente a rehabilitación física donde fue dada de alta al conseguir una marcha y movilidad independiente a la edad de 3 años 6 meses, por lo que en La Raza se le sugirió ingresar a educación especial para continuar con su desarrollo. De esta manera, llegó al servicio buscando inscripción en el área de Deficiencia Mental, sin embargo, al no contar con el control de esfínteres a una edad superior a los 4 años 6 meses, se le ubicó en el área de Intervención Temprana.

Actitud de los padres ante el problema.

La actitud de los padres puede referirse de la siguiente manera la conducta del padre es natural y espontánea, sin mostrar ningún tipo de restricción en su trato con ella. Por su parte, la madre al inicio se mostraba callada y ausente y atendiendo únicamente las necesidades fisiológicas de la niña pero con un escaso contacto afectivo. Asimismo, mostraba preocupación cuando la gente se quedaba viendo el lunar de la niña, por lo cual ha tratado hasta la fecha de investigar sobre algún tipo de operación que lo desapareciera.

Evaluación inicial.

El comportamiento característico que la niña presentaba a su ingreso al grupo de Intervención Temprana se presenta en el cuadro número 14.

Como se puede observar en dicho cuadro, el desarrollo que presenta en el área cognoscitiva y de la vida diaria corresponde al 20 %, y en las áreas social y psicomotora es del 24 % de lo que debía corresponder a su edad cronológica.

ÁREA	EDAD	% DE DESAJUSTE
Área Psicomotora	12 meses	76 %
Área Cognoscitiva	11 meses	78 %
Área de la Vida Diaria	11 meses	78 %
Área Social	12 meses	76 %

CUADRO 14. Resultados de la primera evaluación del alumno 2.

En este caso es realmente más evidente el desfase en todas las áreas con respecto a la edad cronológica, así, en contraste con el primer caso, se resalta la edad de ingreso al grupo y la magnitud del daño orgánico que presenta.

Programa de intervención.

El trabajo a realizar comprendía

- A. **Programa individual.** El objetivo de éste era ayudar a elevar las áreas del desarrollo hacia los niveles posteriores al que presentaba inicialmente, así como proporcionar las preferentes para su ingreso al nivel de preescolar especial. El programa se orientó primordialmente a que la niña trabajara en subgrupos para familiarizarla con el trabajo grupal y de dinámica escolar que se realiza con los niños.
- B. **Trabajo con la familia.** Este tuvo por objetivo que la madre tuviera un trato más afectivo con la niña, así como el que aceptara a la niña con el síndrome y las características que presentaba. Estos aspectos fueron tratados mediante pláticas y orientaciones directas e individuales, así como a través de las dinámicas del trabajo en el grupo con otros padres en el cual ella comentaba sus inquietudes y desahogaba su tensión.
- C. **Seguimiento de la atención Neurológica y Oftalmológica.** En el primer caso se debía insistir a la institución médica que se le proporcionara el suficiente

medicamento a fin de preservar las mejores condiciones de su sistema nervioso. Y en el segundo caso se debía estar al tanto de la evolución del glaucoma que presenta en el ojo derecho, así como de la capacidad visual.

Con las estrategias anteriores se inició el tratamiento de la niña a principios del mes de enero.

El siguiente cuadro proporciona el concentrado de los avances observados:

ÁREA	Cognoscitiva	Social	Vida Diaria	Psicomotora
Comportamiento al ingreso	11 meses	12 meses	11 meses	12 meses
Desfase	29 meses	38 meses	30 meses	38 meses
Porcentaje de desfase	78 %	76 %	78 %	76 %
Comportamiento a los 6 meses	18 meses	24 meses	24 meses	24 meses
Desfase	27 meses	31 meses	31 meses	31 meses
Porcentaje del Desfase	67 %	56 %	56 %	56 %
	7 meses	12 meses	13 meses	12 meses

CUADRO 15. Concentrado de datos de la evaluación del P A C y de la guía de intervención temprana.

En el cuadro anterior puede observarse que el área más desfasada es la Cognitiva misma que debido al síndrome que presenta es previsible que continúe en el mismo sentido y que inclusive llegue a deteriorarse, dependiendo esto de la actividad convulsivante, de la cual cabe comentar que en el último mes presentado tres crisis a pesar del medicamento.

En cuanto a las otras áreas aunque los resultados y las diferencias con respecto al inicio, no son tan contundentes como en el primer caso, si debe rescatarse que el

avance que tuvo le proporcionarán mayores elementos para su desenvolvimiento familiar, escolar y social futuro.

En conclusión debe destacarse que aunque los resultados fueron obviamente diferentes al primer caso, debemos tener en cuenta los antecedentes del riesgo en el niño, los programas de desarrollo, así como la edad en la cual se inicia la intervención de manera sistemática, hechos que van a marcar esa diferencia.

Aquí se deben de destacar algunos aspectos debido a los cuales los resultados no fueron tan benéficos como en el primer caso.

- a. La niña contaba con cuatro años 2 meses de edad, y a medida que se avanza en edad va disminuyendo la plasticidad del sistema nervioso (Azcoaga, 1979, García, 1992).
- b. El síndrome que presenta produce degeneración de las áreas corticales por lo que en múltiples ocasiones en lugar de avanzar van disminuyendo sus funciones. Sin embargo, en el presente caso se observaron avances probablemente debido al programa de intervención temprana llevado a cabo.
- c. La respuesta de participación de la familia y en específico la de la madre ayudó en los avances que mostró la niña, pero fue menos significativa que en el caso 1.
- d. La respuesta del organismo no fue tan favorable en relación al tratamiento farmacológico dado que la niña seguía presentando convulsiones y se le tuvo que intervenir quirúrgicamente 3 veces en relación al problema de glaucoma que presenta.

V. EVALUACIÓN.

A lo largo del procedimiento expuesto en el apartado anterior, se revisaron algunos aspectos relacionados con las necesidades educativas especiales. Este inició con la elaboración de un estudio de campo para detectar la necesidad de crear un centro de intervención temprana en el municipio de Tlalnepantla, continuó con la reseña de la apertura de un grupo de intervención temprana en una escuela de Educación Especial y finalizó con la descripción del trabajo que se realiza en un grupo de intervención temprana con niños de alto riesgo y riesgo establecido.

El propósito del presente apartado es el de llevar a cabo una evaluación de las estrategias empleadas, así como de las observaciones que surgieron en el procedimiento. De esta manera, la evaluación se articula retomando las mismas partes expuestas en éste.

I. ESTUDIO DE DETECCIÓN DE NECESIDADES.

Para efectuar la evaluación de los datos obtenidos en el rubro denominado Detección de Necesidades se debe recordar que dicho estudio se realizó en 1990 y que los orígenes de éste se encuentran en el Departamento de Educación Especial en el estado de México y en la supervisión de Educación Especial No. 8 correspondiente al municipio de Tlalnepantla.

En este punto se considera importante realizar algunos comentarios acerca de los tres tipos de demandas que establece la D.G.E.E., ya que se encontraron discrepancias entre éstas y el estudio de campo reportado en el presente trabajo.

- a. **Demanda Real.** No se contaba con una demanda inmediata o lista de espera de personas que solicitaran en ese momento el servicio de Intervención Temprana.
- b. **Demanda Potencial.** Se obtuvo a través de la estimación matemática con el factor porcentual del 2.8% que proporciona la D G E E para niños susceptibles de intervención temprana. El resultado mostró que en todo el municipio de Tlalnepantla existe una demanda potencial de 2,988 niños entre el nacimiento y los 4 años de edad con problemas de alto riesgo y riesgo establecido biológico y ambiental.
- c. **Demanda Estimada.** En este rubro se encontró que del total de nacimientos ocurridos en instituciones del Sector Salud de la zona poniente del municipio de Tlalnepantla, el 6.26 % presentaba condiciones de alto riesgo o riesgo establecido biológico.

Como se puede observar, existe una diferencia de 3.46% entre la estimación de la demanda potencial de la D G E E que es del 2.8% y el porcentaje obtenido en la demanda estimada en el estudio realizado que es del 6.26%, lo que representa más del doble de lo esperado de población susceptible de intervención temprana en el Municipio de Tlalnepantla.

En este aspecto se debe hacer hincapié, que este dato es conservador, ya que el estudio de campo realizado no fue sensible para detectar a los niños de alto riesgo biológico y ambiental posterior al nacimiento, asimismo, este trabajo no consideró a las instituciones médicas privadas de la zona poniente ni a los nacimientos de la zona oriente de Tlalnepantla (San Juan Ichuatepec). La razón para ello fue la lejanía, ya que estas zonas quedan fuera de la influencia planeada para el centro de intervención temprana que se pretendía crear.

El diseño del estudio de campo y la manera como se llevó a cabo, es algo que debe analizarse para poder explicar los resultados obtenidos en el mismo

El diseño partía del supuesto que las instituciones médicas del Sector Salud debían contar con información y/o registro de los niños de alto riesgo y riesgo establecido que hubieran nacido o hubieran recibido atención médica en dichas instituciones, tomando en cuenta que en dichos infantes se encuentra comprometido principalmente el aspecto orgánico. El diseño constaba de dos premisas principales, las que a continuación se analizan:

A. Un listado con la ubicación de las 20 instituciones médicas del Sector Salud de la zona poniente del municipio de Tlalnepantla.

Este incluía instituciones que ofrecían desde servicios considerados de primer nivel como las unidades de medicina familiar y gineco-obstetricia hasta hospitales como el General, Regional y de Especialidades

En este aspecto se esperaba encontrar mayor información y registro de este tipo de población. Sin embargo, el cuadro No 3 del Procedimiento muestra que esta expectativa fracasó, ya que de las 20 instituciones encuestadas tan sólo el 20% contaba con registro y datos sobre niños de alto riesgo y riesgo establecido. Por tal motivo, las instituciones médicas encuestadas tuvieron que ser clasificadas en dos tipos de acuerdo a la información que proporcionaron para el estudio de Detección de Necesidades, a saber:

- a. **Relevantes.** Las que proporcionan información y registro de niños susceptibles de Intervención Temprana
- b. **Irrelevantes.** Las instituciones que no proporcionan información ni llevan registro de estos niños y se interesan exclusivamente en procesos agudos orgánicos.

B. Una entrevista semidirigida.

Esta tenía por objetivo abordar los siguientes aspectos

- Identificación de las características de los niños de alto riesgo y riesgo establecido.
- Conocimiento que las instituciones tenían sobre el servicio de intervención Temprana.
- Servicio al que se canalizan este tipo de niños
- Tipo de registros que se llevan sobre estos niños y destino de los registros
- Número y clasificación de los cuneros (en caso de que existiera el servicio de gineco-obstetricia)
- Tipo de información que se da a los padres de estos niños al egreso de la institución

Los datos obtenidos a través de la entrevista practicada a los responsables de las subdirecciones médicas o jefes del área de pediatría arrojaron los siguientes resultados acerca de las instituciones encuestadas

- El 100% tienen identificadas las características de los niños de alto riesgo y riesgo establecido.
- El 80% aunque atienden niños de alto riesgo y riesgo establecido, tan solo llevan registro de los padecimientos orgánicos agudos o crónicos
- El 10% conocen del servicio que se presta en intervención temprana.
- El 10% canalizan a los niños de alto riesgo y riesgo establecido a servicios de este tipo existentes en el Distrito Federal

- El 20 % registran los nacimientos o características de los niños de alto riesgo y riesgo establecido
- El 100% de las que llevan registro de los niños de intervención temprana, prestan servicio de gineco-obstetricia
- En el 100% se prescribe seguimiento medico orgánico únicamente a los niños de riesgo establecido

Con la aplicación de la entrevista y ante las respuestas obtenidas, fue sencillo el ir identificando y separando las instituciones relevantes de las irrelevantes. En este sentido y tratando de no ser tan simplista con los resultados obtenidos, el hecho de que el mayor porcentaje de las instituciones no aportaran datos trascendentes al estudio en cuestión en ese momento no significa que deban de ser desechados, ya que muestran indicadores de comportamientos y actitudes institucionales y sectoriales hacia algunos problemas y servicios ajenos a los aspectos organicos y de desarrollo integral.

Otro aspecto al que podrian contribuir estos datos es a presuponer que probablemente existe un mayor numero de niños de alto riesgo y riesgo establecido que no fueron detectados por este estudio y con los cuales la estimacion porcentual de la D.G.E.I. del 2.8% quedaria muy por debajo de la existente en la realidad. Ello conllevaria a abrir un campo en el que la Psicologia puede incidir de manera muy importante a nivel de difusión, prevencion, tratamiento, cambio de actitudes, etc. relacionado al area de la intervencion temprana.

Aunque los datos obtenidos en este estudio son impactantes y el Estudio de Detección de Necesidades avalaba en si mismo la necesidad de la creacion de un centro de intervencion temprana, el entonces presidente municipal de Tlalnepantla argumento que no se contaba en propiedad con un terreno de las dimensiones requeridas y que no se podia aplicar el presupuesto municipal en comprar uno puesto que habia necesidades mas urgentes que cubrir. Por ello, no se pudo llevar a cabo la construccion de dicho centro.

De lo anterior podemos concluir, que a este tipo de problemática no se le considera prioritaria quizá por que no constituye algo cuyas consecuencias a corto y mediano plazo se puedan vislumbrar

2. APERTURA DE UN GRUPO DE INTERVENCIÓN TEMPRANA.

Con respecto a la apertura de un grupo de intervención temprana, la estrategia que se llevó a cabo consistió en visitar 3 de las 4 instituciones relevantes al estudio de campo efectuado, excluyéndose el Hospital de la Mujer para difundir el servicio de intervención temprana

El resultado de la difusión fue que se recibieron los alumnos necesarios para incrementar un grupo de intervención temprana, así como abrir otro grupo ya, considerando un cupo máximo de 20 alumnos por grupo. A la fecha, debido a la demanda que el servicio de intervención temprana tiene se cuenta con una lista de espera para este servicio la que no se ha podido cubrir debido a la falta de recursos

Los datos obtenidos en esta fase del trabajo se muestran en el cuadro No 9 del Procedimiento, en donde se puede observar, que del total de nacimientos en las instituciones visitadas, el 5.0% requiere de un trabajo sistemático de intervención temprana, confirmandose aquí nuevamente que la estimación porcentual de la D.G.E.E. del 2.8% volvió a ser superada por la realidad

Así, debe entonces evaluarse la eficacia de la estrategia implementada y los resultados obtenidos, considerando dos aspectos importantes:

- a La eficacia de la estrategia con respecto al objetivo inicial de incrementar en uno los grupos de intervención temprana fue superada ya que a la fecha la meta esperada fue cubierta y la demanda continúa presentándose a pesar de que tan sólo se visitó en una ocasión a las instituciones del Sector Salud para dar difusión al servicio de intervención. Este indicador nos muestra que

los servicios médicos se mostraron mas receptivos y abiertos a reconocer la problemática de estos niños y a canalizar a su población a instituciones de tipo educativo Cabe mencionar que se consideró que con una visita a las instituciones era suficiente puesto que el objetivo inicial era abrir un grupo y no el de sensibilizar para que enviaran a toda su población, puesto que no se cuenta con la infraestructura ni el apoyo económico para dar cabida a toda ella.

- b. Los objetivos con respecto a las características de los niños inscritos muestran que de los 20 inicialmente inscritos, tan solo 1 (5%) de ellos era de alto riesgo, presentando el grueso de la demanda (95%) algún tipo de riesgo biológico ya establecido Estos datos nos muestran en complemento con los referidos en el inciso anterior que en el aspecto de intervención primaria o preventiva continúa siendo descuidada o menospreciada la posibilidad de que se presente algún tipo de secuela

3. TRABAJO EN EL GRUPO DE INTERVENCIÓN TEMPRANA.

Para evaluar el trabajo en el grupo de intervención temprana se estructuraron los datos teniendo en cuenta lo siguiente

a. Características de los alumnos

El 95% de los alumnos presentan algún tipo de riesgo establecido, siendo el mas común el Síndrome de Down (15%) Tan solo el 5% (un caso) se constituía por alto riesgo (neonato de 8 meses de gestación y 45 días de nacido)

La edad en el 90% de los casos era superior a los 18 meses El 80% de los niños habían convulsionado por lo menos en una ocasión Al finalizar el ciclo escolar el 20% de los alumnos tenían edad y condiciones para integrarse al siguiente nivel

educativo, el 10% de los niños se integró al nivel preescolar regular y el 10% restante a preescolar especial.

b. Teorías del Desarrollo.

Para realizar la evaluación y perdurabilidad cualitativa del trabajo realizado con los niños del grupo de intervención temprana, es necesario retomar algunos aspectos generales de las teorías del desarrollo, tales como

- El desarrollo es un proceso que abarca desde la concepción hasta la muerte.
- El desarrollo se da a partir de un bagaje biológico y de la interacción con el medio ambiente
- El desarrollo se presenta como una sucesión lógica e invariable de etapas, cada una de las cuales es el precedente de la siguiente
- Cada etapa supone un grado de organización superior a la anterior.
- El desarrollo se da de lo más simple a lo más complejo
- La maduración y el crecimiento son factores importantes del desarrollo que permiten a los individuos adaptarse a su ambiente
- El desarrollo físico se da también con un orden lógico establecido filogenéticamente
- El desarrollo implica un constante cambio lo que conlleva un proceso de plasticidad.

En este sentido y volviendo a la evaluación del trabajo en grupo, y así como las teorías del desarrollo permitieron dar base al marco conceptual, de la misma manera estas teorías han evidenciado que el desarrollo se da en línea progresiva, y que en ciertas circunstancias por demás traumáticas podrían presentarse pautas que desembocaran en una involución o regresión del desarrollo.

De esta manera debemos entonces mencionar los factores que permitirán que los niveles alcanzados se mantengan y continúen en progresión, entre los que se encuentran los siguientes:

- Que el diagnóstico sea acorde a la situación del niño
- Que el programa de intervención temprana a desarrollar se elabore en base a las necesidades específicas del niño
- Que el ambiente en el que se desenvuelve el niño se vea enriquecido
- Que la estimulación proporcionada este acorde al momento evolutivo y las condiciones del niño
- Que exista la participación de los padres, a fin de dar continuidad a la estimulación basado en los lazos afectivos presentes

También se debe de considerar la existencia de factores que pueden contrarrestar los niveles de desarrollo, como es el caso de problemas de riesgo establecido por daño orgánico presente, privación ambiental, desnutrición, intoxicación, etc.

Ahora bien, se debe analizar y discutir que ambos factores se encuentran presentes en algunos niños los beneficios y los perjudiciales. Por que si bien es cierto, que éstos se encuentran ahora integrados a un programa de intervención temprana donde hay participación y motivación de los padres y con una atención médica adecuada; también es cierto, que el grado de compromiso orgánico y social proveen la posibilidad de una involución. De esta forma, la perdurabilidad del beneficio va a depender en gran medida del bagaje biológico y ambiental con que siga contando el niño en cuestión.

Para ello, los servicios escolares que apoyan su desarrollo deben incidir oportunamente. En nuestro caso, el Área de Lenguaje integro a terapias subgrupales al 20% de los alumnos y el 80% de las madres asistió a la Escuela para Padres en la

que se dieron pláticas de orientación sobre diversos temas de interés por parte de Trabajo Social y Psicología

En relación a las características de las familias y de acuerdo a los resultados obtenidos, se pudo observar que el total de los niños provenían de hogares de clase socioeconómica media y media baja con ingresos mensuales promedio inferiores a tres salarios mínimos (mil quinientos pesos) y una media familiar de 4 personas. El 100% de los alumnos y sus padres son derechohabientes de alguna institución del Sector Salud y nacieron en medios hospitalarios dependientes de este. El promedio de escolaridad de los padres es de 6º grado de primaria, aunque también hay padres profesionistas (1), con carreras comerciales (2) y analfabetas (1). Finalmente se encontró que el 100% de los padres desconocía lo que era la intervención temprana hasta que llegaron a la institución.

Por otro lado, los servicios complementarios que proporcionan las instituciones son relevantes para el desarrollo integral de los niños. En nuestro caso, el 100% de los alumnos recibe atención médica complementaria para vigilar que se de un desarrollo orgánico vital más adecuado.

Los servicios médicos a los que asisten los niños con mayor periodicidad son: Medicina Familiar (100%) y Neurología (80%). En algunos casos se hace necesaria la atención de otras especialidades como Oftalmología, Cardiología y Odontología.

Anteriormente a su ingreso a la institución el 15 % de los niños había asistido a Rehabilitación Física en otra dependencia.

VI. ANÁLISIS.

El presente Reporte Laboral ha girado en torno a dos temas principales mismos sobre los que se estructurará este apartado.

1. ESTUDIO DE CAMPO.

Al incluir en este reporte laboral el estudio de Detección de Necesidades, el primer objetivo fue el de rescatar y exponer los resultados obtenidos en el estudio de campo, mismos que a simple vista representan números y datos de trascendencia relativa. Sin embargo, todos ellos conllevan una muestra de lo que está sucediendo en nuestro país con niños reales, los cuales ven menguada su expectativa de desarrollo.

El diseño del estudio de campo a la luz de la observación de los académicos universitarios puede tener muchas fallas en su estructura y conformación, pero los datos y los niños en cuestión son reales, así como la urgencia de una atención articulada entre padres, psicólogos, neurologos, trabajadores sociales, etc

La implementación del estudio de campo ha sido de gran utilidad a pesar de las fallas metodológicas que presentó, tanto en el momento de su realización en 1990 para comprobar la necesidad de crear un centro de intervención temprana como a la fecha para captar alumnos y abrir nuevos grupos

Otros aspectos para los cuales ha servido es para mostrar algunos puntos ciegos de algunos sectores de la sociedad, como por ejemplo

1.1. Errores en apreciaciones de cálculo.

La D.G.E.E. considera que el 2.8% de niños entre el nacimiento y los 4 años de edad presentan necesidad de intervención temprana, sin tener en cuenta que la U.N.I.C.E.F. para países con mayor grado de desarrollo económico y tecnológico y por ende con menos carencias considera el 3%.

1.2. Falta de Difusión a nivel masivo y sectorial sobre el Servicio de Intervención Temprana.

La D.G.E.E. y la propia SEP han descuidado este aspecto y en consecuencia menospreciado la labor que se realiza en intervención temprana y por tanto no han tenido en cuenta que al hacer esto han contribuido a privar a un gran número de niños de la atención primaria (para atenuar o inhibir la aparición de impedimentos), hecho que pudo haber redundado en un menor fracaso escolar en los niveles regular y especial, así como en un menor costo social a futuro.

1.3. Desconocimiento casi general del Sector Salud sobre la Intervención Temprana.

El hecho de que en éste sector se palpe desde el nacimiento la problemática que el niño presenta y que se comprueben las secuelas que quedan, implica una responsabilidad que debería asumir y compartir con las instituciones donde se preste el servicio de intervención temprana.

1.4. Detección oportuna de alteraciones que inciden en el desarrollo.

Gracias a la investigación y avances científicos y tecnológicos se han venido incrementando también los métodos y estrategias para la detección y prevención de algunos hechos que al presentarse en el individuo producen en él alteraciones en su

desarrollo. De esta manera, actualmente se cuenta con diversos medios para prevenir y detectar dichas anomalías, entre los que se encuentran los siguientes

- Estudios genéticos para detectar trastornos cuyo origen se encuentra en los genes
- Control en la ingestión y contacto con algunos agentes teratógenos que producen alteraciones tales como ciertos medicamentos, rayos X, drogas, plomo, etc.
- Pruebas de grupos sanguíneos para prevenir problemas en el caso de incompatibilidad del factor RH
- Pruebas de ultrasonografía para detectar malformaciones físicas y orgánicas en el feto
- Prueba de amniocentesis para detectar aberraciones cromosómicas.
- Aplicación de vacunas en la mujer para evitar enfermedades como la rubéola que dañan al feto en el momento del embarazo
- Control y seguimiento periódico para vigilar las condiciones orgánicas de la madre y el desarrollo del feto
- Exámenes de sangre y orina del recién nacido para detectar padecimientos como la fenilcetonuria, galactosemia, hemofilia, etc
- Exámenes neonatales de desarrollo

El desarrollo del ser humano es un tema que a través del tiempo ha sido el punto de partida de diferentes ciencias y diferentes estudiosos, mismos que han abordando el tema desde diferentes perspectivas

Los aportes de ciencias como la Genética, Neurología, Bioquímica y Psicología entre otras, han permitido ahondar en explicaciones cada vez más precisas sobre el desarrollo de un individuo a lo largo de toda su vida. Así, aunque cada una de éstas

disciplinas mantiene un punto de vista específico, todas tienen como punto de convergencia al hombre.

Por otra parte y a pesar de todos estos avances, se continúan presentando eventos que alteran o pueden alterar el desarrollo del niño, para los cuales disciplinas tales como la Psicología, Neonatología, Neurología y Rehabilitación Física, entre otras, cuentan con los medios indispensables para proporcionar una atención precoz a través de recursos médicos, programas de desarrollo y técnicas de rehabilitación, los cuales mantendrán un nivel de eficacia mayor, en cuanto más temprana sea la detección.

Sin embargo, y a pesar de esto, los aspectos de prevención, detección y canalización para un tratamiento inmediato, no se llevan a cabo de manera sistemática, ni cultural en sectores de la sociedad como el familiar, escolar y de la comunicación masiva.

Asimismo y en situaciones más específicas como en los ambientes hospitalarios tanto públicos y privados, no se cuenta en todos los casos con los niveles de eficacia e información necesarios para prevenir y canalizar problemas específicos que inciden en el desarrollo.

De esta manera, podríamos ir enumerando las carencias económicas, sociales y culturales que continúan haciendo estragos en el desarrollo de algunos sectores de la sociedad, mismos que se encuentran de por sí en una situación de riesgo vital.

Es por tanto, desalentador pensar en la cantidad de niños e individuos que pudieron haber cambiado su perspectiva ante la vida de haber recibido una orientación y/o atención temprana.

Sin embargo, es un consuelo observar como hay lugares en los que se apoya a los niños de alto riesgo y riesgo establecido, así como a sus familias, aunque esto sea de manera reducida, teniendo en cuenta los casos que requieren atención.

2. TRABAJO DE INTERVENCIÓN TEMPRANA.

La propuesta de trabajo en intervención temprana propuesta por la D.G.E.E. está basada en la orientación a los padres para llevar a cabo un programa de tratamiento considerando el conocimiento, apego y convivencia con los niños.

Los padres y sobre todo la madre que es quien regularmente participa, se constituyen en el medio con el que van a interactuar básicamente los niños y que les va a proveer de la estimulación afectiva y social necesaria.

Al respecto, Wallon (1951) menciona que el medio más importante en lo que al desarrollo humano se refiere es el medio social y no el medio material. Eso no significa que los objetos y estímulos no sean importantes, significa que la relación que con ellos mantienen los niños está en gran parte mediada por la intervención de los adultos.

Sin embargo, cabe entonces cuestionar sobre el cómo se logran los cambios con la intervención temprana y porque no se dieron antes, si el niño contaba con los mismos padres y se encontraba en el mismo ambiente, ante lo cual Palacios y col (1991) comentan "No toda interacción social es promotora de desarrollo, sino solo aquella que se realiza de manera tal, que permite al niño partir de donde está para con la ayuda y los apoyos adecuados, ir un poco más lejos. Por tanto, la importancia del maestro de intervención temprana consiste en ir guiando y estimulando la participación y relación afectiva y de interacción con los estímulos de los padres para con el niño, teniendo en cuenta su nivel de maduración biológica o calendario madurativo".

En este sentido, debe recordarse también que el ser humano en general posee un calendario biológico que lo caracteriza y que el desarrollo requiere de una maduración previa para que pueda alcanzar determinadas funciones.

Los estudios relacionados con el desarrollo infantil y la interacción con el medio ambiente dan sustento a los avances observados en el grupo de intervención temprana.

Jean Piaget sostenía que la inteligencia no es algo puramente innato, sino que progresa en relación dinámica con el ambiente y los estímulos, los que pueden favorecer o entorpecer, según su calidad y cantidad.

Spitz (1950) y Gardner (1972) comprobaron el papel esencial que tiene la madre y los efectos de la carencia afectiva de esta figura.

Harol Skeels y sus colaboradores (1966) demostraron como niños retardados mentales mejoraban su nivel intelectual al ser removidos tempranamente de los orfanatos y transferidos a ambientes donde se les proporcionara afecto y mayor variedad de estímulos.

Rosenzweig y sus colaboradores (1992) encontraron claras diferencias anatómicas y bioquímicas en los cerebros de ratas estimuladas con ambientes enriquecidos. Las cortezas cerebrales de estas eran de mayor peso y tamaño y presentaban una mayor cantidad de acetilcolinesterasa, enzima que se encuentra implicada en la transmisión de los mensajes en el cerebro, que las que fueron colocadas en ambientes empobrecidos o con poca estimulación.

Davidoff (1989) comenta que la estimulación variada y compleja está asociada con el desarrollo de conexiones sinápticas entre células cerebrales.

Bernstein (1979), Hebb (1978) y Rosenzweig (1984) encontraron en ratas, que los ambientes enriquecidos son beneficios incluso para aquellas con el equivalente a retardo mental (problemas de aprendizaje a causa de defectos en la tiroides y lesiones cerebrales).

Los datos anteriores, dan entonces bases sustantivas para apoyar los avances observados en los alumnos de intervención temprana.

El trabajo que he realizado durante muchos años en el área de la educación especial me ha permitido conocer que existe un gran porcentaje de niños que presentan secuelas neurológicas por condiciones pre, peri y postnatales, las cuales se asocian a condiciones de peligro o alto riesgo o a un riesgo establecido

Ello ocasiona que muchos de estos niños no sean atendidos de manera adecuada, limitando así su desarrollo. Es por ello, que urge que se creen centros de intervención temprana, donde no sólo se realicen las evaluaciones y diagnósticos pertinentes, sino que se implementen también programas integrales de intervención temprana para posibilitar el desarrollo máximo del potencial que estos niños presentan a pesar de sus limitaciones o discapacidades.

Asimismo, el trabajo que realice en el área de intervención temprana me ha enseñado que las funciones de un psicólogo no sólo deben de ser la evaluación y el diagnóstico de niños que presenten alto riesgo y riesgo establecido, sino que además este profesionalista debe proporcionar también un tratamiento integral, en donde se pongan en marcha programas que consideren todos los factores que conforman al ser humano biológicos, psicológicos y sociales que inciden en el desarrollo de niños con este tipo de características.

VII. CONTRIBUCIONES.

Resulta claro que el problema de nuestro interés rebasa las dimensiones que el propio Estado ha previsto, sin embargo queda en manos del mismo dar la respuesta educativa a la población que presenta necesidades especiales.

Haciendo un balance tanto de los logros y beneficios como de las deficiencias que pueda traer a la sociedad la atención del problema a nivel social, no cabe duda de que la participación del Estado a través de la Secretaría de Educación Pública (S.E.P.) representa uno de los mayores logros a partir de la creación de la Dirección General de Educación Especial (D.G.E.E.) en 1970.

A pesar de ello y como se ha venido reiterado a lo largo del presente trabajo, la capacidad de dicho sistema encuentra en la S.E.P. sus propias limitaciones. A nivel general podemos resumir en dos puntos los principales problemas que enfrenta la atención a personas con necesidades especiales por parte de esta instancia:

En primer lugar, la S.E.P. es hoy la dependencia gubernamental más grande y por lo tanto la más vulnerable con respecto a las modificaciones de política pública. Como es conocido desde 1982, las principales medidas de política económica tendientes a reducir el gasto corriente del Estado han significado en los hechos una importante disminución del nivel de enseñanza y cobertura de la misma. Las principales consecuencias que han traído consigo dichas reducciones van desde la afectación salarial y los problemas sindicales que ello implica, hasta la falta de personal, equipo y materiales básicos para la enseñanza, pasando por la centralización y burocratización de la dependencia, así como de una cobertura insuficiente.

Este problema trasladado al sistema de educación especial se torna aún más grave si se considera el alto nivel de especialización que se requiere para la atención de las personas discapacitadas. Resulta así paradójico, que en un plantel de educación especial no se haya previsto la construcción de rampas; que no se cuente con un especialista en rehabilitación física o un médico y que a un profesor altamente especializado se le asigne un nivel salarial tabular de profesor de primaria, todo ello, sin considerar la demanda insatisfecha de materiales e instituciones suficientes para el trabajo con niños discapacitados.

Tal estado de cosas, no es sino el resultado de la falta de un organismo especializado que pueda atender las necesidades de educación especial en nuestro país. De esta manera, resulta claro, que los sistemas estandarizados concebidos por los altos niveles que implementan la planeación educativa poco tienen que ver con la atención a este tipo de problemática.

En segundo lugar, destaca como problema central de la educación especial en nuestro país, el gran abismo que se abre entre los importantes avances logrados en la investigación que generan las universidades y la aplicación práctica de sus resultados a nivel masivo por la SEP. Como resultado de ello, se tiene una grave desarticulación, que en un contexto de reducción presupuestal, llega al extremo de una contradicción irreconciliable entre dependencias que deberían retroalimentarse mutuamente.

Si bien es cierto, que una parte importante de los recursos destinados a la investigación universitaria debieran de encontrar sus resultados en su expresión máxima en la formación profesional y en la aplicación práctica y masiva, también lo es el que el sistema SEP, parece ignorar tales avances imponiendo lineamientos básicos y restrictivos a los profesionales que contrata.

Así, la SEP, a través de la DGE E, al organizar, dirigir, desarrollar, administrar y vigilar el sistema educativo para niños con necesidades educativas especiales en todo el país, determina características físicas de instituciones, delimita las actividades que los

diferentes profesionales deben cumplir, propone e impone instrumentos de evaluación y modelos de atención para los diferentes subsistemas de Educación Especial. Todo lo anterior queda enmarcado bajo los llamados "lineamientos técnicos" desde donde se regula lo que debe y no debe ser en referencia a la atención de personas con algún tipo de discapacidad. El conocer y actuar bajo los lineamientos que genera la propia D.G.E.E., implica para los diferentes profesionales que ahí laboran los niveles de eficacia con que se desempeñan y que a su vez pueden reeditar en algún tipo de reconocimiento o estímulo.

Los lineamientos técnicos entonces, vienen a cumplir la función de eje rector, que por una parte, regula y da homogeneidad al trabajo en Educación Especial, pero por otra, limita al profesional al restringirle la actividad en un marco dado de manera unilateral y un tanto dogmática. La Guía de Intervención Temprana podría ser un ejemplo de esto, ya que a la fecha se desconoce a nivel general cual fue el origen de su conformación, estandarización, confiabilidad, etc. El desconocimiento de muestras y estudios que avalen la Guía de Intervención Temprana no significa invariablemente que no existan, sin embargo, tal información si es que existe puede considerarse privilegiada ya que no está al alcance ni siquiera de las personas que utilizan dicho instrumento dentro de la propia D.G.E.E.

Por otra parte, la utilización de modelos de trabajo como los de intervención temprana en los que a pesar de haber mostrado eficacia, sería cuestionable la perfección de los mismos, ya que desde su implementación en la década de los 70s no ha sufrido modificación alguna, con lo cual es indispensable cuestionar si la propia S.E.P. genera y promueve la investigación de nuevos instrumentos y modelos en nuestro país o tan solo adopta y adapta los que existen en otros ante las presiones sociales y económicas.

De esta manera queda de manifiesto al observar los instrumentos y lineamientos que se utilizan en Intervención Temprana los que a través de casi 2 décadas no han

sufrido modificaciones que reflejen los avances que en el campo científico se han realizado.

La S.E.P. a través de la D.G.E.E. ha dado los lineamientos técnicos en México para la atención educativa de los denominados niños atípicos o con necesidad de educación especial, lo anterior al marcar edades de atención, características, currícula a cubrir e instrumentos insustituibles de evaluación para las diferentes modalidades de atención, todo esto con el fin de tratar de homogeneizar los instrumentos y el trabajo de los diversos especialistas que atienden a estos niños.

Bajo la misma mecánica, ha implementado manuales de operación para unificar los diferentes tipos de servicio a lo largo del país. En estos manuales marca los diversos puestos de trabajo a desempeñar y de forma paralela establece en los profesiogramas el perfil curricular de los profesionales que considera aptos para desempeñar dichas funciones.

En este sentido la D.G.E.E. marca un puesto específico bajo la denominación de PSICÓLOGO, mismo que puede estar a cargo de otros psicólogos, y por otra parte, también incluye y acepta en otros puestos a psicólogos como en mi caso en el que la denominación del puesto descrito en el presente reporte laboral es el de MAESTRO DE GRUPO DE INTERVENCIÓN TEMPRANA.

En esta dualidad de funciones y denominaciones cabe mencionar las actividades que el puesto de PSICOLOGO incluye en su mayor carga y compromiso como son:

- a. Entrevista a Padres para establecer antecedentes y complementar la batería de pruebas en cuanto a la correspondencia con un servicio como por ejemplo, Deficiencia Mental.
- b. Aplicación de Pruebas tales como Test Guestáltico Visomotor de Bender, WISC-RM, Terman-Merrill, Test de la Figura Humana.

- c. **Visitas de observación en grupo orientando básicamente sobre si el alumno corresponde o no a un servicio en cuanto a su coeficiente intelectual o características.**

Sin embargo, en el servicio de intervención temprana su acción se limita a la aplicación de entrevista a padres y visitas de observación en grupos.

Es entonces que puede apreciarse la forma en que la función de PSICÓLOGO se ha visto de alguna manera encaillada como psicometra por la D.G.E.E.

De esta manera y como puede verse, el establecer un daño orgánico, determinar el coeficiente intelectual o asignar una etiqueta son básicamente las funciones que realiza el psicólogo a nivel institucional, lo que limita el tratamiento específico, al no proporciona una orientación clara sobre las medidas a seguir en este.

En principio se mencionó que tal situación es aparente, ya que la propia D.G.E.E. al incluir al psicólogo en el profesiograma para ocupar puestos como el de maestro de intervención temprana, deficiencia mental, problemas de aprendizaje, lenguaje, etc., en los cuales se incluye un diagnóstico, programa de tratamiento específico y trabajo con padres, entre otras actividades, pone de manifiesto que el campo en el cual el profesional de la psicología puede incidir es más amplio que el que implica la psicometría.

Aquí, es importante resaltar el hecho que a lo largo de este trabajo se ha venido mencionando, acerca de como la Psicología aporta los elementos necesarios e indispensables para contribuir en el desarrollo integral del niño.

Para concluir con este apartado se resaltan dos hechos que resultan evidentes:

1. La forma en que algunos sectores de la sociedad estereotipan al psicólogo como etiquetador.

2. El hecho de que se reconozca formalmente que el psicólogo está plenamente capacitado para realizar actividades con diferente denominación que finalmente inciden en aspectos psicológicos

En nuestro país al igual que en muchos otros, la sociedad ha impuesto barreras y ha segregado a las personas con necesidades especiales considerando los beneficios que se les otorgan más como un acto de piedad no prioritaria para nadie, que como un derecho inherente a todos los miembros de la sociedad

Así, la contribución principal del presente trabajo es la de llamar la atención sobre las personas con necesidades especiales y el derecho que tienen de ser tratadas con la misma dignidad que cualquier persona reclamaría en igualdad de condiciones

De esta manera la sociedad otorga para la mayoría de sus miembros atención médica, escuelas, trabajos y aceptación. Las personas con necesidades especiales tienen el mismo derecho de recibir estas, ya que en este contexto, al no otorgarlas el que más se denigra desde el punto de vista humano, es el que las escatima o las proporciona más como paliativo o caridad que como un derecho

La familia, como célula fundamental de la sociedad genera y reproduce las actitudes hacia las personas con necesidades especiales. Partiendo de esta premisa, una parte importante de mi trabajo en intervención temprana se refiere al que se realiza con los padres de familia al orientarlos y apoyarlos en el proceso de aceptación y descubrimiento de que la esencia de su hijo es igual a la de cualquier otro ser humano. En este sentido, la familia al aceptar al niño, podrá generar un verdadero cambio de actitudes no solo en el propio interior de esta sino también en la sociedad en general, lo que generará a su vez que se de una integración social real de los niños con necesidades especiales

Finalmente al concluir este trabajo y realizar un balance sobre el mismo con los niños de intervención temprana, considero que al tratar de enriquecer su ambiente y

propiciarles mejores condiciones de vida, la mas enriquecida he sido yo, pues al estar cerca de ellos y ser ellos mismos una fuente de emociones y afecto incondicional, con su calidez y entrega han podido retroalimentar mi quehacer humano y profesional

VIII. BIBLIOGRAFÍA.

1. ATKINS, L., SUPERVIELLE, T., SAWYER, R y CANTÓN, P. (1987). Paso a Paso. Cómo evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños. México. Pax.
2. AZCOAGA, J. (1979). Aprendizaje Fisiológico, y Aprendizaje Pedagógico. Argentina: El Ateneo
3. BARATZ, S S y BARATZ, J C. (1969). Early Childhood intervention: The social science base of institutional racism. En Norma del Rio (Ed.), Intervención temprana. Dinámica teórico-metodológica de un modelo de atención a la Salud. México. Universidad Autónoma Metropolitana, División de Ciencias Biológicas y de la Salud
4. BERNSTEIN, I. (1979). Hebb's claim of irreversibility in environmentally restricted rats. En Linda Davidoff (Ed.) Introducción a la Psicología. México. McGraw-Hill
5. BLUMA, S., SHEARER, M., FROHMAN, A y HILLIARD, A. (1978). Guía Portage de Educación Preescolar (ed. rev.) U.S.A. Cooperative Educational Service Agency
6. BOWLBY, J. (1985). Cuidado Maternal y Amor. México. Fondo de Cultura Económica
7. BRAILOWSKY, S. (1996). Platicidad Cerebral. De la ontogenia al medio ambiente. En María Corsi Cabrera (comp.) Aproximaciones de las Neurociencias a la Conducta. México. Facultad de Psicología, U.N.A.M., pp. 171-212
8. CABRERA, M C y SANCHEZ, C. (1987). La Estimulación Precoz. Un enfoque práctico. México. Siglo XXI.
9. CARTER, C. (1973). Retraso Mental en el Niño. México. Pediatría.
10. CALDWELL, B M. (1983). Educación de niños incapacitados. Guía para los primeros tres años de vida. México. Trillas

11. CASTEL, F (1980) La Sociedad Psiquiátrica Avanzada D. El Modelo Norteamericano. En Norma del Rio (Ed.) Intervención temprana. Dinámica teórico-metodológica de un modelo de atención a la Salud Mexico Universidad Autónoma Metropolitana, División de Ciencias Biológicas y de la Salud
12. COLLADO, A. (1981). Normas de Socialización y Manejo en el Hogar para Niños con Riesgo Establecido. Síndrome de Down. (0. a 6 años). Programa Regional de Estimulación Temprana. México. U.N.I.C.E.F
13. DAVIDOFF, L. (1989) Introducción a la Psicología. México. McGraw-Hill
14. DEL RÍO, N (1991) Intervención temprana. Dinámica Teórico-metodológica de un modelo de atención a la salud México. Universidad Autónoma Metropolitana, División de Ciencias Biológicas y de la Salud
15. DÍAZ, K. (s/año) The Progress Assessment Chart. Técnica Ganzburg para la Evaluación de los progresos de los Deficientes Mentales (Mecanograma)
16. D.G.E.E. (1982) Guía para la Intervención Temprana México
17. D.G.E.E. (1981) La Educación Especial en México. México
18. D.G.E.E. (1987) Orientaciones Didácticas para la intervención Temprana en Niños con Trastornos Neuromotores. México.
19. D.G.E.E. (1985). Bases para la Política de Educación Especial. México.
20. D.G.E.E. (1986) Manual de Operación para los Centros de Intervención Temprana en los Estados. México.
21. D.G.E.E. (1994). Proyecto General para la Educación en México. México
22. GARCÍA, S. J., IBÁÑEZ, E., JUAREZ, A., y LINAZA, J. (1992) Psicología Evolutiva y Educación Preescolar. España. Santillana
23. GESELL, A., AMATRUDA, C. (1992) Diagnóstico del desarrollo Normal y Anormal del Niño. Mexico: Paidós.
24. GOFFMAN, E (1968) Estigma. La identidad deteriorada. México. Amorrortu.

25. HARMONY, T. (1996). Factores que inciden en el desarrollo del sistema nervioso del niño. En Maria Corsi Cabrera (comp.) Aproximaciones de las Neurociencias a la Conducta. México: Facultad de Psicología, U.N.A.M., pp. 213-234.
26. HEBB, D. (1978) Open letter: To a friend who thinks the IQ is a social evil. En Linda Davidoff (Ed.) Introducción a la Psicología. México: McGraw-Hill
27. HESSE, G. (1986) La Estimulación Temprana en el niño Discapacitado. México: Médica-Panamericana.
28. I.N.E.G.I. (1995) Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. México.
29. I.N.E.G.I. (1996) Conteo 95, Resultados Preliminares. México
30. I.N.E.G.I. (1990) Tlalnepantla Cuaderno de Información Básica para la Planeación Municipal. México
31. I.N.E.G.I. (1994) Tlalnepantla, Estado de México Cuaderno Estadístico Municipal. México.
32. KELLER, H. y MIRANDA, D. (1981) Tres Investigaciones que vinculan a América Latina con Europa Programa Regional de Estimulación Temprana. México: U.N.I.C.E.F.
33. MONTENEGRO (1978) En C. Naranjo (Ed.) Mi niño de 0 a 6 años. Programa Regional de Estimulación Temprana. México: U.N.I.C.E.F.
34. NARANJO, C. (1981) Algunas Lecturas y Trabajos sobre Estimulación Temprana Programa Regional de Estimulación Temprana. U.N.I.C.E.F. México.
35. NARANJO, C. (1981). Por favor, cuidenme bien Programa Regional de Estimulación Temprana. México: U.N.I.C.E.F.
36. NARANJO, C. (1982) Mi niño de 0 a 6 años Programa Regional de Estimulación Temprana. México: U.N.I.C.E.F.
37. PALACIOS, J., COLLIC y MARCHESI, A. (1991) Desarrollo Psicológico y Educación. Madrid: Alianza Editorial

38. PIAGET, J. (1969). Psicología del niño. Barcelona: Morata
39. REYES, J. y TERÁN, M., (1996). Escala de Desarrollo de Denver. (Desarrollo Psicológico) México: UNAM. Facultad de Psicología
40. ROSENZWEIG, M. (1984) Experience, memory, and the brain. En Linda Davidoff (Ed.) Introducción a la Psicología. México: McGraw-Hill
41. ROSENZWEIG, M. y LEIMAN, A. (1992) Psicología Fisiológica. España. McGraw-Hill.
42. S.E.P. (1993) Artículo 3º. Constitucional. Ley General de Educación.
43. SKEELS, H. (1966). Adult status of children with contrasting early life experiences. En Linda Davidoff (Ed.) Introducción a la Psicología. México: McGraw-Hill
44. TERÁN, M. (1995). Evaluación Neonatal. (Desarrollo Psicológico) México: UNAM, Facultad de Psicología.
45. TJOUSEN. (1976). Early Intervention. Issues and approaches. En Norma del Rio (Ed.) Intervención temprana. Dinámica teórico-metodológica de un modelo de atención a la Salud. México: Universidad Autónoma Metropolitana, División de Ciencias Biológicas y de la Salud
46. WALLON, H. (1951). L'évolution dialectique de la personnalité. En Palacios, J., y col. Desarrollo Psicológico y Educación. Madrid: Alianza Editorial

Anexo 1.

Datos reportados en el Hospital General Regional de Tlalnepantla No. 72 correspondientes a los años de 1989 y 1990.

• **26 de Enero al 25 de Febrero de 1989:**

24 Asfixias
68 Pretérminos
4 Encefalopatía Hipoxica

• **26 de Febrero a 25 de Marzo:**

10 Asfixias
10 Pretérmino
1 Meningocele

• **26 de Marzo a 25 de Abril:**

1 Hemorragia Intracraneana.
1 Crisis Convulsiva Parcial.
31 Asfixias

• **26 de Abril a 25 de Mayo:**

18 Asfixias
5 Pretérmino
3 Meningocele

• **26 de Mayo a 25 de Junio:**

15 Asfixias
8 Pretérmino

• **26 de Junio a 25 de Julio.**

7 Pretérmino
2 Asfixias Severas

2 Asfixias Moderadas.
1 Meningocele.
1 Hemorragia Intracranéana

• **26 de Julio a 25 de Agosto:**

14 Asfixias.
13 Pretérmino

• **26 de Agosto a 25 de Septiembre:**

23 Asfixias
13 Pretérmino

• **26 de Septiembre a 25 de Octubre.**

21 Asfixias.
3 Pretérmino

• **26 de Octubre a 25 de Noviembre:**

12 Asfixias
7 Pretérmino
1 Asfixia Severa no recuperable.
1 Asfixia Severa recuperada.
1 Meningocele

• **26 de Noviembre a 25 de Diciembre:**

20 Asfixias
1 Depresión Anestésica.
11 Pretérmino
1 Encefalopatía Hipóxica.

• **26 de Diciembre a 25 de Enero de 1990:**

18 Asfixias
19 Pretérmino
2 Meningocele.

• **26 de Enero a 25 de Febrero:**

7 Pretérmino
14 Asfixias

• 26 de Febrero a 25 de Marzo:

14 Pretérmino
11 Asfixias

• 26 de Marzo a 25 de Abril:

6 Pretérmino
25 Asfixias
1 Síndrome de Down
1 Encefalopatía Hipoxica

• 26 de Mayo a 25 de Junio:

11 Asfixias
2 Pretérminos

• 26 Junio a 25 de Julio:

13 Asfixias
13 Pretérminos

• 26 de Julio a 25 de Agosto:

22 Asfixias
8 Pretérmino
1 Síndrome de Down
1 Síndrome de Arnold Kiari
1 Desnutrido

• 26 de Agosto a 25 de Septiembre:

10 Asfixias
10 Pretérmino

TOTAL DE CASOS REPORTADOS 565.

Anexo 2.

Items del P.A.C. Primario.

A. AUTOAYUDA.

Comida.

- 1 Succiona bien la comida
- 2. Muestra que reconoce la comida
- 18. Mueve la boca para comer
- 19. Come semisólidos con cuchara
- 37. Utiliza los dedos para comer pero no los muerde.
- 38. Coge con la cuchara del plato y lo pone en la boca para comer.
- 56. Muerde galletas, rosquillas, etc
- 57. Hace la comida comestible, pelandola (plátano) o desenvolviéndola sin recordarle que es necesario hacerlo
- 58. Utiliza la cuchara (puede derramar algo de comida).
- 76. Come sin ayuda
- 106. Utiliza el tenedor sin dificultad (la comida puede estar cortada y preparada).
- 107. Es capaz de tomar una bebida por sí solo, sin ayuda

Movilidad.

- 3. Sostiene la cabeza
- 4. Se sienta con pequeña ayuda
- 20. Se sienta con la espalda casi derecha, sin soporte, durante periodos cortos.
- 21. Brinca
- 39. Se levanta y se mantiene de pie y agarrado.
- 40. Anda a gatas o arrastrándose
- 59. Descubre medios de obtener cosas que necesita
- 60. Anda con ayuda
- 78. Sube escaleras, juntando los pies en cada peldaño
- 79. Baja escaleras, juntando los dos pies en cada peldaño
- 108. Corre.
- 109. Trae o lleva grandes objetos

Aseo y lavado.

- 22. Utiliza el orinal (o retrete) cuando se le coloca en él.
- 41. Los movimientos del intestino son generalmente regulares
- 61. Ha establecido alguna regularidad durante el día y espera un tiempo razonable antes de que se le atienda
- 62. Indica cuando está mojado y/o sucio
- 80. Durante el día tiene control de su vejiga, pero ha de ir bastante a menudo.
- 81. Está entrenado en el retrete, con accidentes infrecuentes
- 110. Pide ir al retrete o va por sí mismo
- 111. Se sube al asiento del retrete.
- 112. Se cuida de sí mismo en el retrete, sin necesidad de ayuda excepto para limpiarse
- 113. Se seca las manos adecuadamente, sin mucha ayuda

Vestido.

- 42. Coopera pasivamente cuando lo visten
- 63. Alarga los brazos y pies cuando se le viste.
- 82. Ayuda cuando lo visten
- 83. Se quita los calcetines
- 114. Se quita y se pone sencillas prendas de vestir
- 115. Se desabrocha botones accesibles

COMUNICACIÓN**Desde (primera vía de comunicación) Habla.**

- 5. Ruidos indistintos, gritos
- 6. Gorjeos
- 23. Sonidos mmu o sss
- 24. Vocales unidas
- 25. Dos sílabas da-da, ba-ba, etc
- 43. Una palabra clara
- 44. Tres o cuatro palabras claras
- 64. Jerga incipiente (muchas palabras ininteligibles)
- 65. Veinte palabras sueltas
- 84. Combinación de dos palabras, voy papá, en coche, etc
- 85. Frases con tres palabras Quiero una bebida, etc
- 86. Pronombre, a mí, mí
- 87. Se refiere a sí mismo por su propio nombre
- 88. Utiliza nombres de objetos familiares
- 116. Constantemente hace preguntas ¿Qué es esto? ¿Y aquello?

- 117. Se refiere a si mismo como "yo"
- 118. Pregunta en la forma "por qué"
- 119. Expresa sentimientos, deseos, problemas, verbalmente.
- 120. Narra experiencias de una manera coherente
- 121. Da su nombre completo cuando se lo piden

Hasta (segunda vía de comunicación) Audición Intencionada.

- 7. Escucha música
- 8. Busca el sonido con los ojos
- 9. Vuelve la cabeza hacia el sonido
- 26. Sigue el movimiento de los objetos con los ojos
- 27. Mira a su alrededor
- 28. Copia sonidos cuando los oye
- 29. Responde al no
- 45. Entrega objetos al pedirselos
- 46. Responde a preguntas, por ej "¿dónde está tu vestido?, si los objetos están a la vista
- 66. Responde a las indicaciones, por ej "ven aqui
- 67. Escucha el ritmo y está interesado en la recepción de los sonidos.
- 89. Obedece instrucciones sencillas
- 90. Sencillas historias
- 91. Entiende ordenes que contengan sobre, en, detrás, debajo, encima, enfrente de, debajo
- 92. Puede diferenciar correctamente entre una cosa y muchas cosas
- 122. Escucha mas variadas y largas historias
- 123. Oye y puede dar razones verbalmente
- 124. Trae al pedirle una cosa o dos, por ej "Dame los libros"

SOCIALIZACIÓN.

- 10. Muestra una expresion consciente
- 11. Busca, sonrie, vocaliza
- 12. Se vuelve y responde a la gente
- 13. Reconoce a las personas familiares
- 30. Muestra interés por extraños, mirando sus movimientos.
- 31. Responde a expresiones faciles, por ej "devuelve sonrisas"
- 47. Juega a "tortitas"
- 48. Atrae la atencion haciendo ruidos
- 49. Necesita la aprobación del adulto para portarse bien
- 50. Intenta hacer reir a otros
- 51. Muestra afecto o cariño
- 68. Mira su imagen en el espejo con interés

- 69. Exige posesiones propias.
- 70. Muestra objetos y los ofrece
- 71. Mueve la mano para decir adiós
- 93. Juega en compañía de otros, pero aún no colabora con otros
- 94. Ha aprendido a responder a las otras personas como ellas desean
- 95. Trae y lleva lo que se le pide
- 96. Le gusta ver dibujos en los libros.
- 125. Espera "su turno", puede "participar" a veces.
- 126. Ayuda en tareas domésticas, por ej.: limpiar mesas, barrer, etc.

OCUPACIÓN.

Habilidad Manual (Movimientos finos de dedos):

- 14. Es capaz de sostener objetos con las manos durante períodos cortos.
- 15. Es capaz de agarrar con las manos objetos cuando se le ofrecen
- 32. Se pasa cosas de una mano a otra
- 33. Coge pequeños objetos entre los dedos y el pulgar
- 34. Utiliza el dedo índice para explorar
- 52. Hace rayas con el lápiz o pinturas
- 53. Mete la mano en un recipiente y coge todos los objetos que hay en él
- 72. Espontáneamente garabatea con pinturas o lápiz
- 73. Pone ladrillos, cajas, etc., unos sobre otros
- 97. Puede ensartar cuentas gordas
- 98. Puede desatornillar tuercas o dar vueltas a una manilla.
- 99. Echa agua de una taza a otra
- 127. Puede cortar papel con tijeras
- 128. Maneja objetos quebradizos, por ej. loza, bastante bien.

Agilidad (Control motor burdo Grueso).

- 16. Intenta buscar objetos con la mano, aunque no atine.
- 17. Manipula objetos
- 36. Tira objetos al suelo
- 54. Busca los objetos caídos, inclinandose sobre ellos
- 55. Alinea dos o mas cubos o ladrillos
- 74. Puede dar una patada a una pelota sin caerse
- 75. Tira el balón intencionalmente sin caerse
- 100. Coge objetos sin caerse
- 101. Puede dar saltos con ambos pies
- 102. Abre puertas
- 103. Se sube a una silla y puede estar en ella
- 104. Se sienta, por si mismo en la mesa.

105. Quita la tapa y la vuelve a poner en una caja.
129. Salta con ambos pies desde la escalera al suelo sin requerir ayuda.
130. Se mantiene sobre un pie " a la pata coja " por cortos periodos.

**ANEXO 1
GUÍA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA D.G.E.E.**

COMPORTAMIENTO CARACTERÍSTICO	1 MES
COGNOSCITIVOS -Emite pequeños sonidos guturales, vocalización refleja -Eshlube una sonora refleja al estímulo táctil, visceral -Grita -Es capaz de diferenciar voces de otros ruidos -Reacciona a los sonidos con el reflejo de Moro -Reduce o cesa las actividades cuando escucha sonidos próximos a él -Disminuye su actividad al escuchar un sonido -Mira indefinidamente a su alrededor -Ve a las personas y su actividad disminuye -Se tranquiliza al oír la voz humana	PSICOMOTORES -Presenta movimientos no dirigidos de todas partes del cuerpo mueve manos, pies, extiende y cierra manos -En supino-posición asimétrica presenta reflejo tónico cervical asimétrico -En supino, predomina la posición lateral de la cabeza -En supino, rota parcialmente hasta un lado -En el intento de sentarlo, cae la cabeza para atrás -En suspensión ventral, la cabeza cae para el frente -En pronación levanta momentáneamente la cabeza -En pronación, la cabeza para para un lado -Mantiene las manos cerradas -Presenta reflejo de parra DE LA VIDA DIARIA -Toma dos biberones durante la noche -Llora cuando está mojado -Ingiere alimentos líquidos
SOCIALES -Llora, se irrita, se asusta a la menor provocación -Se calma cuando lo golpean suave en el cuello -Acepta ser abrazado	

ACTIVIDADES PROPUESTAS

1 MES

- Colocar al niño en diferentes posiciones, en la cama o en el suelo
 - en pronación (boca abajo)
 - en supinación (boca arriba)
 - de un lado o de otro
 - para la cabeza y para los pies de la cama
 - Colocar al niño en supinación y en pronación, y movilizar levemente sus brazos y piernas
 - Abrir y cerrar suavemente sus manitas
 - Movilizar suavemente sus dedos
 - Colocar un dedo en la mano del niño. En caso que no consiga retenerlo, se le ayudará a sujetarlo, ejecutando con él el movimiento de prensión
 - Movilizar suavemente los pies del bebé en todas direcciones: para el frente, para atrás, para un lado o para otro
 - Hacer barullo con sonajas y juguetes de goma y observar si el niño percibe el sonido
 - Conversar bastante con el niño en un tono normal de voz
 - Cantar canciones suaves junto al niño
 - Dejar caer objetos al suelo y observar si el niño reacciona a los ruidos producidos por los mismos
 - Recostar al niño en supinación, colocar juguetes y objetos coloridos frente a sus ojos y observar:
 - si sigue el objeto con la mirada, por poco, segundos.
 - si mueve los brazos y dirige la mirada hacia los mismos (estimularlo a seguir los objetos con la mirada y a moverse al verlos)
 - Colocar al niño en supinación, colgar una sonaja u objeto colorido y moverlo de un lado para otro frente a los ojos del niño
 - Colocar al niño sosteniendo del cuello para darle el biberón.
- Estimular brazos, piernas, cuello y el cuerpo del niño con toallas de felpa con texturas diferentes.

COMPORTAMIENTO CARACTERÍSTICO

2 MESES

COGNOSCITIVOS	PSICOMOTORES
<ul style="list-style-type: none"> -Responde a las sonrisas (expresión social) -Presenta expresión viva y despierta -Vocaliza en balbuceo a. e. u -Responde fácil e inmediatamente a un sonido (voluta la cabeza) No se perturba muy violentamente con sonidos fuertes; atiende a la voz humana -Al oír una campana responde con una respuesta facial -Presenta selección mas selectiva del medio ambiente -Ve la mano de quien sostiene un objeto -Sigue a las personas cuando se mueven -En supino ve a la persona proxima -Distingue a la madre. 	<ul style="list-style-type: none"> -En supino (s) los movimientos de brazos son simétricos y la cabeza se mantiene al frente -En (s) , si volteamos su cabeza para un lado, su tronco y miembros se mantienen en una misma unidad -En pronación (p) levanta intermitente la cabeza -En (p) mantiene la cabeza en la línea media -En (p), la cabeza compensa la suspensión ventral -Sentado, tiene la cabeza predominantemente erecta -Mantiene sus manos cerradas -Reflejo tónico-cervical asimétrico -Mueve sus manos, pero sus movimientos no están bajo control visual -Sigue un objeto con sus ojos hasta la línea media -Sostiene y mueve objetos sin control visual
SOCIALES	DE LA VIDA DIARIA
<ul style="list-style-type: none"> -Respuesta facial-social continua -Presenta expresión atenta -Vocaliza cuando le hablan 	<ul style="list-style-type: none"> -Mama una sola vez, durante la noche -Acepta pasivamente cuando le cambian la ropa

ACTIVIDADES PROPUESTAS

2 MESES

- Ejecutar todas las actividades referentes al mes anterior
- Conversar con el niño observando
 - si mira para quien le habla
 - si responde con balbuceo
- Ejecutar movimientos amplios con los brazos del niño para el frente, para atrás, para un lado, para el otro.
- Colocar al niño en pronación y si el niño no consigue erguir la cabeza, ayudarlo con apoyo de la mano en la cabeza.
- Jugar con el niño movilizando sus piernas, mas ampliamente
- Colocar al niño en diferentes posiciones: en supinación, pronación, sentado, (con apoyo de almohada)
- Tocar una campanita al lado del oído izquierdo o del derecho del bebe y observar si él fija su atención al mismo. Después hacerlo moverse hacia la dirección del sonido (movimiento de cabeza)
- Usar otros objetos sonoros
- Mostrar objetos y juguetes coloridos al niño y observar si él ve hacia la mano de quien lo sostiene.
- Colocar un juguete amarrado a un cordón y balancearlo para un lado y para otro, varias veces, a fin de que el niño lo acompañe con los ojos
- Colocar al niño en pronación y ejecutar los ejercicios anteriores obligándolo a erguir la cabeza para seguir el movimiento del objeto con los ojos. Inicialmente colocar el cordón proximo al niño después ir colocándolo en un plano mas alto a medida que el niño va venciendo la etapa
- Colocar una sonaja u otros objetos coloridos en la mano del niño, en caso de que no consiga retenerlos, ayudarlo a asegurarlos, ejecutando con él el movimiento de prensión
 - Acariciar con esponjas de texturas diferentes el rostro, la cabeza, el cuerpo, los brazos, las manos, las piernas y los pies del niño

COMPORTAMIENTO CARACTERÍSTICO

3 MESES

COGNOSCITIVOS	PSICOMOTORES
-Vocalización cacareo -A un estímulo, presenta respuesta vocal -Al aproximar objetos, guiña los ojos -Dirige la mirada, siguiendo los objetos en línea media -Voltea la cabeza buscando el origen de un sonido -En (s) observa quién está próximo -Observa a quien pasea a su alrededor -Ve los objetos momentáneamente, antes de meterse los a la boca	-En (s) mantiene la cabeza en posición media, observase posición simétrica -Sentado, con la cabeza fija para adelante aun bamboleante -En suspensión ventral, levanta la cabeza, superior al tronco, tratando de alinearla -En (p) mantiene el cuerpo sobre los antebrazos, con la cabeza sostenida -Mantiene las manos abiertas o levemente cerradas -Desaparece la prensión tónica -En (s) trata de alcanzar un objeto
SOCIALES	DE LA VIDA DIARIA
-Respuesta corporal a la presencia de personas -Reconoce a personas que ve con frecuencia -Muestra interés por las personas siguiéndolas con los ojos	-Jala la ropa de encima de su rostro

ACTIVIDADES PROPUESTAS

3 MESES

- Ejecutar todas las actividades referentes a los meses anteriores.
- Colocar al niño en diferentes posiciones, sosteniendo el cuello, recostada, en supino y en prono
- Sentar al niño con el cuello sostenido de frente al maestro protegiéndolo con las manos, la espalda y la cabeza
- Colocar al niño de barriga para abajo y provocar ruidos en un plano mas alto que su cuerpo para que levante la cabeza, mas alto que el tronco
- Colocar al niño en pronación, sobre los antebrazos, ayudarlo, si es preciso a mantenerse en esta posición. Jugar con él, mostrándole juguetes por algunos minutos, para que él vea hacia ellos
- Colocar un juguete en la mano del niño, en caso de no conseguirlo seguir ayudándolo a ejecutar el movimiento de prensión y estimularlo a que lo vea
- Movilizar una linterna u otro foco de luz cerca del niño llevándolo a seguir el estímulo luminoso
- Colocar una sonaja en la mano del niño y balancear la manita para un lado y para otro
- Dejar al niño en supinación, colocar una argolla amarrada a un cordón en su línea media de visión y llevarlo a la línea lateral, volviéndola a la posición inicial y así sucesivamente para ambos lados varias veces
- Dejar al niño en pronación balancear un juguete amarrado a un cordón frente al bebé, haciendo el intento por tomarlo, para eso levantar la cabeza y el tronco apoyados en el antebrazo del profesor
- Girar una campanita tocada a uno y otro lado de la cabeza
- Tomar las manitas del bebé y mostrarlas colocándolas cerca de los ojos diciéndole
 - Mira las manitas del nene.
- Colocar una prenda sobre el rostro del niño, en caso de que no consiga jalarla, ponérsela en la manita y ayudarle
- Llevar al niño a tomar baños de sol, tener contacto con la naturaleza sentándolo en la arena
- Colocar un conjunto de cascabeles amarrados con un elastico alrededor de los puños o tobillos del bebé para estimular los movimientos de miembros inferiores y superiores y también para que preste atención a los cascabeles. Colocar los cascabeles ahora en un brazo y en otro en una pierna ahora en otra

COMPORTAMIENTO CARACTERÍSTICO

4 MESES

COGNOSCITIVOS	PSICOMOTORES
<ul style="list-style-type: none"> -Se entusiasma y respira fuerte -Ríe fuertemente -Balbucea -Presta atención a la voz humana y responde balbuceando -Gira la cabeza al oír un ruido familiar (sonidos o voces) localización de sonidos -Observa la pelota -Ve la mano y el objeto que sostiene -Atiende a estímulo próximo (hay desarrollo de percepción auditiva) -Sonríe o vocaliza cuando alguien lo sienta -Reconoce la voz de mamá -Reacciona a otras voces humanas -Distingue, entre dos voces, una conocida de una no familiar 	<ul style="list-style-type: none"> -En (s) mantiene la cabeza en la línea media del cuerpo -En (s) las manos las mantiene cerca del cuerpo -Rueda de (s) a (p) espontáneamente -Sentado tiene la cabeza firme volteando al frente -Permanece sentado con ayuda. (10 a 15 min) -En (p) sostiene la cabeza apoyado en antebrazos -En (p), intenta rodar -Aumenta la actividad de los brazos -Mantiene abiertas las manos -Juega con las manos en la línea media del cuerpo -Comienza a oponer el pulgar -En (s) araña y rasca -Comienza a aprieter la prensión cubito-palmar -Observa los objetos que se mueven levemente en su campo visual -En (s) intenta alcanzar objetos -Intenta palmar -Toma una argolla y la sonata con las manos -Sostiene y lleva los objetos a la boca -Acciones bilaterales
SOCIALES	DE LA VIDA DIARIA
<ul style="list-style-type: none"> -Sonríe espontáneamente -Agita su ropa con las manos -Juega a esconderse con alguna prenda 	<ul style="list-style-type: none"> -Reconoce el biberón abre la boca para recibir el alimento

ACTIVIDADES PROPLESTAS

4 MESES

- Continuar la ejecución de todas las actividades referentes a los meses anteriores.
- Colocar al niño en supinación y ayudarlo a ejecutar movimientos de rodar de supino a prono (La cabeza rueda primero y el cuerpo acompaña al movimiento)
- Colocar al niño en pronación, con una argolla suspendida al frente. Empujar la argolla por el cordón obligando al niño a elevar la cabeza para acompañar el movimiento con los ojos. En incapacidad física ayudarlo
- Colocar al niño en pronación, con una argolla suspendida al frente. Empujar la argolla por el cordón obligando al niño a elevar la cabeza para acompañar el movimiento con los ojos. En incapacidad física ayudarlo
- Colocar al niño en pronación sostenido en el antebrazo, mostrar juguetes coloridos, jugar y conversar con él.
- Sostener las manos del niño, acercando una a otra, ayudándole a aplaudir
- Colocar dos argollas, una en cada mano del niño para que intente acercar una a otra
- Sentar al niño y jugar con él, o colocar diferentes juguetes frente a él. En caso de que no consiga permanecer sentado, sostenerlo con almohaditas. Iniciar la actividad con duración de 2 a 3 minutos e ir aumentando el tiempo a medida que vaya venciendo la dificultad, hasta que consiga permanecer sentado, a lo máximo durante unos 15 minutos
- Colocar una prenda, en la mano del niño y verificar si trata de jugarla en su rostro. En caso que no lo consiga, ayudarlo a ejecutar la actividad
- Sostener sus manos tratando de acercarlas a los ojos, diciendo "Mira las manitas del nene".
- Estimular al niño a jugar con sus manos
- Mostrar un biberón platicándole, estimulándolo a reconocerlo
- Con el niño en supino, interesarlo en algún juguete colgado en lo alto, haciéndolo que trate de agarrarlo. Ayudarlo a levantar la cabeza y el tronco

COMPORTAMIENTO CARACTERÍSTICO

5 MESES

COGNOSCITIVOS	PSICOMOTORES
<ul style="list-style-type: none"> -Bulbuceo -Mira intencionalmente objetos próximos a sus ojos -Examina los objetos con ojos antes de manipular -Segue con los ojos el objeto caído -Sonríe a la imagen en el espejo -Grita y llora cuando la mamá se aleja -Presta atención a sonidos tales como: música, golpes rítmicos de un tambor, reaccionando de la siguiente manera: ríe cuando oye un sonido, llora cuando oye una voz enojada 	<ul style="list-style-type: none"> -Rueda de (p) a (s), la cabeza, caderas y hombros se mueven independientemente (efecto de trabazón) -En (p) mantiene los brazos extendidos y los miembros inferiores en extensión -En el intento de sentarlo la cabeza no cuelga. -Sentado, la cabeza permanece firme. -Presenta prensión palmar simple oposición parcial del pulgar -Levanta la cabeza y los hombros al ser palado suavemente por las manos -Agarra un objeto que está al alcance de la mano -Agarra un objeto que está sobre la mesa -Sostiene un objeto -Sacude una sonaja -Sostiene un objeto y mira otro
SOCIALES	DE LA VIDA DIARIA
<ul style="list-style-type: none"> -Acaricia el biberón -Resiste que se le retire un juguete 	<ul style="list-style-type: none"> -Abre la boca para recibir alimento -Se resiste al baño, haciendo difícil la tarea

ACTIVIDADES PROPUESTAS

5 MESES

- Estimular al niño, ejecutando todas las actividades referentes a los meses anteriores
- Colocar al niño en prono y ayudarlo a rodar. La cabeza, caderas y hombros se mueven independientemente
- Sentar al niño de frente a usted, ayudándolo a sostener la cabeza
- Sentar al niño frente a una mesa y ayudarlo a manipular dados, campanas, pelotas, argollas, etc
- Dejar al niño en supino, sostener sus manos y jalarlas para el frente varias veces, volviendo a la posición inicial. Estimularlo a levantar la cabeza y los hombros. Levantarlo manteniendo, inicialmente poca distancia del colchón
- Mostrar objetos atractivos o juguetes al niño y ayudarlo a alcanzar el objeto en caso de que no consiga hacerlo
- Pasar una esponja en la planta de pies y manos del niño
- Colocar una sonaja en la mano del niño y ayudarlo a balancearlo de un lado a otro
- Mantener colgado un objeto atractivo, a fin de que el niño al tratar de pegarle, levante ligeramente la cabeza y el tronco
- Ejecutar el mismo ejercicio, con el niño boca abajo
- Dejar que se apoye en el antebrazo
- Darle un objeto para que lo sostenga durante algún tiempo
- Recostar al niño boca abajo y colocar una argolla frente a él, sosteniéndola en un plano más alto, para que el niño eleve la cabeza
- Envolver el biberón con tela o hule espuma, estimulándolo a sostenerlo
- Conversar con el niño frente al espejo y sonreírle, estimulándolo a hacer lo mismo

COMPORTAMIENTO CARACTERÍSTICO

6 MESES

COGNOSCITIVOS	PSICOMOTORES
<ul style="list-style-type: none"> -Vocaliza -Se expresa con gestos significativos -Gira la cabeza para el lado donde viene el sonido -Percebe sonidos más lejanos (trámites de otras habitaciones de la casa) -Desvía la atención visual de un objeto hacia otro -Al caer un objeto, trata de agarrarlo -Responde discriminando los sonidos emitidos a su alrededor, puede distinguir el llamado amistoso del enojado; demuestra especial interés por la voz humana y localiza una campanita que suene a su lado 	<ul style="list-style-type: none"> -En (s) lleva los pies en extensión -En (s) se agarra los pies -Rueda de supino a prono -En (p) sostiene el peso del cuerpo en antebrazos -Demuestra las primeras reacciones de equilibrio -Sentado, mantiene el tronco erecto, apoyado en las manos, con las piernas separadas -Con soporte permanece sentado durante 30 min -Juega con sus pies -Presenta flexión y oposición simultánea del pulgar -Presenta prensión palmar -Manipula objetos colocados sobre una mesa -Se acerca a un objeto y lo agarra con una mano -Sostiene objetos utilizando la palma de las manos, pulgar y meñique -Retiene la sonaja en la mano -Agarra un objeto que se balancea -Sostiene dos objetos, uno en cada mano -Para los objetos de una mano a otra -Entrega objetos y araña la mesa -Reacciona a la estimulación táctil, con movimientos globales del cuerpo pero no consigue identificar el área estimulada (e) al tocar el pie mueve todo el cuerpo
SOCIALES	DE LA VIDA DIARIA
<ul style="list-style-type: none"> -Desconoce personas vistas por primera vez. -Distingue personas conocidas de extraños. -Retribuye sonrisas e imita gestos 	<ul style="list-style-type: none"> -Sostiene o golpea el biberón durante la alimentación -Acepta el alimento con la cuchara. Abre la boca -Acepta algunos alimentos pastosos, sólidos no -Ejecuta movimientos de masticación -Sostiene algunos alimentos con las manos -Bebe líquidos en vaso -Permanece seco por algunas horas

ACTIVIDADES PROPUESTAS

6 MESES

- Continuar usando todos los ejercicios anteriores
- Colocar al niño boca abajo, tratando de hacerlo apoyarse en los antebrazos, con las rodillas flexionadas. Estimularlo, enseñándole juguetes atractivos
- Sentar al niño, colocando sus manos en el suelo, con las piernas separadas en extensión y dejarlo por algunos minutos en esta posición. Jugar delante de él enseñándole juguetes atractivos
- Frotar en las manos y dedos del bebé, diciendo
 - "Mira las manos del bebé"
 - "Mira los deditos del nene"
- Sostener por la mano al niño y estimularlo a agarrar los objetos utilizando prensión palmar (palma de la mano)
- Colocar un cubo en cada mano del niño para que los sostenga
- Ayudar al bebé a pasar un objeto de una de las manos a la otra.
- Sentado delante del niño, ayudarlo a golpear con las manos abiertas sobre una mesa.
- Tocar una campanita en el lugar más alejado del niño, esto es, en otra habitación y observar si el niño percibe ese sonido
- Enseñar un juguete atractivo al niño y observar si lo mira. Después, mostrar otro, tratando de desviar su mirada para el segundo juguete
- Enseñar un juguete al niño y platicarle, después, dejarlo caer verificando si lo busca.

- Colocar un juguete cerca al niño, enseñárselo, platicándole sobre el mismo, estimulándolo a alcanzarlo
- Dar alimentación pastosa, con cuchara al niño
- Ayudar al niño a sostener un panecillo con las manos
- Dar agua al niño en un vaso, ayudándolo a sostenerlo

COMPORTAMIENTO CARACTERÍSTICO**7 MESES**

COGNOSCITIVOS	PSICOMOTORES
<ul style="list-style-type: none"> -Emite sonidos vocálicos polisílabos (lalen) -Llorando, emite "m,m,m" -Comprende "no-no" verbalizando a través del gesto, demostrando entender en, por lo menos, tres situaciones 	<ul style="list-style-type: none"> -En (s), levanta la cabeza -En (s), rueda sobre su tronco (movs. separados de hombros y caderas), impulsando el cuerpo con brazos consigue sentarse -Se sienta espontáneamente para jugar -Sentado, se mantiene erecto, apoyado en manos -Se desplaza de un lugar a otro, arrastrándose o rodando, gatea con las rodillas y manos en el suelo -Se mantiene de pie apoyado en una silla -De pie, sostiene gran parte de su cuerpo -De pie, salta activamente (apoyado) -Coloca los dedos del pie en la boca -Rota la muñeca -Presenta prensión palmar radial -Golpea la sonaja u otro objeto sobre la mesa -Sacude la sonaja indefinidamente -Trata de agarrar la pelota con toda la mano -Sostiene un objeto y agarra otro
SOCIALES	DE LA VIDA DIARIA
<ul style="list-style-type: none"> -Acaricia la imagen reflejada en el espejo -Conoce a las personas de la casa -Reacciona ante personas extrañas -Se muestra ansioso al ver a su madre preparar la comida 	<ul style="list-style-type: none"> -Toma bien alimentos sólidos -Reacciona cuando lo ríen o jalan suavemente su ropa, llora, intenta voltearse y moverse

ACTIVIDADES PROPUESTAS**7 MESES**

- Continuar con los ejercicios de los meses anteriores
- Con el niño en supino, ayudarlo a levantar la cabeza, colocando una almohada bajo la misma, mostrándole juguetes. En la medida en que vaya venciendo dificultades colocar los juguetes más bajos para estimularlo a levantar solo la cabeza
- Ayudar al niño a pasar de la posición supina a prona, apoyándose en los antebrazos. Ejecutar esta actividad varias veces por día
- Usar objetos atrayentes para motivarlo a levantarse y sentarse
- Colocar al niño en supino y provocar ruidos cerca de él para estimularlo a desplazarse en dirección a la fuente sonora
- Colocarlo en prono y ejecutar la actividad anterior
- Sentarlo con sus manos apoyadas en el suelo, tratando de que mantenga esta posición por algunos minutos, en cuanto se le enseñe algún juguete
- Sentarlo con sus manos apoyadas en el suelo, tratando que mantenga esta posición por algunos minutos, en cuanto se le enseñe algún juguete.
- Colocar al niño con las piernas flexionadas y las manos apoyadas en el suelo, jugar con él, manteniendo esta posición por algunos minutos
- Hacerlo gatear con las rodillas y las manos apoyadas en el suelo, ejecutando movimientos simultáneos de brazos y piernas del mismo lado del cuerpo (patrón homolateral)
- Usar juguetes para motivarlo a levantarse apoyado en un barandal, una silla o en paralelas.
- Colocarlo de pie, ayudándolo a saltar, sosteniéndolo por abajo de los brazos.
- Colocarlo de pie, apoyado en un barandal y jugar con él, manteniéndolo en esta posición por algunos segundos. Ejecutar esta actividad varias veces por día y aumentar el tiempo en la medida en que el niño vaya venciendo dificultades

- Estando el niño en supino, ayudarlo a llevar los pies a la boca
- Colocar un juguete en la mano del niño, platicando con él, estimulándolo a agitar con la mano girando la muñeca.
- Colocar al niño cerca de una mesa, estimulándolo a golpear la sonaja u otro objeto contra ella
- Colocar un objeto en la mano del niño, estimulándolo a pasarlo de una de las manos a la otra
- Colocar un objeto en la mano del niño que se encuentra sentado y platicarle sobre un segundo objeto, estimulándolo a alcanzarlo
- Platicar con el niño frente al espejo, estimulándolo a pasar la mano por su rostro, piernas, brazos, etc
- Platicar con el bebé para que reconozca las voces de las personas que conviven con él
- Platicar con el bebé, llamándole por su nombre

COMPORTAMIENTO CARACTERÍSTICO

8 MESES

COGNOSCITIVOS	PSICOMOTORES
<ul style="list-style-type: none"> -Vocaliza sílabas simples como "da-laa" -Responde al "no" y a su nombre -Imita la entonación de la voz -Trata de expresar sus necesidades a través de gestos y/o vocalizaciones diferentes al llanto. Señala el objeto deseado, peticiona para indicar necesidades -Imita el golpear con un tambor con una lata y una varita -Usa gestos significativos, ejemplo: Dice "adós" con las manos 	<ul style="list-style-type: none"> -En (p) -jira el cuerpo -Sentado, permanece un minuto erecto sin apoyo, sintiéndose inseguro -Sostiene el cuerpo en posición de gateo -Se levanta, cuando es ayudado con las dos manos -Agarra, utilizando el pulgar -Presenta prensión deficiente de tipo inferior en tuerca -Trata de alcanzar objetos ubicados en cualquier plano visual -Retiene un segundo objeto cuando se le presenta un tercero -Sostiene los objetos con movimientos de pinza, sin usar la palma de las manos
SOCIALES	DE LA VIDA DIARIA
<ul style="list-style-type: none"> -Toma conocimiento de lo que sucede en casa a su alrededor -Reconoce a los familiares -Se retrae con los extraños -Colocado junto a otro niño lo trata como juguete -Reconoce sus alimentos -Reconoce los utensilios en los que se sirven los alimentos. Ej. biberón, plato, cuchara, vaso 	<ul style="list-style-type: none"> -Sostiene la cuchara

ACTIVIDADES PROPUESTAS

8 MESES

- Realizar las mismas actividades de los meses anteriores
- Sentar al niño sin apoyo, dejándolo en esa posición
- Reconocer al niño de espaldas y enseñarle un juguete para motivarlo a pasar de esta posición a sentado
- Ayudarlo, sosteniéndolo por las manos, a pasar de sentado a parado
- Sentar al niño en el suelo y enseñarle juguetes para que, con auxilio de algún apoyo procure levantarse.
- Sentar al niño frente a una mesa y darle varios cubos para que los manipule libremente
- Hacer sonar una sonaja o campana y animar al niño a hacer lo mismo
- Dar al niño objetos de goma, de diferentes consistencias para que los palpe y los muérdra
- Colocar frente al niño juguetes que hagan ruidos diferentes para estimularlo a localizar la fuente sonora
- Hacerlo jugar con una argolla amarrada a un cordón y demostrarle cómo se balancea
- Sentar al niño y ayudarlo a jugar con una pelota grande
- Sentar al niño y ayudarlo a alcanzar un objeto colocado a distancia
- Ayudar al niño a flexionar y oponer el pulgar, cuando sostiene objetos
- Estimular al niño a sostener objetos, utilizando índice y pulgar.
- Darle una cuchara de mango grueso para que trate de comer solo

COMPORTAMIENTO CARACTERÍSTICO

9 MESES

COGNOSCITIVOS	PSICOMOTORES
<ul style="list-style-type: none"> -Imita sonidos -Imita sílabas repetidas: da-da (ecolalia) -Entiende gestos "ven acá", pega en objetos que se le señalan -Dice adiós cuando escucha la palabra o ve el gesto -Identifica su propio nombre o apodo -Responde a su nombre -Observa su ambiente -Se detiene a mirar los detalles de un objeto -Comienza a identificar los sonidos escuchados 	<ul style="list-style-type: none"> -En (s) rueda a (p), no le gusta estar en supino -Gatea con las rodillas y las manos en el suelo, con movimiento simultáneo alternado de brazo y pierna -Presenta hombros y codos, los junta al tronco y después vuelve a acomodarlos -Sentado, se inclina al frente, regresando a la posición inicial -Permanece sentado por más de 10 min -Presenta extensión simétrica de miembros inferior -De pie se apoya en un barandil, sostiene el peso del cuerpo -Presenta presión de tipo tiera -Opone el pulgar al índice -Tira juguetes y los sigue con la mirada -Sacude y golpea un objeto contra otro -Coloca objetos dentro de cajas
SOCIALES	DE LA VIDA DIARIA
<ul style="list-style-type: none"> -Se alegra en compañía de los padres u otros familiares -Trata de agarrar a las personas por la ropa 	<ul style="list-style-type: none"> -Sostiene el biberón -Demuestra preferencia por algunos alimentos -Es capaz de comer algunos alimentos sólidos -Sostiene un objeto con la mano y lo lleva a la boca -Mastica alimentos semi-sólidos (purés, papillas) -Es capaz de deglutir algunos alimentos sólidos

ACTIVIDADES PROPUESTAS

9 MESES

- Ejecuta los ejercicios de los meses anteriores.
- Ayudar al niño a gatear, con las rodillas y las manos en el suelo, ejecutando movimientos alternados de brazos y piernas
- Sentarlo y colocar algunos juguetes cercanos y otros más lejos, estimulándolo a alcanzarlos
- Ayudar al niño a colocar cubos dentro de una caja, y después dejarlo ejecutar la tarea
- Ejecutar ejercicios de oposición del pulgar con ayuda
- Colocar dos cubos, uno en cada mano del niño, ayudándolo a golpear uno contra otro
- Sentar al niño, colocando varios objetos en su mano, orientándolo a buscarlos cuando caen.
- Darle un panecillo para que lo tome en la mano y lo lleve a la boca
- Decir sílabas repetidas, estimulándolo a imitar los sonidos escuchados.
- Señalar objetos, nombrándolos y pidiendo al niño que los toque
- Decir al niño "ven acá", enfatizando con gestos, para que el niño venga en dirección del maestro.
- Llamar al niño por su nombre varias veces al día
- Mostrar al niño los objetos de su casa llevándolo a observarlos
- Platucar con el niño sobre un juguete mostrándole detalles del mismo
- Ejemplo. Mira el patito del nene.
Mira su nariz o su pico, etc.
¿Dónde está el pico del patito?
- Provocar sonidos diferentes, para estimular a identificar los sonidos escuchados. Iniciar con dos instrumentos.
- Ejemplo. Sonaja y campanita separadamente.

COMPORTAMIENTO CARACTERÍSTICO

10 MESES

COGNOSCITIVOS	PSICOMOTORES
<ul style="list-style-type: none"> -Ecolalia: da-da, ma-ma -Emite una o dos palabras -Acercas el índice a un objeto para mostrarlo, vocalizando -Dice adios y golpea las palmas 	<ul style="list-style-type: none"> -En prono, se desplaza una distancia de 1.5 m -Gatea de cualquier manera -Sentado, permanece firme indefinidamente -Pasa de posición sentado a posición de pie a través de movimientos segmentarios del tronco (movimientos independientes de hombros y caderas) -Coloca los pies en el suelo y da los primeros pasos -Pasa de posición sentada a prono -Se yergue apoyado en las dos manos o en una de ellas solamente -Realiza gran actividad con el dedo índice -Hace oposición del pulgar con el índice -Presenta prensión de tipo pinza inferior -Inicia pinza superior -Jala juguetes por el cordón -Asegura objetos pequeños con movimientos de pinza -Hace una torre con dos cubos -Coloca objetos pequeños dentro de una caja -Sacude una campana o campanita espontáneamente
SOCIALES	DE LA VIDA DIARIA
<ul style="list-style-type: none"> -Procura atraer la atención sobre si -Observa las personas que pasan 	<ul style="list-style-type: none"> -Agarra un panecito con la mano para comerlo

ACTIVIDADES PROPUESTAS

10 MESES

- Continuar con los ejercicios de los meses anteriores.
- Colocarlo en prono y mostrarle objetos distintos, obligándolo a arrastrarse para agarrarlos
- Estimularlo a gatear, colocándolo en la posición mostrándole objetos a distancia
- Colocarlo sentado, próximo a barandal o corralito, y mostrarle juguetes a la altura del barandal, para estimularlo a levantarse y mantenerse de pie
- Ayudarlo a pasar de posición sentado a posición prono
- Después que el niño consiga colocar bolitas en una caja, hacerlo colocarlas dentro de un vaso y retirarlas; en seguida, llevarlo a ejecutar la misma actividad sin ayuda
- Sentar al niño, colocar varios objetos pequeños próximos a él, ayudándole a tocarlos, utilizando pulgar e índice
- Estimular a aplaudir sin ayuda
- Enseñarlo a decir adios, hasta que consiga hacerlo solo
- Colocar panecitos u otro alimento sólido, dentro de un plato, para que lo agarre, lo lleve a la boca, y lo mastique
- Colocar un vaso sobre la mesa, pidiendo al niño que lo agarre y lo lleve a la boca, sin ayuda.

COMPORTAMIENTO CARACTERÍSTICO

11 MESES

COGNOSCITIVOS	PSICOMOTORES
<ul style="list-style-type: none"> -Presenta ecolalia -Sentado o de pie, se vuelve hacia atrás al escuchar ruido -Obedece órdenes simples en situaciones habituales -Da un juguete a otra persona -Sostiene un lápiz y rayona -Juega sólo y emite sonidos como si quisiera hablar -Reacciona cuando lo llaman por su nombre 	<ul style="list-style-type: none"> -Sentado, usa los brazos como apoyo para impedir caer hacia atrás -Sentado, se balancea hacia adelante y hacia atrás -Gatea con movimientos homolaterales -Se sostiene en pie y vuelve a la posición inicial -Permanece de pie apoyado -Camina con ayuda o con apoyo -Presenta movimiento de pinza superior casi perfecto -Mira y balancea el budojo de una campana -Coloca un cubo dentro de un recipiente sin soltarlo -Agarra objetos dentro de cajas -Sostiene una campana o una sonaja por la punta del mango -Sostiene la punta de un cordón para jalar juguetes con ruedas -Usa más específicamente el índice y el medio -Lanza proyectiles de papel
SOCIALES	DE LA VIDA DIARIA
<ul style="list-style-type: none"> -Procura atraer la atención de las personas que están 	<ul style="list-style-type: none"> -Toma un vaso y lo lleva a la boca, consiguiendo beber

ACTIVIDADES PROPUESTAS

11 MESES

- Repita los ejercicios de los meses anteriores
- Colocar al niño sentado, varias veces en el día, estimulándolo a manipular juguetes y a interesarse por los mismos.
- Colocar una crayola de cera bastante gruesa en la mano del niño y ayudarlo a rayonear en un papel.
- Hacer al niño sacar cubos de madera de una caja
- Colocar un juguete en la mano del niño y pedir que lo entregue
- Jugar con el niño a cachar y sostener una pelota
- Darle objetos a fin de que lo aviente contra un blanco, primero demostrándole cómo hacerlo y luego dejando que lo haga solo
- Colocar al niño sentado y mover una sonaja atrás de él en diferentes posiciones, estimulándolo a voltear hacia donde escuchó el sonido
- Colocar al niño de pie, apoyado en algo y ejecutar la misma actividad anterior.
- Manipular con él, libros de historias y revistas con grabados grandes y coloridos, mostrandoselos y platicarle sobre las mismas.
- Llevar al niño a sostener un objeto por la punta de un cordón, moviéndolo en varias direcciones.

COMPORTAMIENTO CARACTERÍSTICO

12 A 17 MESES

COGNOSCITIVOS	PSICOMOTORES
<ul style="list-style-type: none"> -Ríe y grita -Usa dos o tres palabras además de "mamá-dadá" -Emplea solamente sustantivos -Discrimina sonidos graves -Escucha las palabras con más atención -Ejecuta órdenes simples, dadas en forma concreta "ven acá", "hasta luego" -Extiende el brazo y entrega objetos en respuesta a una orden "dame eso" -Responde a palabras inhibitorias "detente", "no hagas", "se acabó" -Identifica una variedad de palabras que implican acciones (abrir, cerrar, sentar, quedar de pie y) -Expresa sentimientos de: miedo, afecto, celos, ansiedad, y simpatía -Es capaz de asociar sonidos a conductas adquiridas (es capaz de soplar una corneta cuando oye y golpea un tambor cuando oye uno) -Usa la palabra-frase 	<ul style="list-style-type: none"> -Sentado, gira o se tuerce para todos lados -Gatea con movimientos alternados. Usa las manos y la planta de los pies -Permanece en pie sin apoyo, durante algún tiempo -De pie, camina apoyado -Para caminar, necesita ser sostenido por una mano -Ensayá sólo los primeros pasos -Camina torpemente, levantando los brazos para equilibrarse -Camina, sin dirección cierta, necesitando la asistencia del adulto o apoyándose en objetos grandes -Al caminar, cuando siente que va a perder el equilibrio, cede para atrás, sentándose -Demuestra preferencia por una de las manos, para golpear objetos -Preñion en pinza superior perfecta -Ordena cubos en fila -Coloca bloques en una caja y los retira -Jala un sombrero de la cabeza -Rueda la pelota con movimientos imitando los del adulto -Sostiene un juguete por el cordón
SOCIALES	DE LA VIDA DIARIA
<ul style="list-style-type: none"> -Procura participar del grupo familiar -Trata de apoderarse del juguete de otro niño -Reacciona cuando algún niño trata de quitarle su juguete 	<ul style="list-style-type: none"> -Solo sostiene el plato y la cuchara, necesitando ayuda para llevar el alimento a la boca -Sobrieta ir al baño -Reconoce si está mojado y se irrita cuando esto sucede -Permite que le laven y sequen las manos y la cara -Coopera al vestirlo, extendiendo brazos y piernas -Ayuda a desvestirse, es capaz de quitarse los zapatos (sin lazo) y las medias

ACTIVIDADES PROPUESTAS

12 A 17 MESES

- Con el niño sentado, mostrarle juguetes, colocados a pequeña distancia, estimulándolo a girar el cuerpo para que consiga alcanzarlos.
- Sentar al niño en el suelo y provocar un ruido atrás de él. Llevarlo a reaccionar al estímulo, torciendo el tronco para mirar en la dirección del sonido escuchado
- Colocar al niño para gatear, ayudándolo a ejecutar movimientos alternados de brazos y piernas
- Hacerlo dar algunos pasos, asegurándolo por la ropa
- Darle oportunidad para que juegue con una silla baja, en la que pueda sentarse solo
- Dejarlo sentarse y levantarse solo, en caso de que va camine
- Enseñarlo a chutar una pelota grande
- Hacerlo jugar con una pelota frente a un espejo
- Ayudar al niño a jalar y aventar un sombrero de la cabeza
- Dejar al niño manipular libremente revistas, libros de historias y figuras exageradas. Ayudarlo, si es necesario a hoquear las revistas y libros, nombrando las figuras para el niño
- Hacer un tren de cubos incentivando al niño a imitar
- Amarrar un cordón en un carrito y ayudar al niño, de pie, a jalarlo por el cordón.
- Sentar al niño en el suelo, incentivándolo con juguetes y palabras a que de algunos pasos solo, apoyándose en algún objeto o mueble

- Sentar al niño frente a la mesa y construir una torre con dos cubos para que el niño observe y haga lo mismo.
- Jugar con el niño frente al espejo: juegos cantados o dramatizaciones simples, aplausos, adiós, besos, señalar los ojos, la boca, el cabello, el pie, el zapato, la barrita, etc.
- Conversar con el niño, usando expresiones familiares tales como: papá, mamá, ven acá, hasta luego, dame, agua, dónde está, pelota, etc.
- Usar onomatopeyas para identificar objetos y animales conocidos por el niño
- Mostrar objetos al niño, nombrándolos: ejemplo: carro, pelota, etc.
- Hacerlo cumplir órdenes simples
 - abre la caja
 - cerrar un frasco
 - sentarse
- Colocar el plato con comida y la cuchara al lado, el niño deberá agarrarla, introducirla en el plato y comer solo, aunque derrame el alimento en la mesa
- Colocar al niño en la bañicica para que se habitue a usarla cuando sienta necesidad (hacerlo en horarios fijos con una periodicidad establecida, un máximo de 3 min)
- Ayudar al niño a lavar las manos y el rostro
- Enseñarle a secarse las manos
- Vestir al niño, verbalizando las partes del cuerpo en donde se coloca la ropa:
 - dame tu brazo.
 - dame tu pierna.
- Colocar las manos del niño, una vez en una palangana de agua fría, otra vez en agua caliente, para que sienta las diferencias de temperatura.

COMPORTAMIENTO CARACTERÍSTICO

18 A 23 MESES

COGNOSCITIVOS	PSICOMOTORES
<ul style="list-style-type: none"> -Usa lenguaje telegrafico -Vocaliza diez palabras incluyendo su nombre -Se comunica espontáneamente, usando sustantivos principalmente dislabos repetitivos -Emplea algunos verbos -Comienza a entender la idea "mío" y "tuyo" -Reconoce partes de su propio cuerpo -Es capaz de identificar tres objetos familiares contenidos en una caja -Utiliza mucho el "no" (incluso para decir si) -Mira atentamente las figuras de un libro -Señala y nombra grabados en un libro o revista -Comprende órdenes simples -Posee un vocabulario de 20 a 100 palabras -Identifica objetos semejantes (2 aros, 2 pelotas) -Identifica formas circulares por el tacto y las coloca en el cuadro de figuras geométricas. -Hace garabatos espontáneamente líneas discontinua 	<ul style="list-style-type: none"> -Se sienta sólo en sillas bajas, trepa en altas -Se sostiene de pie sin soporte -Cae raras veces -Camina solo, casi corriendo, desgarbado -Ejecuta marcha rápida y carrera -Camina con los brazos a lo largo del cuerpo -Sube y baja escaleras, tomado de la mano -Sube y baja escaleras, apoyando manos y pies -Construye una torre de 3 o 4 cubos -Juega o deja caer objetos al suelo, observandolos -Empuja una pelota con el pie -Arrastra un juguete en el suelo -Llena una cubeta con cubos -Encarta argollas en un bastón -Abre y cierra recipientes simples, latas, cajas, etc -Pasa dos o tres páginas de un libro cada vez -Carga o abraza una pelota o muñeca -Avienta una pelota -Muestra partes del cuerpo, mano, pie, nariz, ojos
SOCIALES	DE LA VIDA DIARIA
<ul style="list-style-type: none"> -Ayuda en tareas domésticas, alcanzando objetos perdidos 	<ul style="list-style-type: none"> -Pierde interés por el biberón -Come sólo con cuchara pero derrama alimento -Sostiene un vaso con las dos manos, bebe pero derrama -Controla esfínteres durante el día -Despierta de noche para ser cambiado -Ayuda a lavarse y secarse -Se desviste con ayuda -Quita calcetines y ropa sencilla -Se pone zapatos abiertos

ACTIVIDADES PROPUESTAS

18 A 23 MESES

- Continuar estimulando al niño a pasar de una posición a otra
 - de prono a supino
 - de prono a parado
 - de prono a sentado
 - de sentado, pasar a posición de gateo
 - de posición de gateo, quedar de rodillas
 - de rodillas a parado
- Estimularlo a subir y bajar escaleras con y sin ayuda.
- Ayudarlo a construir una torre con 3 o 4 cubos
- Jugar con un juguete en el suelo y pedir que lo entregue
- Colocarle de pie y ayudarlo a empujar una pelota
- Incentivarlo a colocar argollas en un bastón
- Incentivarlo a aventar una pelota
- Incentivarlo a mostrar las partes de su cuerpo, mano, pie, ojo, cabello, nariz, etc.
- Usar una caja, que contenga 3 objetos de interés para el niño y pedirle que los identifique
- Conversar con el niño sobre los mismos y después preguntar
 - ¿Dónde está la pelota?
 - ¿Dónde está el carro?
 - ¿Dónde está la muñeca?
- Mostrar al niño grabados en un libro o revista y posteriormente, pedirle que lo señale

- Mostrar al niño objetos semejantes contenidos en una caja, estimulándolo a identificar dos a dos, ejemplo, 2 pelotas, 2 bloques de color, 2 cucharas, etc. Inicialmente trabajar sólo con dos objetos iguales en forma y tamaño.
- Trabajar con un cuadro de formas geométricas, con las figuras separadas.
- En esta fase, pedir al niño que encaje las figuras en los lugares adecuados.
- Dejarlo sostener un vaso con las dos manos, ayudándolo a llevarlo hasta la boca para beber.
- Preguntarle si desea ir al baño.

COMPORTAMIENTO CARACTERÍSTICO**2 AÑOS**

COGNOSCITIVOS	PSICOMOTORES
<ul style="list-style-type: none"> -Forma frases con tres palabras -Usa "tu", "yo" -Empieza sustantivos y verbos. -Usa y responde „Que es esto”, „Dónde está” -Nombra figuras -Le gusta oír historias (repetidamente) -Identifica algunos objetos por el uso -Comprende órdenes dobles, coge tu vaso y siéntate -Percebe la diferencia entre "dentro y debajo" usando el propio cuerpo, o colocando un objeto -Es capaz de señalar cuatro o cinco partes del cuerpo en un muñeco o en otra persona -Usa un vocabulario de 200 o 300 palabras -Demuestra capacidad de asociación juntando objetos por especie. Ej. junta zapato y bota -Percebe el objeto o persona que está faltando -Discrimina dos o tres formas diferentes -Discrimina negro y blanco (muestra preferencia) -Después de algunos intentos adapta encajes (2 o 3 piezas en un cuadro de figuras geométricas) -Imita rasgos en V y circulares -Distingue verbalmente funciones urinarias e intestinales 	<ul style="list-style-type: none"> -Se mantiene de rodillas y se levanta sin ayuda -Sube y baja escaleras solo, un escalón a la vez apoyándose en pasamanos -Anda en triciclo con dificultad, (en círculo) -Corre bien y no se cae -Aproxima el pulgar al meñique por imitación -Opone el pulgar al meñique -Presenta prensión de tipo pinza inferior -Construye una torre con 6 o 7 cubos -Trepa en una silla para alcanzar objeto -Gira una perilla de puerta -Usa las tijeras -Ensarta cuentas usando las dos manos -Pasa páginas de libros o revistas una por una
SOCIALES	DE LA VIDA DIARIA
<ul style="list-style-type: none"> -Se refiere a sí mismo por el nombre -Predominancia de juego paralelo (egocéntrico) (Cada niño juega solo aunque compartan juguetes) 	<ul style="list-style-type: none"> -Pide ir al baño -Controla esfínteres durante la noche -Imita el peinado del cabello -Viste ropas simples -Baja y sube cierre de chamarras -No da muchas vueltas para introducir la cuchara a la boca -Sostiene la cuchara con el pulgar y los radiales -Se distrae jugando con la comida -Lleva la cuchara a la boca sin derramar -Mastica bien alimentos sólidos -Bebe de un vaso y coloca sobre la mesa sin derramar líquidos

ACTIVIDADES PROPUESTAS**2 AÑOS**

- Colocar al niño de rodillas, estimulándolo a levantarse sin ayuda.
- Estimularlo a subir y bajar escaleras, usando el pasamano como apoyo
- Colocarlo en un triciclo, con los pies en los pedales, ayudándolo a ejecutar los movimientos correctos con las piernas.
- Españar juguetes pequeños, estimulándolo a buscarlos y colocarlos en una caja utilizando movimientos de pinza.

- Ayudarlo a construir una torre de 6 o 7 cubos
- Colocar un juguete en el respaldo del sofá, estimulándolo a trepar para alcanzarlo.
- Colocar al niño próximo a una puerta y ejecutar el movimiento de girar la perilla o la manija de la puerta, para que haga lo mismo
- Dejarlo usar unas tijeras de juguete, mostrándole como debe sostenerlas
- Enseñarle al niño a desatar y a tapar
- Darle papel grande en plano vertical y lápiz grueso para que raye Usar también pincel tipo brocha y pintura de agua
- Mojar la mano en agua y pasarla libremente en un pizarrón ejecutando movimientos amplios con los brazos.
- Jugar libremente en una caja de arena
- Conocer, nombrar y localizar las partes de su cuerpo frente a un espejo
- Hacerlo caminar, sentarse, arrodillarse, pararse, ponerse de lado, boca abajo, boca arriba, para que vaya conociendo las partes de su cuerpo y aprendiendo a mantener y cambiar de posición
- Estimularlo a sentir y conocer los órganos de los sentidos. Ejemplo: oír instrumentos musicales, oler y soplar pequeños objetos, etc.
- Trabajar con el niño frente al espejo, mostrándole caras triste, alegre, enojada, para que las reconozca y las imite.
- Frente al espejo de pie, enumerar con el niño las partes de su cuerpo: cabeza, ojos, nariz, boca, oreja, brazos, manos, piernas y pie
- Ejecutar la misma actividad sentado, recostado y de lado
- Mostrar las partes del cuerpo del profesor
- Mostrar al niño un muñeco articulado, con partes destacadas, para que las reconozca y las indique
- Ejecutar la actividad de arriba, utilizando un grabado
- Enseñar al niño a hojear libros y revistas (una página cada vez)
- Usar una colección de grabados y objetos para enumerar
- Oír historias ilustradas en el fonógrafo
- Dar órdenes al niño para que las cumpla. Ejemplo: cierra la puerta, ve a jugar, agarra la camisa.
- Identificar sonidos onomatopéyicos. Ejemplo: „Quién hace“
 - guau . . . guau
 - muu . . . muu
 - beee . . . beee.
- Usar actividades diversas para dar noción de dentro, fuera, encima, debajo. Inicialmente dejar al niño usar su propio cuerpo. Ejemplo: Ponte debajo de la mesa.
Metete dentro de la caja, etc.
- Mostrar dos objetos al niño y cubrirlos con una caja, después quitar uno de ellos y preguntar qué falta.
- Colocar varios objetos sobre la mesa que sean de interés para el niño y pedirle que separe los que sean suyos.
- Beber agua sólo colocando de nuevo el vaso sobre la mesa.
- Darle una cantimplora, jarro o termo para sostenerlo.
- Quitar abrigos desabotonados y zapatos sin agujetas ni correas
- Enseñarlo a usar las palabras adecuadas para las funciones intestinales y urinarias.

COMPORTAMIENTO CARACTERÍSTICO

3 AÑOS

COGNOSCITIVOS	PSICOMOTORES
<ul style="list-style-type: none"> -Empieza sustantivos, verbos en indicativo, adjetivos y pronombres "mío, yo, tú, para mí" -Reconoce plurales -Usa preposiciones: hasta, con, sin -Usa y responde: „por que", „como", „cuando" -Identifica cuatro objetos por el uso -Nombrar por lo menos 8 figuras -Reconoce 3 acciones en grabados -Explica la acción -Obedece ordenes -Visualiza anuncios comunes de TV y cartelones -Reconoce el apellido, sexo, y edad -Posee concepto de tamaño -Maneja elementos de cuantificación -Es capaz de formar colecciones, identificar y comparar -Mantiene la atención por periodos cortos cuando escucha comentarios sobre un grabado -Las estructuras de lenguaje se encuentran en desarrollo (usa palabras de manera inadecuada) -Posee capacidad de representación -Posee un vocabulario aproximado de 900 palabras -En un cuadro afineado es capaz de encajar figuras circulares, triangulares y cuadrangulares -Identifica sus dibujos -Copia una cruz al dibujar -Imita una cruz al dibujar -No identifica el frente y la espalda en la ropa -Dibujo en la fase celular 	<ul style="list-style-type: none"> -Alterna los pies al subir escaleras (patrón cruzado) -Salta del último peldaño -Camina en la punta de los pies -Se impulsa con los dos pies -Se equilibra momentáneamente sobre un pie -La lateralidad se está definiendo -Baja la escalera descansando los dos pies en cada peldaño -Hace una torre de 10 cubos -Realiza construcciones en dos dimensiones -Imita un puente de cubos -Sostiene un vaso sin tocar la mesa -Sostiene objetos pequeños -Entrega la tapa de un frasco -Recibe la pelota con los brazos extendidos -Dobla pedazos de papel -Dobla un papel transversal o longitudinal -Sostiene el lápiz, usando el pulgar y tres dedos correctamente -Baya entre dos líneas paralelas trazadas horizontalmente -Anda en triciclo usando los pedales -Camina sobre un círculo trazado en el suelo -Reconoce objetos familiares, tocándolos y agarrándolos sin usar la vista
SOCIALES	DE LA VIDA DIARIA
<ul style="list-style-type: none"> -Le gusta hacer amigos -Come sin hablar -Demuestra preferencia por alguna ropa (la camiseta el vestido preferido) 	<ul style="list-style-type: none"> -Ayuda a disponer la mesa -Sostiene la cuchara correctamente -Comienza a utilizar el tenedor -Sirve agua de un recipiente a un vaso -Va solo al sanitario -Adopta la posición correcta cuando usa el sanitario -Trata de lavarse después de usar el sanitario -Se lava los dientes necesitando ayuda -Usa adecuadamente el pañuelo -Se abotona adecuadamente (botones al frente o laterales) -Se desviste solo y rapido -Se pone vestidos simples -Trata de amarrar las agujetas del zapato

ACTIVIDADES PROPUESTAS

3 AÑOS

- Sube sólo las escaleras
- Ayudar al niño a saltar de una silla baja, de la orilla de la banqueta, etc.
- Caminar en la punta de los pies para adelante y para atrás.
- Baticar como sapo, flexionando bien las piernas.

- Caminar de rodillas: adelante, atrás, para los lados.
- Ejecutar ejercicios variados con diferentes partes del cuerpo -con la cabeza- moverla para adelante, para atrás, para los lados, cambiando las posiciones del cuerpo: de pie, sentado, acostado
- con los brazos- levantarlos en todas direcciones (de lado, sentado, acostado, de rodillas).
- con las piernas- acostado, mover las piernas en varias direcciones.
- con el tronco- inclinarse, dejar caer la cabeza, los hombros, el tórax y los brazos.
- con los pies- sentado, mover los pies en varias direcciones.
- con las manos- mover las manos y los dedos, abrir y cerrar las manos, golpear con las manos abiertas sobre la mesa, hacer círculos con las manos.
- Ayudarlo a construir una torre con diez cubos.
- Imitar un puente de cubos.
- Separar pequeños objetos por especie, utilizando índice y pulgar
- Doblar pedazos de papel y tela
- Aventar una pelota al adulto con los brazos extendidos
- Construir con bloques de madera
- Realizar marcha acompañado de música
- Andar en triciclo
- Pintar un círculo en el suelo y ayudarlo a caminar sobre él. Obs: Inicialmente se podrá delinear el círculo con cuerda, para que a través del tacto con los pies descalzos, el niño sienta la espesura del material
- Mostrar dos objetos al niño, dejando que los palpe, después, hacerlo con los ojos cerrados para que identifique a través del tacto. Obs: Poco a poco aumentar el número de objetos.
- Aparcar objetos concretos con partes del cuerpo:
 - cepillo-dientes
 - zapato-pie
 - pulsera-muñeca, etc.
- Mostrar al niño un álbum con grabados de personas, señalando y nombrando partes del cuerpo.
- Buscar un objeto que ha sido previamente escondido
- Señalar acciones mostrada en dibujos
- El niño juega a la pelota
- La niña lava su cara
- Señalar figuras en una fotografía: „Muestrame los artistas “ „Donde está el perro “
- Mostrarle palabras que el niño ve todos los días en diferentes partes, diciendole que dice para que las identifique Ejem: Su nombre, mamá, papá etc
- Emplear el singular y el plural, observando objetos y dibujos.
- Establecer relaciones contrastantes de tamaño y cantidad, utilizando material concreto
- Encajar el círculo, el cuadro o el triángulo en un cuadro con figuras resacasadas.
- Estimularlo a sostener la cuchara con precisión
- Pedirle que coloque la servilleta o mantel individual en la mesa para comer
- Incentivarlo a beber de un jarro sin ayuda
- Abotonar la ropa con ayuda
- Incentivarlo para tomar posición correcta al utilizar los sanitarios.
- Ayudarlo a cepillar los dientes
- Sonarse la nariz, usando el pañuelo, correctamente

COMPORTAMIENTO CARACTERISTICO

4 AÑOS

COGNOSCITIVOS	PSICOMOTORES
<ul style="list-style-type: none"> -Emite los fonemas: b, d, f, g, m, n, p, k, r, y las vocales -Emplica sustantivos, adjetivos, adverbios, verbos en futuro, pronombres (principalmente "yo") y el posesivo su -Emplica "como" y "por que" -Usa oraciones completas cortas y simples -Usa sentencias de 5 palabras -Reconoce objetos por su función -Es capaz de seguir dos órdenes simples, en lenguaje más elaborado. Ejem: ponte tus zapatos y coge el juego de armar -Repite pequeñas canciones y versos -Discrimina sonidos por la intensidad -Dice su nombre completo -Responde a preguntas que necesitan comprensión, exigiendo conclusiones lógicas -Comprende 3 órdenes -Comprende órdenes complejas -Discrimina sonidos no verbales -Puede contar hasta 4 pero su concepto numerico no va mas allá de uno, dos y muchos -Tiene un vocabulario de 1500 palabras -Junta objetos por la forma y textura a través del tacto -Selecciona objetos pequeños con movimientos de pinza -Separa objetos cuadrados, redondos, etc. (inicio de clasificación) 	<ul style="list-style-type: none"> -Corre y raramente tropieza (domina la carrera) -Corre y salta sobre un pie -Salta sobre uno y otro pie -Baja escaleras alternando los pies (patron cruzado) -Es capaz de realizar movimientos aislados del cuerpo -Equilibrarse solo en un pie, durante más de ocho segundos -Ya posee mano preferida -Constriñe tanto en posición horizontal como vertical -Camina sobre la línea de un cuadrado dibujado por el profesor -Juega la pelota (movimientos de tobillo) -Recibe la pelota con los brazos flexionados -Coloca canicas con rapidez dentro de un frasco.
<p>SOCIALES</p> <ul style="list-style-type: none"> -Juegos constructivos -Estima el juego con otros niños -Todavía no está apto para mantener contacto activo con un grupo de niños 	<p>DE LA VIDA DIARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pone la mesa correctamente -Usa tenedor apropiadamente -Usa la servilleta adecuadamente -Sirve agua de una jarra en un vaso derramando líquido -Necesita ayuda para bañarse y secarse -Peina los cabellos con ayuda -Cepilla los dientes con ayuda -Lava las manos y cara -Distingue frente y espalda de la ropa. -Abotona y desabotona ropa

ACTIVIDADES PROPUESTAS

4 AÑOS

- Reconocer, nombrar y localizar partes del cuerpo (en posición, acostado, sentado, de rodillas, de pie y de lado)
- Correr libremente
- Saltar para adelante y para atrás y otras direcciones
- Bajar escaleras alternando los pies
- Realizar ejercicios rítmicos con palmadas y con instrumentos musicales
- Modelar usando barro o masa.
- Pintar utilizando manos, dedos.

