



137
24.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

LA ESTIMULACION TEMPRANA

Y

SU IMPORTANCIA EN EL DESARROLLO

DEL NIÑO.

(PROPUESTA PARA EL HOSPITAL PEDIATRICO LEGARIA).

AUTOR.

RENE MAURICIO GUZMAN CASTILLO.

DOMICILIO.

EXTREMADURA 198, COL. MIXCOAC.

DIRECTOR DE TESIS.

LIC. YOLANDA BERNAL ALVAREZ.

MEXICO, D. F.

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.

DEDICADA A:

MI ESPOSA,
IRIABETH MILLANUEVA LOPEZ,
POR SU CARINO Y TERNURA

A MIS HIJOS,
IRIABETH Y RODRIGO,
POR SU AMOR Y TERNURA.

A LA LIC. YOLANADA BERNAL,
POR SU INFINITO APOYO Y DEDICACION.

Y Á TODAS LAS PERSONAS QUE HICIERON POSIBLE LA REALIZACION DE
ESTE TRABAJO.

INDICE

	Págs.
I.- Introducción.....	1 - 4
II.- Planteamiento del Problema.....	4 - 8
III.- Justificación del Trabajo.....	8 - 13
A. Evaluación de Pacientes.....	10
B. Tratamiento a Pacientes.....	10 - 11
C. Información, Orientación y Capacitación a Familiares de los Pacientes.....	11 - 12
D. La Información, Orientación y Capacitación de los Profesionales de la Salud.....	12 - 13
IV.- Revisión de la Teoría.....	13 - 80
1. Crecimiento y Desarrollo.....	13 - 18
1.1 Definición.....	13 - 14
1.2 Semejanzas y Diferencias.....	14 - 18
2. Enfoques del Desarrollo.....	18 - 46
2.1 Principales Enfoques del Desarrollo.....	19 - 27
a) Enfoque Cognitivo.....	19 - 20
b) Enfoque Biológico-Madurativo.....	20 - 21
c) Enfoque Conductual.....	21 - 23
d) Enfoque Psicoanalítico.....	23 - 25
e) Enfoque Gestalt.....	25 - 27
2.2 Conclusiones Críticas sobre los Enfoques.....	28 - 29
2.3 Desarrollo y Estimulación Temprana...	29 - 46
3. Estimulación Temprana.....	46 - 80
3.1 Antecedentes de la E. T.....	47 - 54
3.2 Programas de E. T.....	54 - 58
3.3 Areas de Desarrollo.....	59 - 64
3.4 Algunos Programas Actuales de E.T.....	64 - 73
3.5 Algunos Trabajos Recientes.....	73 - 80
V.- Programa de Estimulación Temprana del Hospital Pediátrico Legaria (Dir.Gral.de Salud D.D.F.).....	81 - 129
1. Objetivos	
1.1 Objetivo General.....	81

1.2 Objetivos Específicos.....	82
1.2.1 "Elaborar un Programa de E.T..."	82
1.2.1.1 Preventivo.....	82
1.2.1.2 Asistencial.....	82
1.2.1.3 Rehabilitación.....	82
1.3 "Tener un Programa de E.T. de Acuerdo a las necesidades económicas, sociales y culturales de la población que acude a este Hospital".....	83
1.4 "Adaptar el Programa de E.T. de acuerdo a los Recursos Económicos, Físicos y Humanos de este hospital".....	84
1.5 "Informar, Concientizar y Adiestrar a los Profesionales de la Salud de este Hospital sobre lo que es la E.T.....	84
2. Método	
2.1 Población.....	84 - 86
2.2 Instrumentos.....	86
2.3 Subprogramas.....	86 - 87
2.4 Material.....	87
3. Procedimiento.....	88 - 96
ANEXO I	97 - 129
Conclusiones.....	130 - 131
Bibliografía.....	132 - 134

I.- INTRODUCCION.

Durante las últimas décadas se ha incrementado considerablemente el interés y los esfuerzos por mejorar la sobrevivencia y la calidad de vida de los niños; especialmente los pertenecientes a los grupos más desprotegidos de la población.

La Psicología, como todas las ciencias Biomédicas abarca los niveles de atención como son: PREVENTIVO, ASISTENCIAL Y DE REHABILITACION.

Una de las contribuciones de la Psicología del Desarrollo es la Estimulación Temprana que permite a los profesionales de esta disciplina interactuar con otros profesionales del equipo de salud (médicos, enfermeras Y trabajadoras sociales), participando activamente en la evaluación y tratamiento de las alteraciones del desarrollo de los niños.

Este tratamiento es un proceso por medio del cual el niño ejerce mayor control sobre el mundo que lo rodea, al mismo tiempo a menor edad siente gran satisfacción al descubrir que puede hacer las cosas por sí mismo. La Terapia se lleva a cabo a través de la repetición de diferentes acciones sensoriales y motoras que aumentan, por una parte el control emocional proporcionando al niño una sensación de seguridad y goce; y por la otra amplían las habilidades cognitivas e intelectuales que le facilitan el aprendizaje, ya que desarrolla destrezas y se estimula a sí mismo a través del juego libre y del ejercicio, de la curiosidad, la exploración y la imaginación.

Los Hospitales de los Servicios Médicos del D.D.F. entre los que se encuentra el Hospital Pediátrico Legaria, fueron Unidades de Urgencias cuyo objetivo principal era conservar y mantener la vida de los pacientes. La atención de las secuelas y limitaciones que dejaban las enfermedades se atendían en otros centros hospitalarios.

Por tal motivo a las autoridades y profesionales de la salud de esta institución no les interesaba difundir e implementar servicios de Estimulación Temprana y Rehabilitación.

Con los requerimientos de la vida moderna y las demandas de la población estos hospitales pasaron a ser GENERALES, sus servicios van encaminados a: "conservar y mantener la vida cuidando la calidad de vida de los pacientes". (1).

En estas condiciones surge la gran necesidad de elaborar un Programa para este tratamiento en el Hospital Pediátrico Legaria.

Por lo que el objetivo del presente trabajo es:

PROPONER UN PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA, PARA EL HOSPITAL PEDIATRICO LEGARIA.

El Programa tendrá como metas principales:

- a) Evaluar y tratar a los pacientes de consulta externa y del área de hospitalización. La evaluación se hará cuando ingrese el paciente al programa y posteriormente cada mes, para poder valorar en que nivel de desarrollo se encuentra y que área del mismo (motora, lenguaje, cognitiva, social-autocuidado) está más alterada.

El tratamiento incluye las actividades que se aplicarán a los niños para favorecer su desarrollo.

- b) Informar, orientar y capacitar a los familiares de los pacientes. La información y orientación de los familiares se llevará a cabo por medio de un folleto en el que se les explicarán las bondades, en que consiste y cual es la importancia de éste tipo de terapia.

La capacitación a los familiares se dará semanalmente pidiéndoles que tengan un cuaderno en el que anotarán las diferentes actividades que se sugiere ejecuten con los niños.

- c) Informar, orientar y capacitar a los profesionales de la salud del hospital (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y psicólogos). La información y orientación se llevará a cabo por medio de: la presentación periódica de los casos de niños tratados con este Programa así como conferencias sobre el tema. La capacitación se hará por medio de un curso teórico-práctico de adiestramiento impartido en forma permanente.

Es muy importante que exista un programa de Estimulación Temprana en cada Hospital Pediátrico y más en el Pediátrico Legaria que es un Hospital de concentración neurológica, por esto el equipo de salud del Hospital debe tomar en cuenta que existe esta herramienta terapéutica para la prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos del desarrollo.

También es muy importante detectar y tratar a tiempo a los pacientes que son susceptibles de tener un trastorno en el desarrollo adelantándose al problema y no solo rehabilitarlos cuando ya presentaron una alteración en el desarrollo.

Esta terapia se adaptará a las necesidades de los pacientes de este centro hospitalario, a los recursos del hospital; además se implementará en forma permanente un curso de adiestramiento y la presentación de casos clínicos en forma periódica para la orientación, educación y capacitación de los profesionales de la salud de esta institución.

Los Programas abarcan un rango de edad para los pacientes que tratan, que va del nacimiento hasta los seis años del niño. En el

presente trabajo el Programa estará dirigido a los niños de edades que van del nacimiento a los 15 meses (área motora) y del nacimiento a los 24 meses (áreas de lenguaje, cognitivo y social-autocuidado).

Los niños que tengan las habilidades y destrezas equivalentes al nivel de desarrollo de los 24 meses serán canalizados a otros centros, a fin de que continúen con su tratamiento, al igual que los niños en que se detecten alteraciones en el desarrollo pero que se encuentren en un nivel de desarrollo más elevado al de 24 meses. Lo anterior se debe a que el Hospital Pediátrico no cuenta con los recursos materiales necesarios como: salón de juegos con paralelas, resbaladillas, espejos, pelotas, colchonetas, pistas de obstáculos, juguetes, columpios, revistas, libros infantiles, juegos de mesa, memorias, loterías, etc., por lo que no es posible continuar con el Programa.

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Hasta 1993 el Hospital Pediátrico Legaria no contaba con el servicio de Estimulación Temprana por lo que los pacientes que la requerían eran canalizados a otros hospitales para su tratamiento. Debido a los escasos recursos económicos de los familiares, las grandes distancias, los problemas del traslado y la poca o nula información que tenían sobre el tema, dificultaba que los pacientes recibieran su tratamiento en forma oportuna, integral y completa.

En 1994 se establece este servicio en el hospital pero por la falta de información, orientación y capacitación de los profesionales de la salud del hospital el servicio no es utilizado adecuadamente ya que todavía se sigue canalizando a los pacientes a otros hospitales.

Por otro lado la falta de información y orientación adecuadas, sobre el servicio ocasiona que los familiares de los pacientes no le den

la importancia necesaria faltando a sus consultas o abandonando el tratamiento.

La escasa capacitación de los familiares de los pacientes origina que estos apliquen con poca sistematización y organización el tratamiento, provocando resultados pobres.

El hospital no cuenta con un Programa propio que norme y regule la atención, y las autoridades del mismo no le prestan la importancia a este servicio por no considerarlo una prioridad y por tanto no le dan el apoyo necesario.

De éste planteamiento se derivan las siguientes preguntas de investigación:

¿COMO ADAPTAR UN PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA QUE SE APLIQUE A LOS NIVELES DE ATENCION Y A LAS PATOLOGIAS QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL PEDIATRICO LEGARIA?

A).-Se consideró que es pertinente y necesario, un Programa acorde a los tres niveles de atención: Preventivo, Asistencial y de Rehabilitación.

- 1.- NIVEL PREVENTIVO.- en el que se atiende a los niños que son considerados de alto riesgo (niños que han sufrido alguna alteración perinatal, esto es durante el embarazo, parto o después del parto) y que aunque no presenten ninguna alteración en su desarrollo se les debe incluir en un Programa para evitar un posible retraso en el desarrollo.
- 2.- NIVEL ASISTENCIAL.- que atiende a niños que presentan algún retraso en el desarrollo pero que no presentan ningún dato de lesión neurológica, como: HIPERTONIA, HIPERREFLEXIA, ESPASTICIDAD, ATAXIA, ATETOSIS, etc. A estos niños se les

incluye en este tratamiento para favorecer su desarrollo y evitar que su retraso sea cada vez mayor.

- 3.- NIVEL REHABILITACION.- para niños que presentan algún tipo de retraso en el desarrollo y además tienen alguna patología neurológica asociada, a estos niños se les incluye en esta terapia para favorecer su desarrollo y poder eliminar las secuelas de las lesiones neurológicas.
- B).- Para favorecer el trabajo en estos tres niveles se propone un Programa que tenga en cuenta las Patologías que se tratan en este centro hospitalario como:
- PADECIMIENTOS NEUROLOGICOS.- Epilepsia, Traumatismos Cráneo-encefálicos, Mielomeningocele, Encefalocele, Meningocele, Parálisis Cerebral, Hipoxia Neonatal, Procesos Degenerativos del Sistema Nervioso Central, Infecciones del Sistema Nervioso, etc.
 - PADECIMIENTOS PEDIATRICOS.- Desnutrición, Síndromes Diarréicos recurrentes, Infecciones Respiratorias recurrentes, Inmunológicas y Músculo-esqueléticas.
 - PADECIMIENTOS PSICOLOGICOS.- Abandono social, Maltrato físico y Psicológico.

¿COMO PODER TENER UN PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA DE ACUERDO A LAS NECESIDADES ECONOMICAS SOCIALES Y CULTURALES DE LA POBLACION QUE ACUDE A ESTE HOSPITAL?

Se propone que por los escasos recursos económicos de la población se les cite una vez a la semana o cada quince días, para enseñar a las madres las actividades del Programa.

Debido a la baja condición sociocultural de los pacientes al ingresar éstos al programa se les dará a sus familiares un folleto, donde se les explicará las bondades de este tratamiento, lo que es la Estimulación Temprana y la importancia que tiene, para que sus pacientes no abandonen la terapia.

Para poder capacitar a los familiares sobre las actividades que deben realizar con sus pacientes se les pedirá un cuaderno, para que anoten cada actividad, explicándoles claramente y con lenguaje cotidiano el porqué, cómo y dónde se deben de realizar las actividades. Precizando tiempos, espacios, condiciones, frecuencia, utensilios y los instrumentos necesarios para la labor.

¿COMO HACER UN PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA QUE TENGA EN CUENTA LOS RECURSOS ECONOMICOS, FISICOS Y HUMANOS DE EL HOSPITAL?

Este hospital no cuenta con muchos recursos económicos, físicos y humanos por lo que solamente se tiene un consultorio, para poder atender a los pacientes de consulta externa y esta atención es de uno por uno, ya que solo existe una mesa de tratamiento en el consultorio. A los pacientes hospitalizados se les atenderá en su cama y en presencia de un familiar.

¿COMO INCREMENTAR EL NIVEL DE CONCIENCIA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DE ESTE HOSPITAL SOBRE LO QUE ES Y LA IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION TEMPRANA?

A los profesionales de la salud de este hospital se les concientizará por medio de presentaciones periódicas de casos clínicos de pacientes tratados con esta terapia, con la finalidad de que éstos incluyan a los pacientes que requieran del Programa. También al pasar la visita diaria con el personal médico se ingresarán al

Programa a los pacientes que así lo requieran, esto se derivará de las observaciones de los especialistas.

¿COMO SE CAPACITARA A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DE ESTE HOSPITAL PARA QUE PUEDAN DETECTAR Y ORIENTAR EN LAS ACTIVIDADES DE LA ESTIMULACION TEMPRANA?

Con este propósito se desarrollará un curso de adiestramiento dirigido a los profesionales de la salud de este hospital, para que puedan detectar y canalizar a los pacientes que requieran de atención en este Programa. También puedan iniciar la terapia orientando a los familiares de los pacientes hospitalizados sobre las actividades que les deben hacer.

III.- JUSTIFICACION DEL TRABAJO.

Ya que los padecimientos neurológicos y neuroquirúrgicos son las Patologías de mayor frecuencia en este hospital es necesario que los profesionales de la salud de éste conozcan lo que es y las ventajas de la Estimulación Temprana, para detectar a tiempo a pacientes que sean susceptibles de presentar un retraso en el desarrollo y que necesiten la terapia. De igual forma se tratarán los pacientes que presenten un retraso en el desarrollo, aunque no tengan ninguna lesión neurológica. También se rehabilitará a los pacientes que presenten un retraso en el desarrollo y una lesión neurológica. Se les ofrecerá a los pacientes una mejor alternativa de terapia que favorezca su desarrollo integral puesto que se tratará al paciente en todas las áreas del desarrollo como son:

MOTRIZ, LENGUAJE, COGNITIVO, SOCIAL Y DE AUTOCUIDADO.

A).-El área motriz se divide en:

- Motriz gruesa .- son los ejercicios tendientes a favorecer el movimiento de brazos y piernas, logrando el equilibrio del cuerpo en sedestación, bipedestación y marcha.
- Motriz fina.- actos encaminados a adquirir la conducta visomanual.

B).-Area del lenguaje.- procedimientos para desarrollar el lenguaje oral tanto en su fase de emisión como la de recepción.

C).-Area cognitiva .- serie de actividades encaminadas para adquirir habilidades de atención e intelecto.

D).-Area social y de autocuidado.- conjunto de acciones que estimulan al niño a ser sociable y a realizar conductas de autocuidado e independencia.

En la aplicación de esta terapia el principio fundamental es la atención integral a todas las áreas del desarrollo a la vez haciendo énfasis en el área o áreas con mayor retraso en el nivel de desarrollo.

En algunas instituciones sólo se trata una área del desarrollo convirtiéndose en lugar de Estimulación Temprana en terapia física (motora o de autocuidado), terapia de lenguaje o terapia ocupacional (Cognitiva).

Es importante formar por lo menos el binomio (madre-hijo) o de preferencia el trinomio (padre-madre-hijo) ya que en el desarrollo de la personalidad del niño es necesario que las actividades sean

realizadas por éstos aunque los papás trabajen desde el nacimiento del niño.

Es preciso también que el personal de Enfermería esté capacitado para poder orientar a los familiares de los pacientes encargados de las actividades a realizar y evitar que durante el período de internamiento se les inhiba su desarrollo, en virtud que en la mayor parte de su estancia intrahospitalaria se encuentran sujetos inmovilizados por los procedimientos terapéuticos normales como son: sondas, venoclisis, canalizaciones, etc.

El Programa constará de las siguientes partes:

A).-EVALUACION DE PACIENTES. Se elaborará un expediente que contendrá los siguientes elementos:

- * Ficha de identificación.- datos generales del paciente.
- * Antecedentes prenatales, natales y post-natales.
- * Exploración de reflejos, tono muscular, simetría y sensibilidad.
- * Examen de áreas de desarrollo (motor, lenguaje, cognitiva, autocuidado).
- * Diagnóstico y plan de tratamiento.

Esta evaluación se hará al ingreso de los pacientes al Programa para poder determinar el nivel de desarrollo y poder determinar con claridad la evolución y el progreso en el desarrollo del niño.

B).-TRATAMIENTO A PACIENTES.- En esta fase del Programa se realizarán las actividades pertinentes de acuerdo al diagnóstico de la fase anterior.

Las actividades para favorecer el desarrollo del niño como se dijo se orientan a las áreas MOTORA, LENGUAJE, COGNITIVA Y SOCIAL- AUTOCUIDADO.

Estas actividades estarán organizadas en dos niveles de desarrollo:

- a) Del nacimiento a los 15 meses área motora.
- b) Del nacimiento a los 24 meses áreas lenguaje, cognitiva y autocuidado.

C).-INFORMACION, ORIENTACION Y CAPACITACION A FAMILIARES DE LOS PACIENTES.

- * La información y orientación se hará al ingresar los pacientes al Programa.
- * Se les dará un folleto que contendrá información sobre lo que es este tratamiento, su importancia, así como las indicaciones generales sobre el programa, por que es necesario no faltar a sus citas y seguir correctamente las indicaciones que se les den.
- * La capacitación de los familiares se dará para enseñarles las actividades que favorecerán el desarrollo de sus pacientes para esto se pedirá un cuaderno en el que se anotará cada actividad que deban realizar, el objeto de efectuar cada actividad en cada paciente es de vital importancia, así como darle las recomendaciones generales sobre la forma indicada para realizar los ejercicios y/o actividades, juegos, etc.
- * Esta capacitación será dada cada semana o cada dos semanas de acuerdo al nivel de desarrollo del niño.
- * Se usará un lenguaje cotidiano y sencillo para que no se presenten dudas en las actividades que deben hacer.
- * Diariamente se le deben de realizar a los niños dos sesiones de actividades (mañana y tarde).

Cada sesión se efectuará de la siguiente manera :

- 1º Actividades motoras gruesas.
- 2º Actividades motoras finas.
- 3º Actividades de lenguaje.
- 4º Actividades senso-perceptivas.

Las actividades cognitivas son realizadas durante el ejercicio de la motriz fina y del lenguaje.

Las actividades de autocuidado se realizarán durante el día y la noche dependiendo de la actividad de que se trate.

Cada actividad será de acuerdo al nivel de desarrollo que presente el niño. (Ver anexo1).

D).- LA INFORMACION, ORIENTACION Y CAPACITACION DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.

Esto se logrará por medio de :

- a) Un curso teórico-práctico de entrenamiento permanente con duración de seis meses y formado por cuatro módulos:
 - 1.- CONCEPTOS GENERALES DE LA ESTIMULACION TEMPRANA.
 - 2.- DIAGNOSTICO DEL NIVEL DE MADURACION Y DESARROLLO DEL NIÑO.
 - 3.- PRINCIPALES ENFOQUES DEL DESARROLLO.

4.- PATOLOGIAS QUE ALTERAN EL DESARROLLO.

Este curso se dará un día a la semana. Cada sesión del curso constará de cuatro horas, dos teóricas y dos prácticas.

- b) Se presentarán casos clínicos en las sesiones del hospital, cada dos meses.

IV.- REVISION DE LA TEORIA.

1.- CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

1.1.- DEFINICION:

El crecimiento y el desarrollo aunque son fenómenos íntimamente relacionados y ambos continúan de modo simultáneo desde el momento de la concepción hasta el momento en que se llega a la edad adulta, son dos procesos esencialmente diferentes. El concepto de crecimiento es "el aumento de tamaño, típicamente acompañado del aumento del número (hiperplasia) o del tamaño (hipertrofia) de las células. "Mientras que el desarrollo se conceptualiza como la maduración de los tejidos, de los órganos o de todo el individuo hasta alcanzar la completa madurez de la estructura y función." (2).

Crecimiento,- el cuerpo como un todo y sus diversos tejidos y órganos tienen patrones característicos de aumento de tamaño y de peso que son esencialmente para todos los individuos. El crecimiento denota un cambio de tamaño, que es resultante de un aumento en el número y tamaño de las células del organismo. Kempe,H.(1994).

2. Ibid.

Desarrollo:- significa maduración de los órganos y sistemas, así como la adquisición de habilidades y capacidad de adaptarse más fácilmente al medio ambiente. El desarrollo es un proceso continuo que empieza en la concepción y termina hasta la muerte, los niños se sientan antes de pararse y caminar, pronuncian palabras antes de pronunciar frases y oraciones completas, dibujan círculos antes de dibujar cuadrados, etc. Kempe,H.(1990).

1.2.- SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS.

Los términos de crecimiento y desarrollo se usan frecuentemente de modo indistinto y desde luego es cierto que uno depende del otro para llegar a buen término. En el niño normal, cada uno sigue un curso paralelo al otro, de modo que toda distinción sería artificiosa, sin embargo por conveniencia podemos establecer una diferencia entre ambos. Por ello el crecimiento puede ser medido en pulgadas o centímetros, en libras o kilogramos, también puede medirse en términos de equilibrio metabólico, por ejemplo retención de calcio y nitrógeno por el organismo.

El desarrollo se puede evaluar por medio de los reflejos y las capacidades que presenta el individuo.

Con frecuencia se emplean como sinónimos los términos de maduración y diferenciación, en este sentido es evidente que el desarrollo se relaciona con el crecimiento, si bien no es lo mismo. Watson,J.(1992).

Las medidas de crecimiento corporal y los rasgos sobresalientes del desarrollo constituyen el mejor y más práctico medio para evaluar la salud del niño, porque el crecimiento físico y el orden del desarrollo

se apegan a un patrón relativamente uniforme y claramente definido, por lo general el crecimiento y el desarrollo progresan en la forma esperada sólo cuando las funciones del individuo se integran perfectamente en un todo operante. El retraso en el crecimiento y el desarrollo puede ser resultado por desnutrición, deficiencia genética, desadaptación psíquica, enfermedad prolongada u otras numerosas causas. El crecimiento y el desarrollo son procesos dinámicos y continuos que tienen lugar en una secuencia ordenada que es igual para todos los individuos. (3).

Estos dos procesos se dan simultáneamente, pero mientras el crecimiento es un fenómeno cuantitativo, el desarrollo es cualitativo, aunque actúen en total dependencia y correlación. Así al tiempo que un individuo crece en estatura, crece y madura su Sistema Nervioso, con lo que van apareciendo sucesivamente las diferentes funciones psíquicas y las facultades mentales. Tanto es así que la mayor parte de los factores que influyen sobre el crecimiento lo hacen también en el desarrollo; y no es raro que un niño con retraso del crecimiento presente también retraso en el desarrollo y viceversa. Sánchez,S.(1990).

Sin embargo a lo largo de las diferentes etapas evolutivas y a nivel de los distintos órganos y sistemas, la preponderancia de un proceso sobre el otro puede variar. Así, la multiplicación de las neuronas cerebrales sólo se da durante la vida intrauterina y en las primeras semanas que siguen al nacimiento, a partir de entonces sigue un proceso exclusivamente madurativo. En situaciones patológicas la disociación entre crecimiento y desarrollo puede llegar a ser en ciertos aspectos total. En el síndrome de Klinefelter el individuo crece pero su maduración sexual no tiene lugar, por el contrario, el "acondroplásico" crece muy poco, pero madura con

normalidad. De ahí la importancia de distinguir ambos procesos aunque, por esta íntima relación, sean difíciles de separar. (4).

La diferencia esencial entre el niño y el adulto es que el primero crece y se desarrolla, en consecuencia se necesita de un cuidado especial. Además de los cambios en peso y talla el crecimiento entraña cambios en el tamaño relativo de la cabeza, del tórax, del abdomen, de las extremidades, en la circulación, disminución en el ritmo del pulso y de la respiración, aumento de la presión arterial, aumento en la capacidad del estómago y de la fuerza muscular, calcificación de los centros de osificación, cierres de suturas y fontanelas, aparición de los dientes, etc. Es esencial el conocimiento de estos cambios y sus mediciones para determinar el nivel de crecimiento del cuerpo. Arena,J.(1989).

En el desarrollo lo importante es la adquisición de habilidades motoras, cognitivas, del lenguaje y de la personalidad, el desarrollo no se da en todo momento, sino que se da por periodos criticos.

En esos periodos la interferencia con el curso normal del desarrollo del niño puede originar deficiencias en él a largo plazo. Las carencias de tipo emocional y psicológico a edad temprana pueden causar alteraciones de la personalidad, la falta de estimulación adecuada trae alteraciones en alguna área del desarrollo del niño. Arenas,J.(1989).

El desarrollo normal se caracteriza por la maduración gradual del control postural, con la aparición del equilibrio y otras reacciones adaptativas, esto forma la base de la actividad de destreza normal. Este proceso está estrechamente integrado con la modificación de la totalidad de reflejos motores primitivos, y culmina con la liberación

de brazos y manos, de la necesidad de desempeñar una parte esencial en el mantenimiento del equilibrio. Esto permite al hombre desarrollar las habilidades de manipulación en un alto nivel de perfección, la coordinación del movimiento para la actividad de destreza exige muchos años de desarrollo ordenado.

Uno tiene que apreciar que el desarrollo motor no es una entidad separada sino que influye profundamente en todos los demás aspectos de la conducta del niño.

El aprendizaje se basa en el desarrollo sensorio-motor, comienza con la exploración que hace el niño de su propio cuerpo, aprende acerca de su boca, labios y lengua mediante el tacto con sus manos, y éstas juegan entre sí.

Aprenderá acerca de texturas, formas, temperaturas y objetos tocándolos y chupándolos, aprende acerca de sus propias dimensiones, cuando tiene en sus manos objetos, cuando gatea sobre y por debajo de muebles. La capacidad para moverse y ajustarse en forma creciente a los cambios de posición significa seguridad y confort, el desarrollo perceptivo y visomotor está profundamente influido por su desarrollo físico. Abercrombie, (1960,1968) y Rosenbloom (1975) han encontrado que las limitaciones en la capacidad del niño para el movimiento activo retardan el despliegue de su capacidad perceptiva, interfiriendo de esta forma su capacidad intelectual total, la interacción del movimiento con el desarrollo del lenguaje fue subrayada por muchos investigadores, por ejemplo Luria (1961), el niño habla con señas y gestos mucho antes de expresarse verbalmente. El lenguaje y la manipulación son importantes aspectos del proceso del pensamiento y el retraso en el desarrollo del habla puede afectar seriamente la capacidad del pensamiento abstracto, nosotros aprendemos a través de sensaciones, no

aprendemos un movimiento sino la sensación de movimiento, un niño sea normal o anormal, sólo puede usar lo que experimentó antes, el niño normal usará y modificará sus patrones motores normales con la práctica, repetición y adaptación. Robath, K. (1987) y Sánchez, S. (1990).

De acuerdo a estos autores existen semejanzas en los procesos de crecimiento y desarrollo, pero también son dos procesos con diferencias significativas. Se pueden resumir de la siguiente manera:

SEMEJANZAS:

- Ocurren desde la concepción.
- Son procesos dinámicos y siguen patrones uniformes en todos los individuos.
- Se alteran con Patologías similares.

DIFERENCIAS :

- El crecimiento termina en la madurez y el desarrollo hasta la muerte.
- El crecimiento es continuo, el desarrollo se da en periodos críticos.
- El crecimiento es cuantitativo y el desarrollo es cualitativo.

2.- ENFOQUES DEL DESARROLLO.

A lo largo de este siglo el desarrollo humano ha sido estudiado desde diferentes enfoques teóricos, que se basan en presupuestos diversos sobre cómo evoluciona y madura el Sistema Nervioso. Los diferentes enfoques contienen supuestos teóricos, de cómo se produce el desarrollo, sus causas, factores que lo favorecen o lo dificultan, la importancia de factores biológicos y factores ambientalistas.

2.1.-PRINCIPALES ENFOQUES DEL DESARROLLO.

Los principales enfoques del desarrollo son:

a) ENFOQUE COGNITIVO.

El pensamiento tiene su origen en el cuerpo, el lactante reacciona ante el estímulo sensitivo, emitiendo una reacción motora. El elemento fundamental de la teoría de Piaget sobre el desarrollo cognitivo del niño es el esquema, es decir, un patrón de conducta en respuesta a determinado estímulo ambiental. En la teoría de Piaget, la conducta es un proceso vital que tiende a mantener el equilibrio entre la persona y el medio. Mediante un proceso de ASIMILACION y un proceso de ACOMODACION, la persona puede llevar acabo el establecimiento del mismo, en las constantes perturbaciones ocasionadas por los cambios en el medio, se considera a la asimilación como un proceso de adaptación del mundo exterior, en la mente del niño, en su forma actual de pensamiento y la acomodación como una forma de adaptación del modo de pensamiento a las peticiones del mundo exterior. A todo ello añade el concepto de REVERSIBILIDAD en la forma de pensamiento, en el sentido de capacidad de dar marcha hacia atrás, en el pensamiento volviendo al punto de partida. En 1926 inicia un nuevo camino en sus investigaciones a través del método clínico, que consiste en la observación directa del niño mediante estímulos y situaciones elegidas por el investigador, inició sus observaciones en sus tres hijos. Piaget llegó a la conclusión de que el desarrollo cognitivo no es continuo sino que se organiza en periodos sucesivos o estadios y distingue cuatro que son:

- Período sensoriomotor.- de los cero hasta los veinticuatro meses, aparecen los primeros conocimientos, conductas reflejas, comienza a hacer uso de la imitación, la memoria y el pensamiento.
- Período preoperacional.- de los 2 a los 7 años, comienzo del lenguaje y las primeras funciones simbólicas, sin que exista un razonamiento lógico.
- Período de las operaciones concretas.- de los 7 a los 11 años, aparición de los conceptos de número, tiempo, espacio y velocidad, aparición de operaciones intelectuales como ordenar, disociar y combinar, pero siempre referidas a objetos concretos, pensamiento unidireccional.
- Período de operaciones formales.- de los 11 ó 12 a los 15 años, aparición de nuevas estructuras lógicas, y de las operaciones con conceptos y relaciones entre conceptos, trabaja sobre hipótesis. Lewis,M.(1987) y Sánchez,S.(1991).

b) ENFOQUE BIOLÓGICO-MADURATIVO.

Arnold Gesell fundó la clínica de desarrollo infantil, que sostenía un enfoque madurativo, en el que el niño presenta un principio de universalidad, donde su desarrollo constitucional trata de hallar pautas en el desarrollo ontogenético. La evolución se concibe como un proceso cíclico, donde el niño despliega patrones de conducta y modos de crecimiento que guardan un notable parecido. Gesell creó escalas de desarrollo que permiten establecer por observación conductas típicas para distintos niveles de edad. Refiere cinco campos de conductas relevantes en el desarrollo que son:

- Conducta adaptativa.- son las adaptaciones sensoriomotrices ante objetos y situaciones, la coordinación de movimientos oculares y manuales para alcanzar y manipular objetos.
- Conducta motriz gruesa.-comprende las reacciones posturales, el equilibrio de la cabeza, sentarse, pararse, gatear y caminar.
- Conducta motriz fina.- el uso de las manos y dedos para la aproximación, prensión y manipulación de un objeto.
- Conducta del lenguaje.- es la forma de comunicación visible y audible, sean gestos, movimientos posturales, vocalizaciones palabras, frases u oraciones, incluyen la imitación y comprensión de lo que expresan otras personas.
- Conducta personal-social.- son las reacciones personales del niño ante la cultura y sociedad en que vive. Lewis,L.(1987) y Sánchez,S.1991).

c).- ENFOQUE CONDUCTUAL.

Esta teoría se puede resumir como sigue:

La conducta psicológica evoluciona a partir de las interacciones de un organismo y su ambiente, el desarrollo de un niño depende de las formas específicas en que los eventos biológicos, físicos y sociales, pasados y presentes alteran sistemáticamente su conducta, transformándolo a partir de un estado de completo desamparo, hasta alcanzar uno de independencia relativa.

Considera al niño como una estructura biológica, única con capacidad para realizar una amplia gama de actividades características de su especie, las que incluyen la conducta verbal, en continua interacción con los estímulos que constituyen su ambiente, la estructura biológica única o constitución de un niño resulta de una combinación de su historia genética y su historia individual, a partir de la concepción, la cual abarca nutrición prenatal, cuidado maternal, nutrición postnatal, daños físicos y procesos de enfermedad.

El ambiente se considera funcionalmente como un conjunto de estímulos que interactúan con el niño, algunos de estos estímulos se originan en el ambiente externo (físicos y sociales), otros (los generados por lo que hace y dice) en su propia conducta y algunos más (los orgánicos) en el funcionamiento de su estructura biológica, así el niño es fuente de estimulación que altera su ambiente físico y social, su preferencia en casa reacomoda las actividades de la madre y las centra en su cuidado.

Los estímulos del ambiente externo o interno se valoran en términos de:

- Sus dimensiones físicas, como la intensidad y la duración del grito cuando el niño se lastima.
- Su significado funcional, para el niño en particular, los significados funcionales se dividen en dos categorías:
 - Funciones específicas, como la que refuerza una conducta, con poder para fortalecer o incrementar el

grado de ocurrencia de la conducta precedente (una madre observa que cuando halaga a su hijo por vestirse sólo en la mañana.... el reforzamiento, el niño lo hace al día siguiente) y la función discriminativa o el poder para señalar un cambio en la conducta (una madre indica que es la hora de la comida con una señal y su hija deja de jugar y se presenta en la mesa).

- Los eventos que disponen, como la privación de la comida (un factor disposicional orgánico), una reacción de enojo prolongada
- (un factor disposicional emocional) o la atmósfera religiosa de un templo (un factor disposicional social). Kempe, H. (1990) y Sánchez, S. (1991).

Bijou, prestó especial atención, a la psicología del desarrollo, como una rama de la ciencia del comportamiento, en síntesis Bijou, piensa que visto el desarrollo como el estudio de las relaciones que se derivan de las interacciones entre un organismo, en constante cambio biológico y un medio de eventos distintos, dicha disciplina supone que el aprendizaje es un factor, un subconjunto de la psicología del desarrollo. Kempe, H. (1990) y Sánchez, S. (1991).

d).- ENFOQUE PSICOANALITICO.

Sigmund Freud, en 1900 publica en su obra "La interpretación de los sueños," donde establece la relación entre el simbolismo de los sueños y los síntomas

patológicos, a partir de ahí, una serie de obras fueron desarrollando la doctrina psicoanalítica.

La idea de la sexualidad, va evolucionando a lo largo de la obra de Freud, el "id" o "ello" busca continuamente la satisfacción de sus necesidades y es guiada por el principio del "placer básico", va cambiando en una secuencia evolutiva que comprende los estados:

ORAL, ANAL, FALICO, DE LATENCIA Y GENITAL. Evans,M. (1987) y Sánchez,S. (1991).

Las características de las etapas psicosexuales del desarrollo de Freud son:

Etapa oral.- Primeros 18 meses, el niño recibe estímulos y placer a través de su boca, el niño intenta llevarse todo a la boca, recibe el placer por el acto de succión, la tensión se reduce con la succión.

Etapa anal.- De los 18 meses a los 3 años y medio, el interés del niño se enfoca principalmente en la región anal y experimenta gran placer en retener las excretas y en dejarlas salir. Los músculos se emplean para expresar el control y la inhibición, participa en juegos que incluyen el meter y sacar cosas, al final de este período, el niño domina el entrenamiento de las excretas.

Etapa fálica.- De los 3 a los 7 años, el niño manifiesta una gran actitud intrusiva, se presenta la fase de Edipo, en la que el niño se inclina hacia el padre del sexo opuesto y teme la castración por parte del padre del mismo sexo, esta

fase se suele resolver hacia el final de este periodo, participa en escenas de exhibicionismo, manifiesta que tiene planes para casarse con el padre del sexo opuesto, presenta interés en las diferencias sexuales, manifiesta preocupación por la pérdida de partes corporales y lesiones a su cuerpo, hace muchas preguntas con respecto a la sexualidad, se identifica con el padre del sexo opuesto.

Etapa de latencia.- De los 7 a los 12 años, el impulso sexual (libido) se controla y se reprime durante este periodo, la importancia máxima se encuentra en el desarrollo de las habilidades y capacidades, dedica sus energías para el logro de las actividades concretas y la adquisición de habilidades.

Etapa genital.- Resurgen los impulsos sexuales, junto con una recapitulación de la fase de Edipo, el dominio de este periodo da por resultado la habilidad para amar y trabajar, se separa de sus padres, desarrolla relaciones con miembros del sexo opuesto y busca un modelo para substituir al padre del mismo sexo. Evans,M.(1987) y Sánchez,S.(1991).

e) ENFOQUE GESTALT.

Los psicólogos de la Gestalt realizaron numerosos experimentos del campo de la percepción visual y auditiva y pusieron de manifiesto las leyes que nos permiten percibir un mundo de configuraciones complejas sin que necesitemos analizar ni tomar conciencia de las partes. Percibimos cuatro puntos como si constituyeran un cuadrado y vemos figuras en conjuntos de puntos que no tienen ninguna forma

definida, formularon la leyes de organización perceptiva que son:

Ley de proximidad.- Los elementos o figuras que están más próximos tienden a verse como una unidad y a aislarse de otros, las líneas o los puntos que están más próximos se reúnen en unidades aunque todos sean iguales.

Ley de similitud.- Los elementos similares tienden a agruparse y a diferenciarse de otros, y se puede incluso dominar sobre la proximidad, con independencia de la distancia, las figuras semejantes tienden a ser vistas conjuntamente.

Ley de cierre.- Los elementos tienden a agruparse en figuras completas, las áreas cerradas son más estables.

Ley de simplicidad.- Los estímulos ambiguos tienden a analizarse de la forma más simple, tres puntos pueden verse como un cuadrado.

Ley de la simetría.- El espacio limitado por bordes simétricos tiende a percibirse como una figura coherente, a pesar de que las líneas no están cerradas parecen delimitar un espacio, al ser simétricas.

Ley de la buena continuación.- Los elementos tienden a agruparse de manera que se haga mínimo el cambio o la discontinuidad.

Ley del destino común.- Si un grupo de elementos se mueve con velocidad uniforme sobre un campo de elementos similares, los que se mueven tienden a percibirse como un grupo coherente, puede hacerse fácilmente la experiencia, pintando un conjunto de puntos al azar sobre un papel transparente y otros puntos sobre un papel blanco, haciendo que la hoja transparente se mueva sobre la otra se observará que los puntos que se mueven conjuntamente se ven como una unidad.

Según los Gestaltistas, los individuos organizan el mundo imponiendo formas y extendieron estas ideas no sólo al terreno de la percepción sino también al del pensamiento, sosteniendo que pensar supone reorganizar los elementos de un problema en una totalidad nueva. La psicología de la Gestalt permitió describir una gran cantidad de hechos nuevos en el campo perceptivo y explicar fenómenos difíciles de comprender como las ilusiones perceptivas. La primacía de los conjuntos sobre los elementos ha sido visto desde entonces como un descubrimiento importante dentro de la psicología.

Las formas son como campos de fuerzas y existiría un isoformismo entre el mundo físico y las formas mentales. Por eso la teoría Gestaltista es innata, en el sentido de que las formas no se constituyen, sino que de algún modo se nace con ellas, este es el punto débil de esta teoría, por qué en el desarrollo del niño son importantes las conductas innatas como las que resultan de la interacción con su medio ambiente. (5).

2.2.-CONCLUSIONES CRITICAS SOBRE LOS ENFOQUES.

Pienso que:

El niño tiene una estructura bio-psico-social, cuyo desarrollo es afectado por factores internos como: los padecimientos genéticos (alteraciones heredadas) y congénitos (alteraciones adquiridas en el útero durante la gestación) como ejemplos de esto tenemos, el caso de una malformación genética como el Síndrome de Down, la hemofilia, o un padecimiento congénito como la luxación de cadera, el bajo peso neonatal por desnutrición, la pérdida de alguna extremidad por ingesta de medicamentos o exposición a otros agentes como radiación, alcohol, drogas, tabaco, etc.

También el desarrollo del niño puede ser alterado por factores externos como: enfermedades contraídas durante su edad neonatal o los primeros meses de vida, algunos ejemplo son: la parálisis cerebral infantil, varios tipos de sorderas debidas a la administración de fármacos como los antibióticos, etc. Todas estas alteraciones afectan el equipo biológico del niño impidiendo o retrasando su desarrollo en menor o mayor grado.

También el abandono, implica un medio ambiente inadecuado por falta de estimulación, como en el caso de los niños maltratados, hijos no deseados, hijos de madres adolescentes, de padres drogadictos o en muchas ocasiones de madres que trabajan durante todo el día o la mayor parte de éste; estos son factores que alteran el equipo psicológico del niño e impiden su buen desarrollo en forma integral y no solamente de la personalidad.

Los factores sociales que alteran el desarrollo del niño como un medio ambiente pobre en estimulación, el bajo nivel económico, la

desintegración familiar, la falta de conocimiento de los padres o los niños que quedan al cuidado de vecinos, familiares o nanas que no los atienden en forma adecuada, cubriendo sólo sus necesidades primarias.

Por otro lado están los niños sobreprotegidos a los que no se les deja madurar correctamente, como los que están envueltos como tacho para que no tengan frío y colocados en un nicho de almohadas; a los que no los dejan gatear para que no se ensucien, a los que les ponen guantes para que no se chupen los dedos, a los que se les da todo para que no lloren aún antes de que lo pidan, o les limitan la marcha para evitar caídas. Estos niños sufren una desadaptación que les impide un buen desarrollo en virtud de que no se les permite madurar por sí solos y se retrasan tanto como un niño desnutrido con secuelas neurológicas o uno maltratado.

Es importante tomar en cuenta todos los factores anteriores internos o externos, pues como se ha visto todos pueden afectar de una u otra forma el desarrollo del niño.

Es necesario conocer todos los fundamentos teóricos, de estos enfoques, y tomar lo importante de cada uno de ellos, para con una síntesis de todo esto, tener un amplio criterio que nos permita conocer el desarrollo integral del niño para evaluar a cada niño en forma particular y ofrecerle alternativas de estimulación temprana acordes con su problema de base, ya que las alteraciones darán un sin número de síntomas, en todas las áreas del desarrollo, que deberemos tratar y nunca serán iguales en cada niño.

2.3.-DESARROLLO Y ESTIMULACION TEMPRANA.

La Teoría Cognitiva.- surge como una reacción contra el conductismo, trata de estudiar los procesos internos que tienen lugar en el sujeto,

éste es considerado como un procesador o elaborador de información que construye representaciones internas del mundo y de su propia conducta. Sus características principales son:

- Modelos del sujeto.- El niño tiene sus propios patrones de conducta innatos, que se encuentran determinados por la acción de la herencia y su equipo biológico (Sistema Nervioso).
- El sujeto elabora información.-los patrones de conducta innatos son modificados por la interacción del niño con su medio ambiente, con un medio rico en estimulación favorece la maduración del Sistema Nervioso evolucionando el desarrollo.

Algunos de sus autores son:

PIAGET.- nació el 9 de agosto de 1896, desde joven se interesó por la vida animal, en 1918 obtiene el doctorado en ciencias naturales, en 1919 marcha a París donde con una intensa vida académica realiza cursos de filosofía, lógica y psicología, se despierta su interés por estudiar a los niños y los procesos cognitivos. Se inicia en las técnicas de la entrevista psicológica que junto a una gran capacidad para la observación, servirían de base para la creación de su método clínico de investigación. En 1921 como director de investigaciones del Instituto Roseau realiza diversos estudios sobre el desarrollo de la inteligencia. Ha contribuido a convertir la psicología infantil en investigación experimental, en 1936 se incorpora a la enseñanza en la Universidad de Luisiana y acepta el nombramiento de director del Bureau International de l'education. En 1955 con la ayuda de la Fundación Rockefeller funda el Centro Internacional de Epistemología Genética que reunía a científicos de diferentes especialidades dedicados a investigar las estructuras lógicas en el niño.

Llega a la psicología a través de la biología y la fisiología convirtiéndose en uno de los más importantes psicólogos evolutivos, interesado especialmente por el estudio de los cambios que se suceden en la estructura cognitiva a lo largo del desarrollo.

Realizó un trabajo importante en la psicología del niño que ha dado lugar a la escuela Piagetiana, dio a conocer su método clínico que se utiliza en el diagnóstico del retraso mental, considerando como retrasados a todos aquellos sujetos que no consiguen acceder al periodo de las operaciones formales. Explica el desarrollo de la inteligencia en el niño, tomando en cuenta el papel de 4 factores: La maduración del sistema nervioso, experiencia del sujeto sobre los objetos, factores sociales y equilibrio en el sentido de autorregulación; con lo que el desarrollo de la inteligencia está vinculado a los mecanismos de adaptación.

Trata de explicar específicamente el proceso de desarrollo, referido principalmente a la formación de conocimientos, considera que las conductas son complejas y van cambiando a lo largo del desarrollo. El niño pasa por una serie de estadios que se caracterizan por la utilización de distintas estructuras, para Piaget la Psicología tiene que explicar los mecanismos internos que permiten al sujeto organizar su acción, sus rasgos son:

- El desarrollo es un proceso constructivo.
- El sujeto elabora estructuras.
- Hay estadios.

VIGOTSKI.- Psicólogo soviético, defiende la unidad compleja de todo comportamiento y su configuración progresiva en base a un proceso de interacción social.

Su obra se dirige fundamentalmente al estudio del pensamiento y del lenguaje. Defiende la independencia inicial del pensamiento y del lenguaje hasta que después de un proceso de maduración, aprendizaje e interacción social el niño adquiere un lenguaje interior que le permite acceder al pensamiento conceptual.

Vygotski presenta a la conducta humana con un carácter histórico y social, el hombre va configurando su psiquismo en un proceso de interacción social y de acuerdo a una multiplicidad de variantes individuales.

Presenta similitudes con Piaget, pero éste se interesa por los determinantes sociales del desarrollo, manteniendo que el desarrollo del individuo es indisociable de la sociedad en la que vive, que le transmite formas de conducta y de organización del conocimiento que el sujeto interioriza.

Vygotski llevó el estudio por un camino metodológico que aclara el proceso genético, mediante el cual se llegaba a la formación del concepto y donde la palabra tiene una importancia destacada.

Entre sus hallazgos más importantes se encuentran :

- a) el concepto emerge en el transcurso de una operación compleja, cuyo fin es resolver un problema, no sólo es la unión entre palabras.
- b) la palabra mucho antes que el concepto, tiene un gran valor para resolver problemas y puede asumir la función del concepto, para la comprensión recíproca entre los hombres.

- c) desde muy temprano, en el desarrollo, al niño se le presentan metas, que para poder llevarse a cabo, requieren equivalentes funcionales del concepto.
- d) usó un método que llamó "método funcional de la doble estimulación". Que trata de dar al sujeto dos series de estímulos, donde cada uno de ellos tiene un rol diferente. Dijo que: La primera serie de estímulos, llena la función de objeto hacia el cual está orientada la actividad del sujeto y la otra la función de los signos que permiten a esta actividad organizarse.
- e) el problema se planteó al sujeto desde el inicio de la experiencia y permaneció igual durante todas las etapas.
- f) la conclusión de su estudio fue:

" El desarrollo de los procesos que conducen posteriormente a la formación de conceptos, tienen raíces profundas en la infancia; pero no es sino hasta la adolescencia cuando maduran, tomando forma y desarrollando las funciones intelectuales que, combinadas de forma original forman la base psíquica de la estructura de conceptos".
Sánchez,S.(1991),Pag.879.

- g) no es sino hasta la adolescencia cuando es posible el paso al pensamiento conceptual. En la infancia existen equivalentes funcionales que sin ser verdaderos conceptos, parecen y son considerados superficialmente; se relacionan entre ellos como el embrión con el organismo maduro.

- h) el estudio experimental ha mostrado que el uso de la palabra u otro signo como medio para dirigir la atención, para diferenciar los rasgos característicos, abstraerlos y hacer una síntesis, es una parte fundamental del proceso de formación de conceptos en conjunto.
- i) el proceso de formación de concepto no es reductible a las asociaciones, atención, representación, juicio, tendencias determinantes, aunque todas ellas participen en la síntesis de este proceso.
- j) los estadios en el desarrollo acerca de la capacidad de conceptualizar, son:
- El del niño pequeño, que forma una masa indistinta y sin orden de un montón de objetos, cuando se enfrenta a un problema que el adulto resuelve con la utilización de un concepto.
 - La forma de pensamiento es a través de enlaces entre las impresiones concretas que constituyen relaciones entre el objeto aislado que entra en la composición de un grupo y el grupo en su conjunto, pero sin aún establecer la categoría de clase. Llamado pensamiento por complejos.
 - Formación de una cadena única de elementos aislados que tienen algún enlace con los objetos representativos del grupo, donde cada eslabón puede transferir sus significación a otro eslabón de la cadena.

- Reunión de los elementos concretos ahilados con los complejos de la cadena, y con la ayuda de enlaces difusos, dar origen a grupos intuitivo-concretos de imágenes o de objetos.
- Un estadio en el cual, visto desde afuera el niño parece utilizar conceptos, pero desde el punto de vista genético es un complejo debido a sus enlaces causales dinámicos. Llamado pseudoconcepto.
- Finalmente el pseudoconcepto tiene una significación genética excepcional, ya que sirve de enlace entre el pensamiento por complejos y el pensamiento conceptual. Sánchez,S.(1991) y Delval,J.(1994).

LA TEORIA BIOLOGICO-MADURATIVA.- Arnold Gesell, vivió ochenta y un años fue profesor, médico, científico, psicólogo y escritor; interesado en todas estas áreas sobre el desarrollo del niño. Después de trabajar en la educación, fue a la Universidad de Clark donde fue influenciado por la Teoría de la Recapitulación de Stanley Hall, que señala que el desarrollo individual recapitula el desarrollo de las especies. Esta teoría, como el trabajo inicial de Gesell, estuvo influenciado por la teoría de Darwin acerca de la evolución.

En la Universidad de Yale obtuvo una formación médica, con antecedentes de educación, psicología y medicina; dedicó su vida al campo del desarrollo infantil tanto en el aspecto científico como el práctico.

En 1911 fue Director de una Psicoclínica, conocida posteriormente como la Clínica del desarrollo Infantil. Cuando se retiró en 1948, se dedicó al campo de la Psicología del desarrollo, especialmente en la práctica de la crianza de los niños.

Es el fundador de esta teoría, que no es un cuerpo formal de hipótesis o postulados que hayan sido probados como parte del proceso de la formación de la teoría discutida anteriormente. Gesell muestra en su trabajo una marcada influencia de la teoría de Darwin acerca de la evolución. También fue influenciado por el trabajo de Coghill (1919) observando el papel que juega la estructura de las relaciones con la función. Esto continua siendo una tesis muy popular, especialmente desde el punto de vista CONSTRUCTIVISTA, el cual hipotetiza la operación que subyace a las estructuras que dan lugar a la conducta. La estructura puede estar presente y desarrollada antes de que la función ocurra: la conducta no es posible que se dé, a menos que sus estructuras se hayan desarrollado. Por ejemplo, un niño no puede caminar a menos que posea el equipo estructural para hacerlo (el desarrollo madurativo de ciertos músculos, así como la organización neuronal).

Gesell y sus colaboradores afirmaron que el progreso en el desarrollo del niño está determinado en parte por su bagaje hereditario y por otro lado, por la influencia de su medio ambiente (un ambiente favorable propiciará el desarrollo y un ambiente desfavorable inhibirá el desarrollo).

Su teoría se basa en las conductas características que se presentan con el desarrollo y de acuerdo con la edad del individuo.

Divide al desarrollo en áreas como: PSICOMOTRIZ, ADAPTATIVA Y PERSONAL SOCIAL. Sus rasgos son:

- Interacción entre individuo y medio.
- Desarrollo dividido en áreas.
- Pautas de conducta acorde con nivel de desarrollo. (6).

LA TEORIA CONDUCTUAL.- centra su interés en el estudio de la conducta manifiesta y en lo que el organismo hace. Se preocupa sobre todo por estudiar como a partir de las conductas con que nace, que son reflejos incondicionados, se van formando nuevas conductas por condicionamiento, en ello consiste el aprendizaje, que es el modo de formar nuevas conductas. Los mecanismos de aprendizaje son comunes a todos los animales y a partir de conductas muy simples se forman conductas cada vez más complejas por asociación entre ellas, por ello también son los mismos en los niños y en los adultos. Y lo que entendemos por desarrollo puede reducirse a un proceso cuantitativo de formación de conductas cada vez más complejas, por ello no existen estadios en el desarrollo. Sus rasgos son:

- Interés por la conducta.
- Relaciones funcionales entre estímulos y respuestas.
- Conductas nuevas formadas por asociación entre conductas simples
- No hay estadios.(7).

6. Ibid.

7. Ibid.

ALGUNOS AUTORES CONDUCTISTAS SON:

Watson que fue su fundador, era un hombre práctico que pretendía convertir la psicología en una rama de la ciencia natural, cuya finalidad debería ser la predicción y el control de la conducta, convirtiéndose así en una ciencia aplicada y aplicable.

Watson se apoyó en los trabajos de Pavlov del condicionamiento clásico, (Pavlov había observado en experimentos con perros, que el animal salivaba ante la visión de la comida, que constituía un estímulo incondicionado para esa respuesta de salivación, es decir que se trataba de una respuesta no aprendida que el perro poseía naturalmente). Pero observó también que cuando los perros oían la llegada del cuidador que les iba a dar la comida, empezaban a salivar antes de ver la comida, siguiendo esta línea de pensamiento, Pavlov consiguió que se formara una asociación entre el sonido de una campana y la salivación, estableciéndose un condicionamiento ante el sonido. En el experimento de Pavlov la comida es un estímulo que de forma innata, es decir sin aprendizaje, produce secreción de saliva, en cambio, de forma espontánea no se produce esa secreción ante el sonido de una campana, que constituye un estímulo neutro, pero a través de repetidos emparejamiento del sonido con el alimento, aquel llega a producir la respuesta de salivación, estableciéndose una asociación nueva que antes no existía sino que es aprendida, Watson pensaba que de esta manera, se podía moldear completamente a los hombres y tenía una enorme confianza en las consecuencias prácticas de su teoría y escribió:

"Dadnos una docena de niños sanos, bien formados y un mundo apropiado para criarlos y garantizamos convertir a cualquiera de ellos, tomado al azar, en determinado especialista: médico, abogado, artista, jefe de comercio, pordiosero o ladrón, no importan los

talentos, inclinaciones, tendencias, habilidades, vocaciones y raza de sus ascendientes. Después de Watson otros autores mostraron que se puede producir aprendizaje por condicionamiento con niños en edades muy tempranas. Otros autores continuaron investigando los procesos de aprendizaje y vieron que existía el condicionamiento operante o instrumental, estudiado por Skinner. En este condicionamiento la respuesta está conectada con el nuevo estímulo que no es un reflejo, sino que consiste en reforzar o premiar, alguna conducta que el sujeto produce o emite espontáneamente y en cambio, no reforzar otras conductas, de esta manera se pueden producir respuestas nuevas en el organismo para conseguir las consecuencias que se obtienen de ellas. Este tipo de condicionamiento se denomina operante, porque sugiere que la conducta del organismo opera sobre el medio y también se denomina instrumental, porque la respuesta del sujeto es el instrumento de la producción de la recompensa. (8).

LA TEORIA DE LA GESTALT .- Defiende, que para conocer el sujeto se sirve de estructuras, que tienen una base física y que se imponen por sus cualidades. Las estructuras son totalidades complejas y para los gestaltistas las unidades simples no son el punto de partida, sino el producto de la descomposición de unidades complejas. Esas totalidades, o Gestalten, son comunes en todos los niveles de funcionamiento cognitivo y por tanto no existe propiamente una génesis. Los elementos a descartar son:

- La conducta está organizada en totalidades o estructuras.
- Las totalidades tienen un origen físico.
- No hay génesis ni estadios.

Wertheimer en Alemania, se oponía al conductismo de Watson con ayuda de sus colegas, estudiaba un fenómeno aparentemente muy simple, pero difícil de explicar desde una perspectiva asociacionista, al que denominaron el "fenómeno phi": se situaban dos bombillas próximas en una habitación que permanecía oscura, primero se encendía durante un instante la de la izquierda luego se apagaba, un segundo después se encendía la de la derecha, el observador percibía dos luces que se iluminaban sucesivamente, pero la diferencia temporal entre encendidos se hacía más pequeña, llegaba un momento en que los sujetos creían ver una luz que se desplazaba de izquierda a derecha, produciéndose una sensación de movimiento. Para explicar esto, los gestaltistas postulan que se perciben directamente configuraciones complejas como una totalidad y luego el análisis de los elementos en oposición de lo que se creía, que era que primero se percibían sensaciones simples y luego las combinan para formar otras más complejas. Wertheimer dijo que los individuos organizan el mundo imponiendo formas y esta idea no sólo se aplica al terreno de la percepción, sino también al del pensamiento, sosteniendo que pensar supone reorganizar los elementos de un problema en una totalidad nueva. (9).

LA TEORIA...PSICOANALITICA.- considera que los principales determinantes de la actividad humana son inconscientes y estudia la motivación que origina la actividad, que es atribuida a una energía interna del organismo, que puede canalizarse de distintas maneras, el niño pasa por una serie de estadios según se establece la satisfacción de sus necesidades, sus rasgos son:

- Teoría de la conciencia.
- Determinantes inconscientes.
- Importancia de la infancia.
- Importancia de la sexualidad.
- Estadios de desarrollo.(oral, anal, fálica, genital y latencia).

Freud, un médico que vivió en Viena, trató de buscar los orígenes de las perturbaciones psicológicas, que se daban en adultos, que él atribuyó a experiencias anteriores que se habrían producido durante su infancia, Freud sostiene que de nuestra vida mental, conocemos por un lado su órgano somático, es decir el sistema nervioso y por el otro lado, los actos conscientes, pero ignoramos todo lo que existe entre ambos que, es lo fundamental, para entender el psiquismo humano, el motor de la actividad psíquica lo constituyen los estados de tensión que se producen en el organismo y que éste tiende a reducir. Dichos Estados de Tensión se originan en los estímulos que llegan hasta el organismo y que son de dos tipos, los exteriores que no plantean grandes problemas psicológicos y los internos, constituidos por pulsiones que son exigencias que plantea el cuerpo a la vida psíquica, que resulta necesario satisfacer y son el motor del psiquismo y son de autoconservación y sexuales. Las primeras tienden a la conservación del organismo y las segundas a la conservación de la especie. (10).

Causas del desarrollo humano.-

Uno de los problemas principales cuando se estudia el desarrollo humano, se refiere a cuales son las causas que explican que éste se produzca. Son dos las tendencias en términos generales:

- Hereditaria, innatista.- la mayor parte de las cosas que el hombre hace están determinadas biológicamente a través de la herencia. Según esta teoría se heredarían casi todas las concepciones y rasgos. El desarrollo sería fundamentalmente el despliegue de esas potencialidades heredadas. En el embrión ya estaría contenido, todo lo que el hombre va a ser en el futuro.
- Ambientalistas o empiristas.- sostiene que el hombre está determinado por los factores ambientales, y que es la experiencia la que le va conformando un medio determinado. promueve el desarrollo en un determinado sentido y otros medios lo harían en sentidos diferentes, por lo que el ser humano sería producto de su medio ambiente.

Hay múltiples datos que apoyan una u otra teoría, a favor del Genetismo se puede aducir que los individuos se parecen mucho a sus progenitores y muestran muchas conductas que son iguales a las de ellos. También se señala que hay pautas de conducta que aparecen en toda la humanidad de forma muy semejante. La ambientalista ha sostenido por su parte que en cualquier momento, se puede enseñar cualquier cosa siempre y cuando se utilicen los medios adecuados para ello, pero en todo caso ambas posiciones extremas son insuficientes, porque el desarrollo no puede explicarse ni por un puro despliegue de capacidades que tiene el individuo con independencia de lo que haga y de donde se encuentre; ni tampoco por efecto de las influencias ambientalistas, por el contrario, el desarrollo es un proceso de interacciones complejas entre muchos factores en el cual el propio organismo, el propio sujeto, desempeña un papel muy importante y activo que puede modificar y seleccionar ciertas influencias. Cuando el individuo nace, está dotado de una serie de disposiciones que van a determinar su conducta, el hombre nace con ciertas predisposiciones que van a interactuar con las influencias

ambientales y éstas van a modelar en un determinado sentido pero siempre dentro de ciertos límites. (11).

En mi opinión particular es importante tomar en cuenta cada enfoque del desarrollo.

De acuerdo a la teoría cognitiva, se explica como se desarrollan las habilidades cognitivo-intelectuales (inteligencia).

Piaget le da mucha importancia a los procesos internos que permiten al niño organizar su pensamiento (asimilación y acomodación). Llegó a la conclusión de que el desarrollo no es continuo, sino que se organiza en períodos sucesivos.

Vigotski guarda similitudes con la teoría de Piaget, pero su interés se centra principalmente por los determinantes sociales del desarrollo, postulando que:

"El desarrollo del niño es inseparable del ambiente social."

Sánchez,S.(1991),Pags,879.

Respecto al enfoque Biológico-Madurativo, de Arnold Gesell que divide el desarrollo del niño por edades y áreas de desarrollo, expresando que conductas debe tener y a que edad las presenta, Gesell marca una relación estrecha entre estructura y función. El desarrollo del niño es posible solamente si sus estructuras biológicas han madurado.

El medio ambiente puede retrasar o acelerar parcialmente el desarrollo del niño, pero este depende de su equipo biológico y de su estructura genética.

11. Torres A. Programa de Estimulación temprana, Rev.Mex.de Puericultura y Pediatría, Sep-Oct. 1993, Vol.Núm.1 pags.6-14.

ambientales y éstas van a modelar en un determinado sentido pero siempre dentro de ciertos límites. (11).

En mi opinión particular es importante tomar en cuenta cada enfoque del desarrollo.

De acuerdo a la teoría cognitiva, se explica como se desarrollan las habilidades cognitivo-intelectuales (inteligencia).

Piaget le da mucha importancia a los procesos internos que permiten al niño organizar su pensamiento (asimilación y acomodación). Llegó a la conclusión de que el desarrollo no es continuo, sino que se organiza en periodos sucesivos.

Vigotski guarda similitudes con la teoría de Piaget, pero su interés se centra principalmente por los determinantes sociales del desarrollo, postulando que:

"El desarrollo del niño es inseparable del ambiente social."

Sánchez,S.(1991),Pags,879.

Respecto al enfoque Biológico-Madurativo, de Arnold Gesell que divide el desarrollo del niño por edades y áreas de desarrollo, expresando que conductas debe tener y a que edad las presenta, Gesell marca una relación estrecha entre estructura y función. El desarrollo del niño es posible solamente si sus estructuras biológicas han madurado.

El medio ambiente puede retrasar o acelerar parcialmente el desarrollo del niño, pero este depende de su equipo biológico y de su estructura genética.

11. Torres A. Programa de Estimulación temprana, Rev.Mex.de Puericultura y Pediatría, Sep-Oct. 1993, Vol.Núm.1 pags.6-14.

En el enfoque conductista, estos autores se interesan por la formación de conductas nuevas, por asociación entre conductas simples, no manejan periodos ni estadios.

Se interesan por la relación individuo-medio ambiente, sin importarles estados internos del organismo.

El enfoque Psicoanalítico, se centra en la formación de la personalidad y en la importancia de la sexualidad, separa el desarrollo de la personalidad en estadios. Se enfoca en estados internos e inconscientes, dándole importancia a la relación madre-hijo.

El enfoque Gestalt, postula que la conducta está organizada en totalidades, y que éstas tienen un origen físico. No hay estadios de desarrollo. No les interesa las estructuras simples en oposición al conductismo. Es una teoría que determina que el individuo nace de alguna forma con sus estructuras totales.

En relación a la Estimulación Temprana, el único enfoque que establece que las conductas son innatas es el de Gestalt. Por el contrario el enfoque que determina que el desarrollo es por la interacción del niño con su medio, es el Conductismo.

Son dos los enfoques principales :

Genetistas (Gestalt) o ambientalista (Conductista).

Los demás enfoques (Cognitivo, Biológico-Madurativo y Psicoanálisis) mantienen que el desarrollo del niño se da tanto por factores internos (genetistas) y por interacción del niño con su medio ambiente (ambientalistas).

Dan entonces, unos más importancia a los factores internos como Piaget y el psicoanálisis; otros a los factores externos como (Vigostki). Es el único autor que determina, que el desarrollo se da por estructura (factores internos) y función (Medio ambiente) al igual que Gesell.

Yo considero, a los dos enfoques correctos, ya que en el desarrollo del niño, no sólo son importantes los factores internos sin tomar en cuenta al medio ambiente (Gestalt) o por el contrario, considerar los factores externos sin considerar los factores internos (Conductismo).

Gesell considera importante a los factores internos y al medio ambiente, este último en forma parcial, ya que postula que, el desarrollo del niño se puede alterar de manera relativa por causas del medio ambiente.

Pienso que, el desarrollo del niño, es BIO-PSICO-SOCIAL y no solo considerar uno o dos de estos aspectos por separado, porque es sabido que el niño tiene un equipo biológico sin lesiones neurológicas ni patologías pediátricas, que alteren el desarrollo. En el aspecto Psicológico es primordial que el niño no se encuentre sobreprotegido o abandonado, ya que en los dos casos, si le falta la estimulación adecuada no se da el desarrollo en forma correcta. En el área social es muy importante considerar la integración de la familia, para favorecer el trinomio indispensable en el desarrollo del niño (MADRE-PADRE-HIJO).

Por todas estas causas, es primordial que se difunda y se establezca como programa prioritario, el de la Estimulación Temprana, máxime en los centros hospitalarios que atienden a la población con más carestías socio-económicas y que, no sólo es

importante el estado físico del niño, sino también mejorar su calidad de vida.

3.- ESTIMULACION TEMPRANA.

Algunas definiciones de lo que se ha conceptualizado a esta terapia son las siguientes:

"Es una técnica terapéutica que pretende aportar de una forma elaborada todos los estímulos que espontáneamente intervienen en la maduración del niño, con el fin de propiciar la integración y facilitar suplencias, para favorecer el desarrollo de niños con deficiencias o expectativas de las mismas."

Naranjo,C.(1981) y Góngora,M.(1991).

"Es el conjunto de acciones que tiende a proporcionar al niño las experiencias que este necesita para desarrollar al máximo sus potenciales."

Torres,A.(1993).

"Es el tratamiento que facilita el desarrollo del lactante y niños minusválidos."

Ortega,F.(1994).

En mi opinión particular la Estimulación Temprana es un tratamiento en el que su objetivo principal es favorecer el desarrollo integral del niño, y no solamente tratar una de las áreas del desarrollo, como lo hace la terapia Física, del Lenguaje, Psicomotricista, ocupacional, etc.

Además es aplicable a los tres niveles de tratamiento como son:

PREVENTIVO, ASISTENCIAL Y REHABILITATORIO.

Por último este tratamiento se debe de realizar desde el nacimiento o lo más oportuno posible.

3.1. ANTECEDENTES DE LA ESTIMULACION TEMPRANA.

Desde 1843, Johan Baptist Graser en Francia recomendaba a las madres de niños sordos de primera infancia, la educación temprana del habla, ya que el deseaba que los niños vivieran su niñez en la casa paterna y no en la escuela para sordomudos. Luego en 1911 Binet, el inventor de las pruebas de inteligencia, apoyaba el concepto de que ésta no es una cantidad fija y que puede aumentar en relación a la estimulación ambiental. Skeels en 1930 demostró que la inteligencia no está fijada al momento de nacer. Sacó a niños de los orfanatos y descubrió que había un progreso significativo en su habilidad cognitiva en comparación con un grupo de niños que permanecían en dichas instituciones.

En 1948, Kirk demostró que un programa educacional para niños entre 3 y 5 años cuyo coeficiente de inteligencia inicial variaba entre 40 y 60, sirvió para elevar estos puntajes después en comparación con los niveles de I Q del grupo control.

En 1964, inició Head Start un programa como resultado de los estudios anteriores y de otros. Se estableció inicialmente para niños con algún impedimento en su desarrollo o con riesgo de retraso por razones ambientales.

En 1977, se ordenó que este programa Head Start aceptara por lo menos un 10 % de niños con incapacidades orgánicas. Desde la década de 1970 se han desarrollado importantes programas de intervención temprana dirigida a dos poblaciones: niños con alteraciones biológicas y niños en riesgo por razones médicas o ambientales. La distinción es importante pues los niños con alteraciones biológicas tienen claras sus manifestaciones de algún déficit o deficiencia estructural o conductual por lo general identificables tempranamente y los niños clasificados como de riesgo por razones médicas o ambientales son aquellos que nacieron en forma prematura o sufrieron alguna patología temprana en la vida, por ejemplo síndrome de dificultad respiratoria, en madres adolescentes, etc. Ortega,F(1994).

Uno de los problemas de salud más importantes en la población infantil de México, lo constituye la frecuencia con que se presentan las lesiones cerebrales en sus diferentes grados y manifestaciones clínicas, afectando de diversa manera el desarrollo del niño. Hasta la fecha, con inadecuada utilización de los recursos, solamente se ha tratado de resolver el problema en algunos aspectos, puesto que no se ha buscado la solución abordando con mayor énfasis el momento de inicio de la patología y así prevenir la cronicidad, las complicaciones, la invalidez, y la muerte, mediante el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado.

Lo anterior permite comprender por qué razón, el grupo que padece este tipo de problemas, es atendido en proporción que puede considerarse mínima, dada la magnitud y características de esta patología, pues sólo ocurren tardíamente.

A nivel institucional, sólo existen en algunos hospitales, por lo que es insuficiente, y en consultorios privados que la mayor de la población no cuenta con recursos socioeconómicos con que pagarlos. En tal virtud, es evidente que existen en el país recursos que se pueden considerar insuficientes pero que no han sido adecuadamente aprovechados y que las instituciones del sector salud, no obstante los lineamientos establecidos para preservar y conservar la salud, no alcanza a reducir notoriamente la incidencia de este problema. López,A.(1989).

La estimulación es un proceso natural, que la madre pone en práctica en su relación diaria con el bebé. A través de este proceso, el niño irá ejerciendo mayor control sobre el mundo que le rodea, al tiempo que sentirá gran satisfacción al descubrir que puede hacer las cosas por sí mismo.

La estimulación tiene lugar a través de la repetición útil de diferentes eventos sensoriales, que aumentan por una parte el control emocional, proporcionando al niño una sensación de seguridad y goce, y por la otra, amplían la habilidad mental que le facilite el aprendizaje, ya que desarrolla destrezas para estimularse a sí mismo a través del juego libre y del ejercicio de la curiosidad la exploración y la imaginación. Arango,M.(1994).

La Estimulación Temprana es el conjunto de acciones que tienden a proporcionar al niño las experiencias que éste necesita para desarrollar al máximo sus potenciales. (12).

La base teórica de la terapia está en la confluencia de dos ramas de la investigación desarrolladas en los últimos cincuenta años:

A).- Estudios ambientalistas.- sobre las interrelaciones entre el individuo y medio:

Se acepta que el despertar el interés sobre la atención temprana se inicia apartir de los trabajos de Skeels (1938) sobre el seguimiento longitudinal a lo largo de veinte años, de niños retrasados mentales, apartados de centros asistenciales y colocados en ambientes que les proporcionaban más afecto y estímulos, en los que se concluía que experimentaban aumento en su nivel intelectual. Después de este trabajo se han registrado observaciones como Buhler, Bowlby, publicación de la OMS en 1962, sobre la privación por falta de cuidados maternos, que condujeron a las más importante experiencia relativa al riesgo ambiental llevada a cabo en Estados Unidos en los años sesenta, consistente en dar enseñanza preescolar orientada a compensar las limitadas oportunidades para los aprendizajes en el ambiente familiar en regiones deprimidas económicamente, reportando que los niños que se les estimuló presentaron menor alteración en el aprendizaje, de los que no se les estimuló. Sin embargo la mayoría de los programas de estimulación temprana diseñados en la última década no van dirigidos a resolver la privación afectiva y ambiental, sino a la población con alteraciones del desarrollo biológico, con objetivos compensatorios.

B).- Neurofisiología del aprendizaje y sus alteraciones:

Los trabajos de la escuela rusa a partir de Sechenov (1908) sobre áreas integradoras, Vygotsky (1930), Luria(1944) sobre el movimiento, profundizan en el conocimiento del sustrato neurofisiológico del aprendizaje presuponiendo progresivamente la globalidad y la interrelación sensorial en la estructuración de los mismos, terminando con la dicotomía ideación-movimiento

insistiendo en la importancia de la iniciación del aprendizaje en el movimiento crítico que le es intrínseco.

La pregunta de que si el cerebro inmaduro puede o no recuperarse de un daño, ha sido investigada de diversas maneras. Estudios sobre los vertebrados como la salamandra y el pescado, han demostrado el notable poder regenerativo de sus tejidos neurales.

En ratas a las que se sometió a un ambiente enriquecido aumentaron sus concentraciones de neurotransmisores y ramificaciones dendríticas en comparación con aquellas que estuvieron en ambientes menos estimulantes.

Los estudios en animales, han demostrado cambios en el SNC secundarios a la privación visual, auditiva y reestimulación. Otro interesante punto en la posibilidad de plasticidad cerebral, viene del concepto de sobreproducción de conexiones dendríticas y su subsiguiente eliminación parcial en la vida post-natal. Huttenlocher (1979) demostró un incremento en la actividad sináptica, en las áreas corticofrontales y visuales humanas, durante la infancia. Después de este período de proliferación, la actividad sináptica y la eliminación en la corteza visual, connota un período crítico para la plasticidad cerebral, en funciones corticales superiores. La plasticidad cerebral es un complejo proceso que se desarrolla a través de mecanismos que ocurren en las uniones sinápticas y en el funcionamiento neural, lo cual abre vías de propagación, que facilitan las interconexiones pre-existentes entre los núcleos nerviosos para adaptar las respuestas a las exigencias del medio. Ortega, F. (1994).

La aplicación empírica de las observaciones ambientalistas ha permitido la creación de programas con estímulos adecuados y sistematizados, administrados globalmente y en el momento oportuno.

Una definición más precisa sería: La Estimulación Temprana es una técnica terapéutica que pretende aportar de una forma elaborada todos los estímulos que espontáneamente intervienen en la maduración del niño, con el fin de estimular la integración y facilitar suplencias, para favorecer el desarrollo de niños con deficiencias o expectativa de las mismas. Naranjo,C.(1981) y Gongora,M.81991).

Relacionados con los objetivos de la Estimulación Temprana se encuentran los siguientes elementos:

- Facilitar el desarrollo del lactante y niños minusválidos.
- Minimizar el probable retraso maduracional.
- Reducir los costos educativos de las escuelas públicas minimizando la necesidad de servicios de educación especializada.
- Reducir las posibles institucionalizaciones.
- Reforzar la capacidad familiar para enfrentarse a las necesidades particulares de los niños discapacitados. Ortega,F.(1994).

Los Programas de Estimulación Temprana pueden ser agrupados en las tres grandes categorías que se han indicado:

- A).- Preventiva, dirigidas a niños de alto riesgo, destinados a prevenir retardo en el desarrollo si están sometidos a influencias desfavorables del medio ambiente en sectores en desventaja de la población.
- B).- Asistenciales, los dirigidos a niños con factores de riesgo biológico probable o de riesgo establecido, (Sin datos de lesión neurológica).

Programas cuyas acciones están destinadas a tratar oportunamente alteraciones detectadas y a favorecer al máximo el desarrollo de potencialidades susceptible de presentarse alteradas.

- C). Rehabilitación: las dirigidas a niños que presentan una lesión neurológica, sus acciones son para estimular la maduración y tratar el retraso en el desarrollo. Ambrogetti, R. (1985) y Gongora, M. (1991).

La Estimulación Temprana puede ser aplicada en los siguientes casos :

Niños con riesgo biológico:

- Problemas ortopédicos.
- Egresados de cuidados intensivos. Aquellos que sufrieron asfisia, prematuridad, convulsiones, infecciones y hemorragias intracraneales durante el periodo neonatal, debe observarse con cuidado a los bebés, los hijos de madres toxémicas y a los hijos de madres diabéticas.
- Trastornos evolutivos. Autismo, retraso lingüístico, retraso motor y problemas de aprendizaje.

Niños con riesgo establecido por:

- Déficit sensorial.
- Enfermedad orgánica crónica.
- Enfermedades endocrinas.
- Enfermedad mayor del sistema cardiovascular.
- Infecciones severas.

- Enfermedades metabólicas-Enfermedades neurológicas (retraso psicomotor, parálisis cerebral infantil, malformaciones del sistema nervioso, trastornos neuromusculares).
- Malformaciones cromosómicas (síndrome de Down).

Niños con riesgo ambiental;

- Situación familiar.- que por cuestiones de trabajo, cansancio o de disfunción no le den los padres o la mamá por lo menos, al niño una adecuada estimulación. Ortega,F.(1994).

3.2. PROGRAMAS DE ESTIMULACION TEMPRANA.

Los Programas de Estimulación Temprana utilizan algunos de los siguientes instrumentos y/o actividades:

Escalas de maduración.- que son instrumentos para medir los comportamientos característicos del lactante que debe de presentar acorde con su nivel de desarrollo.

Programa de tratamiento.- que son las actividades y sugerencias que le deben de realizar al lactante para favorecer su desarrollo.

S.E.P.,(1986).

Escalas de maduración.- las escalas de desarrollo son instrumentos de medición del desarrollo evolutivo, su lógica interna parte de una estructura cerrada de la cual pueden establecerse comparaciones en función de los logros conseguidos por los individuos o grupos de individuos. Su forma de presentación suele estar organizada sobre una progresiva

dificultad que ha de superarse en los primeros años de vida, sus objetivos se dirigen a la totalidad del desarrollo, pero en la medida en que los procesos van diferenciándose aparecen nuevos instrumentos de medición más perfilados dentro del concepto mismo de escala; dirigidos hacia procesos diferenciados y concretos. Entre sus características descriptivas destacamos su metodología observacional e individual en los primeros años. La observación adquiere distintas modalidades en el sentido de poder ser natural o provocada; algunos ejemplos son:

Prueba Denver.-

Abarca las edades de 0 a 6 años, elaborada por los doctores Frankenburg y Dodds, que buscaban un método sencillo para detectar los retrasos en el desarrollo (cociente de 70 ó menos) que al diagnosticarse tempranamente pueden ser tratados.

La prueba Denver está dividida en cuatro partes, que corresponden a las cuatro áreas de desarrollo:

- Motor-fino-adaptativo.
- Personal social.
- Lenguaje.
- Motor grueso.

Escala de desarrollo infantil de Bayley.-

Se aplica a niños de 2 a treinta meses, las tres subescalas de esta prueba son:

- * Escala mental.

Su objetivo es apreciar la agudeza sensorio-perceptiva, la discriminación y capacidad de respuesta de estímulos; la

adquisición temprana de la constancia del objetivo y de la memoria, el aprendizaje y capacidad de resolución de problemas, las vocalizaciones en el inicio de la comunicación verbal, la capacidad para aprender a generalizar y clasificar.

- * Escala de psicomotricidad.
Va dirigida especialmente a los comportamientos que implican destreza y coordinación psicométrica; proporciona una medida del grado de control del cuerpo, de la coordinación de los músculos grandes y de la habilidades manipulativa de manos y dedos.
- * Escala social.
Permite evaluar la naturaleza de las orientaciones sociales y los objetivos del niño hacia su entorno, expresadas en actitudes, intereses, energía, actividad y tendencias de aproximación o evitación de estímulos.

Escala de Gesell.:

Su interés se centra en cuatro áreas de desarrollo:

- Motor postural.
Locomoción, prensión y coordinación corporal.
- Adaptabilidad o coordinación óculo-motriz.
Ajuste perceptivo, actividad de orientación, de construcción y reacciones ante experiencias nuevas.
- Lenguaje.
Verbalización y sonidos, comprensión y comunicación.
- Sociabilidad.
Comportamiento interrelacional y cultural.

La lógica interna podría sintetizarse así: Si se logra determinar cuáles son las conductas típicas de cada edad, se podrá determinar el grado de desarrollo en el que se encuentra cada caso concreto. Puede suceder que un niño desde el punto de vista motor tenga un desarrollo adecuado a su edad cronológica, pero que esté atrasado desde el punto de vista adaptativo, en cualquier caso, el sistema propuesto por Gesell resulta sumamente interesante y práctico para diagnosticar el desarrollo. Los periodos de tiempo recomendables para su aplicación estarían entre las cuatro semanas y los cinco años. Atkin, L. (1987), Sánchez, S. (1991) y Barkin, H. (1992).

CONSIDERACIONES GENERALES.

Un programa de estimulación temprana favorece el desarrollo psicomotor al recordar los patrones normales para realizar cada fase de éste, cada ejercicio tiene una base neurofisiológica específica según sus requerimientos. Los ejercicios tienen una finalidad determinada, cuando el niño domine uno en particular debe suspenderse y continuar con el siguiente, aunque sea antes de la edad que corresponda, esto depende del potencial de cada niño.

El programa debe realizarse cuando el menor lo permita, que no tenga, hambre, frío, este mojado, enfermo, etc. Cuando el niño es muy pequeño es importante realizarlos durante periodos cortos, pero aprovechando los momentos que esté en condiciones adecuadas, podrá efectuarlos hasta tres o cuatro veces al día. Conforme crece el menor resulta conveniente efectuarlos dos veces por día y tratar siempre de favorecer la conducta que busca, por ejemplo si se estimula el control del tronco usar una silla alta para comer, mantenerlo sentado jugando, etc.

Es importante invitar al padre a participar en el programa desde el nacimiento del niño, ya que ello le ayuda a conocerlo, disfrutar más de su hijo y a colaborar creativamente en su desarrollo. (13).

Uno de los principios de los programas de estimulación temprana es la inclusión de los padres como parte integrante del equipo de salud, pues se considera a la familia como generadora de patología o de salud mental y es necesaria su evaluación para el aprovechamiento de recursos que coadyuven a la ulterior mejoría del niño. Si se toma en cuenta el estatus económico, cultural y social, si se concientiza y se responsabiliza a la familia, orientándola primero y entrenándola después para reforzar en el hogar los tratamientos ofrecidos en la institución, se acelera el proceso terapéutico, se promueve y fomenta la salud tanto del afectado como de la familia y lo que es más importante, el niño se adapta a un medio ambiente real, cosa que el simple tratamiento institucional no ofrece.

El adiestramiento a padres tiene las siguientes ventajas:

- Promover la integración familiar.
- Convertir al equipo de especialistas en agentes, asesores y supervisores del proceso terapéutico y no simplemente como responsables operativos del éxito o fracaso del tratamiento.
- Se extienden los servicios de atención a mayor población que necesita de estos recursos.
- La erogación económica que implica el traslado a la institución y la consulta y/o tratamiento en la misma, se reduce considerablemente, no alterando de esta manera la economía familiar. López,A.(1989).

3.3. AREAS DE DESARROLLO.

Detallaremos la información presentada de manera general :

A).- Area Motora.

Se divide en:

- a). Motor grueso.
- b). Motor fino.
- c). Esquema corporal.

- a). Motor grueso.: Favorece en el niño el proceso de desarrollo motor y buen equilibrio del cuerpo, desde sus primeros días el niño va logrando conquistas importantes para su total desarrollo, la ejercitación de la motricidad gruesa constituye uno de los aspectos más importantes en la evolución integral del niño, los objetivos específicos a alcanzar en el niño están propuestos con base en patrones de desarrollo para niños normales y están graduados de acuerdo con la evolución de ellos.

A medida que el niño empieza a desplazarse estará en mayor contacto con el ambiente, desde los primeros días el niño insiste en levantar y sostener su cabeza, esto le fortalece los músculos del cuello, espalda y miembros superiores. El mantener la cabeza erecta es el paso fundamental para todas las destrezas posteriores, después de sostener su cabeza, se apoyará sobre los antebrazos y empezará a desplazarse sobre el abdomen hacia adelante y hacia atrás, luego empezará a apoyarse en las rodillas y a balancearse sobre las manos y rodillas; surgirá un gateo incordinado, en que empieza a sentarse doblando las caderas rotando el tronco, se iniciará el gateo cruzado, cada vez más seguro,

rápido, hasta que se realice con soltura. En esta forma el niño conquista el ambiente inmediato que lo rodea. El gateo es el estado final de una forma primitiva de desplazamiento, que no es propia del adulto, pero que constituye uno de los pasos más importantes para el inicio de la marcha.

El niño empieza a pararse tomado de los muebles y a dar pasos sobre este apoyo. Puede dar pasos hacia el frente si se le sostiene de ambas manos, luego si es tomado de una mano con el apoyo del adulto, hasta que logra la total independencia al caminar. También va adquiriendo habilidades como saltar, subir y bajar escaleras, trepar, brincar y agacharse, ya que a medida que el niño va creciendo se enriquecen sus capacidades motoras.

Sus objetivos son:

- Ejercitar la coordinación motora gruesa.
- Lograr posturas adecuadas y un buen equilibrio corporal.

b). Motora fina.- Se estructuran en los primeros meses de vida, con base en los esquemas de reflejos simples que existen en el recién nacido, el cual no ha tenido contacto directo con experiencias, el simple reflejo de succión que aparece ante el estímulo del pezón, es transformado posteriormente por una búsqueda táctil activa que reemplaza una actitud pasiva. A medida que el niño va evolucionando, la experiencia comienza a dictar diferentes tipos de acción, es así como los movimientos de las manos se transforman en puntos de atención para mirar. Un objeto se transforma en algo para ver, alcanzar y luego manipular.

Poco a poco va constituyendo un campo especial a medida que el mirar se coordina con el tomar y el succionar; de esta forma y a medida que el niño avanza en la vida va asimilando y ajustándose a las experiencias ambientales. Se vuelve más diestro en la adquisición de sus etapas del desarrollo motor fino, la adquisición de una destreza, sirve como punto de partida para la siguiente. Esta situación permite al niño pasar del movimiento simple de manos y dedos a la manipulación de objetos, hasta llegar a la fase final que es el recortado de figuras y calcado de siluetas.

Sus objetivos:

- Favorecer la coordinación viso-motora.

- c). Esquema corporal.- Es una estructura adquirida que permite que un sujeto pueda presentarse a sí mismo en cualquier momento y en toda la situación, las diferentes partes de su cuerpo, independientemente de todo estímulo sensorial externo. Reside en ello no sólo la posibilidad de tomar conciencia individual de cada parte, dedo, nariz, rodilla, etc., sino al mismo tiempo el sentimiento de pertenencia de todos los elementos a un único ser. El esquema corporal es muy importante para la percepción del espacio, pues constituye un marco de referencia interno gracias al cual cada parte del cuerpo se ubica en relación con las otras, así como también que éste se constituye durante los seis primeros años de vida del niño. A los seis años adquiere la distinción entre la derecha y la izquierda y en relación a otro individuo alrededor de los nueve.

Sus objetivos:

- Lograr el conocimiento corporal en su propio cuerpo y en otras personas.
- Permitir que el niño establezca su lateralidad dominante.

B). Lenguaje.: se desarrolla espontáneamente, constituyéndose en un proceso que sigue en sus inicios leyes semejantes a todos los niños. Todos los niños atraviesan un período básico para la iniciación del lenguaje, esta fase pre-lingüística se inicia con el llanto, como primer medio de comunicación sonora de sus necesidades; comienza a hacer sonidos bucales o guturales diversos, de manera espontánea primero y repetitiva después hasta llegar a pronunciar sílabas, formar frases de dos, tres o cuatro palabras y expresarse con oraciones completas.

Sus objetivos:

Estimular el desarrollo del lenguaje expresivo, mediante ejercicios preparatorios para la fonación, la articulación y la comprensión del lenguaje.

C). Socialización.: es un proceso socio-cultural, en el cual mediante la socialización el individuo aprende los diferentes papeles, hábitos, pautas y comportamiento necesario para hacerle frente a las responsabilidades de la vida colectiva. Este proceso sin embargo es crítico y fundamental durante los primeros años de vida, dado el carácter esencialmente formativo y orientador de la socialización. Durante esta fase, es el período en el cual internaliza las normas morales, cívicas y de la vida en sociedad, necesarias para su desenvolvimiento posterior como sujeto social.

Sus objetivos :

- Proporcionar los medios que ayuden a la adaptación y socialización en el ambiente en que se desenvuelve.
- Ofrecer oportunidad de participar en actividades que se realicen con sus familiares, compañeros y vecinos.
- Fomentar los valores éticos y cívicos.

D). Autocuidado. Tiene la finalidad de proporcionar una guía a la madre que le permita trabajar en forma adecuada para que el niño logre su independencia en las actividades de la vida diaria, se inicia desde que el niño está en la cuna, y prosigue hasta que el niño logre aprenderlos. Todas las personas a cargo del cuidado del infante, deben prepararlo en la adquisición y en el establecimiento de su personalidad. Se inicia con actividades para el bebé y se prosigue hasta los 5 ó 6 años, se hace énfasis en la higiene corporal los hábitos de dormir, de vestirse o de desvestirse, y el control de los esfínteres.

Sus objetivos :

- Promover independencia en la práctica de hábitos de autocuidado e higiene personal.
- Favorecer el control de las necesidades fisiológicas.

E). Cognitivas. Es la capacidad neurovegetativa y vivencial del desarrollo del ser humano que le permite mantenerse en interacción constante con el medio, a través de la recepción de estímulos por los canales aferentes y de emitir respuestas por medio de sus canales aferentes, como son los sentidos y la capacidad propioceptiva en general.

A través de la interacción de estímulos y respuestas, logramos establecer los engramas, esquemas, experiencias que conducen al aprendizaje sobre el propio cuerpo y sus relaciones en el espacio, tiempo y persona. De aquí la importancia y trascendencia que para el individuo tiene desde su vida intrauterina, la dotación genética de sus componentes cognitivos y la interacción de éstos con sus componentes ambientales en cada momento evolutivo, a fin de lograr un desarrollo integral óptimo y su completa identidad como persona.

Sus objetivos:

- Lograr el desarrollo integral de las capacidades cognitivas y su completa identidad global.
- Promover el desarrollo de la percepción visual.
- Favorecer el desarrollo de la discriminación auditiva.
- Promover la percepción auditiva en el campo de los sonidos, de la música, de la naturaleza, de la comunicación humana.
- Brindar las oportunidades que enriquezcan las sensaciones del niño en el ámbito del tacto y sus variantes.
- Facilitar los movimientos corporales mediante la ejercitación muscular y el equilibrio que se requiere para el buen control postural y la ubicación del cuerpo en relación con el espacio y el tiempo. UNICEF.(1988).

3.4. ALGUNOS PROGRAMAS ACTUALES DE ESTIMULACION TEMPRANA.

Mencionaremos algunos Programas de este tratamiento con el propósito de ilustrar estos procedimientos, a su vez de hacer algunas observaciones sobre ellos.

Programa de estimulación motora temprana de U.N.I.C.E.F., 1981.

Este programa es para estimular el área motora gruesa, encaminado a tratar a niños con trastornos neurológicos por medio de mejorar sus patrones de movimiento y corregir sus posturas anormales. Para poder mejorar su equilibrio, consta de:

- Una sección que nos indica las posturas anormales del niño en diversas posiciones.
- Una sección que nos indica los movimientos anormales.
- Una sección con los principios y acciones que se deben de hacer en el tratamiento motor.
- Una sección con una guía de equipos especiales que corrigen las posturas anormales del niño.

En general este programa tiene dos secciones de diagnóstico (las dos primeras), una sección de tratamiento y una sección de guías de equipos especiales.

Ventajas.

- Cuenta con dos secciones de Diagnóstico. (posturas y movimientos anormales).
- Tiene una sección de tratamiento y otra de equipos y ayudas especiales.

Desventajas.

- Sólo maneja una área de desarrollo (motora).
- Su sección de diagnóstico es muy general, ya que no se divide por mes en todos los niveles de desarrollo.
- Su sección de tratamiento es muy general, ya que solamente da unos parámetros muy amplios.

Programa de estimulación temprana para niños con parálisis cerebral.

Este programa fue elaborado en la Asociación Pro Paralítico Cerebral de México, en el año de 1981, y consta de los siguientes capítulos:

- Uno para definir y clasificar a la parálisis cerebral.
- Uno dedicado a concientizar a los padres de los niños, de que ellos son los directamente responsables de la atención y tratamiento de sus hijos.
- Uno que muestra las acciones terapéuticas dividido en:
 - Actividades para mantener los músculos de los niños en condiciones adecuadas para la terapia (movilizando los miembros superior e inferior para evitar contracturas y anquilosis).
 - Posturas anormales que hay que evitar, posturas normales que hay que estimular, y sugerencias de movimientos que puede realizar dentro de las posturas normales.
 - Técnicas de facilitación de sensaciones, posturas y movimientos normales.
 - Fabricación de material que ayude a su terapia.
 - Orientación a los padres o cuidadores para que puedan realizarle a los niños actividades de la vida diaria como son: Alimentarlo, cargarlo, vestirlo, baño y funciones de eliminación.
 - Guía para como jugar con el niño.

Ventaja.

- Es un programa completo para el desarrollo del área motora de niños con parálisis cerebral

Desventajas.

- Carece de una escala de evaluación.
- No tiene actividades para que se desarrollen las áreas de lenguaje.
- Las actividades de las áreas cognitivas y autocuidado están incompletas.

Programa de estimulación temprana de la S.E.P.

Este manual fue elaborado por la dirección general de educación especial de la Secretaría de Educación Pública, en 1986. Este programa tiene por objeto dar una guía de elementos técnicos-pedagógicos para dar atención temprana a niños del nacimiento a los 4 años, constituido de las siguientes partes:

- Comportamientos característicos.
- Fundamentación y sugerencias.
- Actividades propuestas.

Trabaja las siguientes áreas del desarrollo:

- Cognitivas.
- Sociales.
- Actividades de la vida diaria.
- Psicomotriz.

Describiremos sus comportamientos generales:

Comportamientos característicos.

Esta sección nos muestra conductas características que deben presentar los niños en las áreas del desarrollo que maneja el programa.

Fundamentación y sugerencias.

Guía que explica las bases teóricas y el por qué se deben de realizar ciertos ejercicios de acuerdo al nivel de desarrollo.

Los niveles de desarrollo en que se divide el programa son:

Un mes, dos a cuatro meses, cinco a ocho meses, nueve a once meses, doce a veintitrés meses, dos años, tres a cuatro años.

Ventajas.

- Es un programa completo ya que cuenta con evaluación, fundamentos teóricos y tratamiento.
- Abarca de un mes a cuatro años.
- La evaluación se divide en áreas de desarrollo.

Desventajas.

- La evaluación no se hace mes por mes.
- Las actividades de tratamiento tampoco van de un mes a otro, y además están todas juntas sin estar separadas en áreas de desarrollo como en la evaluación.
- No maneja ni la evaluación ni las actividades el lenguaje que es una área muy importante en el desarrollo del niño.

Programa de estimulación temprana de U.N.I.C.E.F.

Además del programa revisado de Estimulación Motora Temprana en 1988 la UNICEF presenta éste otro que consta de las siguientes partes:

Escala de maduración.

La escala de maduración tiene las siguientes áreas de desarrollo:

- Motor grueso.
- Coordinación visomotora.
- Lenguaje.
- Socialización.
- Actividades sugeridas.

La escala de maduración está dividida en las siguiente edades de desarrollo:

Del primer mes a los veinticuatro meses.

De los dos años a los cuatro años cada seis meses.

De los cuatro a los cinco años, por año.

Las actividades sugeridas, están divididas en las siguientes áreas de desarrollo:

- * Socialización.
- * Psicomotricidad, (motriz grueso, motriz fino, esquema corporal).
- * Hábitos e higiene personal.
- * Sensopercepción (visual, auditiva, gustativa, olfatoria, somestésica, cinestésica y propioceptiva vestibular).
- * Lenguaje.

Las actividades sugeridas no están divididas por edad del desarrollo sino por metas y objetivos propuestos.

Ventajas.

- Es un programa completo ya que maneja varias áreas de desarrollo y va del primer mes a los cinco años.
- Sus actividades manejan casi todas las áreas de desarrollo.

Desventajas.

- Sus actividades no manejan edades sino objetivos y metas.
- No maneja el área cognitiva de desarrollo.

Programa de estimulación temprana del Instituto de Rehabilitación Vicente López.

Este programa fue hecho por el Dr. Ricardo Ambrogetti y cols. en 1985 y consta de:

- Escala de maduración.
- Plan de actividades sugeridas.

La escala de maduración y el plan de actividades de desarrollo se divide en las siguientes áreas de desarrollo:

Autoasistencia, Conocimiento, Lenguaje, Social, Motricidad gruesa y Motricidad fina.

La escala de maduración se divide, en las siguientes edades de desarrollo:

Del nacimiento a los treinta y seis meses, por cada mes.

El plan de actividades :

Del nacimiento a los veinticuatro meses, por cada tres .
De los dos a los tres años cada seis meses.

Ventajas,

- Maneja todas las áreas de desarrollo.
- Las actividades están divididas por áreas de desarrollo y por esto podemos trabajar por áreas y diferentes edades de desarrollo.

Desventaja,

- Las actividades sugeridas no son por cada mes

Programa de estimulación temprana para el "Hospital de la mujer" de la Secretaría de Salud.

Este programa fue diseñado por las Dras. María Villanueva Muñoz y Lucila Rangel Pérez, en 1990 y solamente consta de una escala de maduración que tiene:

- Áreas de desarrollo.- psicomotriz, cognitivo, autocuidado y social.
- Edades de desarrollo.- por mes, del nacimiento a los doce meses.

Este programa es solamente para poder detectar oportunamente alteraciones en el desarrollo y poder canalizarlos a algún centro especializado, en estimulación temprana.

Ventajas,

- Evalúa las principales áreas del desarrollo.
- Evalúa mes por mes, el nivel de desarrollo.

Desventajas.

- Carece de plan de actividades.
- Por ser un hospital materno-infantil solamente abarca las edades comprendidas de 1 hasta los doce meses.
- Falta área de lenguaje.

Programa de estimulación temprana, "Ser madre hoy."

Este programa fue propuesto por la Psicóloga María Teresa Arango de Narváez y colaboradores, en 1994 y consta de:

- Escala de maduración .
- Plan de actividades sugeridas.

El programa se divide en:

- Areas de desarrollo.- motor grueso, motor fino, cognitivo y social.
- Edades de desarrollo.- del primer mes de vida, a los veintitrés meses, con evaluación mensual.

Ventajas.

- Maneja casi todas las áreas de desarrollo.
- Usa un lenguaje cotidiano, para que las mamás lo pueden entender.
- Hace evaluaciones por mes.

Desventaja.

- No tiene ni área de lenguaje ni de autocuidados.

Conclusión.

En algunas escalas no están completas todas sus áreas de desarrollo, en otras los niveles de desarrollo no van mes por mes por lo que se tiene la necesidad de hacer una escala para el Hospital Pediátrico Legaria, que esté acorde con sus necesidades.

3.5. ALGUNOS TRABAJOS RECIENTES .

Mencionaremos algunos trabajos recientes para poder darnos cuenta del estado actual de la Estimulación Temprana:

Sellers, J. (1988): Este autor, al buscar la relación entre el control del equilibrio y de la postura en niños pequeños, afirmó que para evitar alteraciones en niños de cinco años de edad, es necesario una adecuada estimulación motriz, sobre todo en el control cefálico, tronco y la bipedestación. También hay que fortalecer los músculos antigravitatorios desde su nacimiento, con esta estimulación temprana se pueden evitar posibles fracasos escolares.

Estudió 107 niños (52 niños y 55 niñas) entre un rango de edad de 50 a 66 meses, (79 de raza negra, 22 hispanos y 6 caucásicos). Del total de estos niños, 60 recibieron estimulación temprana y 47 no la recibieron. A éstos niños se les evaluó en el equilibrio estático, extensión prona, flexión supina, equilibrio dinámico, encontrando diferencias significativas entre niños que no habían recibido estimulación temprana y los que sí, sobre todo en el equilibrio estático y dinámico, los cuales además presentaban alteraciones en el área del lenguaje, motricidad fina y cognitiva.

-Curry, J. (1988).: Estudió 15 niños normales y 15 niños con parálisis cerebral infantil (PCI), todos en edad preescolar. Se les dieron 10 objetos pareados, preguntándoles que identificaran sus características, vendándoles los ojos con anterioridad y sólo se les permitió tocarlos. Los niños con PCI, preferían los objetos duros a los blandos, en cambio los niños normales, no tenían ninguna preferencia, de esto se comprendía que los niños con PCI tienen un déficit sensorial y necesitan de un mayor estímulo propioceptivo. El autor nos menciona que el déficit en la percepción sensorial trae alteraciones en la motricidad fina, también afirma, que comúnmente los programas de estimulación temprana, deberán estar enfocados a aumentar la motricidad, las capacidades funcionales y la senso-percepción en forma general.

-Degmen, L. (1988).: Hizo una revisión de la literatura sobre la terapia de integración sensorial (estimulación temprana) encontrando que las teorías y los neurofisiólogos están cambiando con respecto a que el control cerebral de las funciones motoras es resultado de una adecuada estimulación sensorial y no solamente de la estimulación motora, ya que es necesario un medio ambiente rico en estímulos sensoriales, para una adecuada respuesta en los reflejos posturales y la maduración de las respuestas motoras. En conclusión es necesario la estimulación de integración sensorial, para desarrollar las capacidades y habilidades motoras, además es necesaria para el correcto desarrollo de las demás áreas como son lenguaje, cognición y autocuidado.

-Calderón, R. (1989).: Propone la educación conducida, que es un método, en el que se entrena a un profesional de la salud en especial Psicólogos(as), para poder desarrollar todas las áreas del desarrollo motor, lenguaje, cognición, autocuidado, socialización

y en las técnicas de fisioterapia; terapia de lenguaje, ocupacional y apoyo psicológico, en lugar de que los pacientes tengan muchos terapeutas, el hecho de contar con uno solo, favorece la interacción social y emocional. Esta terapia fue aplicada a 22 niños con PCI, 10 en edad preescolar y 12 bebés, los primeros 5 (edad preescolar), habían recibido fisioterapia por un año y de los segundos 6 (bebés), no recibieron ningún tratamiento. Se dividió en grupo control y grupo experimental, los del grupo control eran los que habían recibido fisioterapia, los del grupo experimental los que no la habían recibido. A los del grupo control no se les aplicó la terapia de educación conducida a los del experimental sí, encontrándose resultados significativos, en el desarrollo motor cognitivo y del lenguaje, en los del grupo experimental.

-Puente R.,(1989)- Estudiaron un grupo de niños menores de 18 meses con desnutrición primaria de 2º y 3º grado tratados con nutrición ambulatoria y estimulación temprana, para ver sus efectos a los seis y a los doce meses. Se formó un grupo experimental con 55 niños y un grupo control con 41 niños, ambos grupos fueron pareados por edad, sexo y peso de nacimiento, todos pertenecientes a familias de extrema pobreza, su edad de ingreso fue de 10.4 meses en promedio. Al ingreso se evaluó peso-edad, peso-talla y nivel de desarrollo. Al grupo control se le aplicó nutrición ambulatoria y al grupo experimental nutrición ambulatoria más estimulación temprana, reportando que el grupo experimental mejoró a los seis meses y el grupo control no; a los doce meses los dos grupos mejoraron su nivel de desarrollo, el grupo experimental tuvo un nivel de desarrollo superior al del grupo control.

-Auza(1991):- Afirma que, la falta de estimulación adecuada, en la edad temprana, puede producir un retraso en el lenguaje (retraso anártrico) que es por falta de adecuada maduración del SNC y esto puede traer alteraciones en el aprendizaje en la etapa escolar. El autor presentó dos estudios de caso, un retardo anártrico y un retardo afásico, en que buscó si la causa es un retraso en el sistema funcional, neurofisiológico, neurolingüístico o en ambos, encontrando que solamente hay alteraciones neurofisiológicas, falta de maduración en el retraso anártrico y que en el retraso afásico. Los dos sistemas funcionales se encuentran alterados por probable lesión cerebral.

-García Vázquez G.(1992):- Estableció un programa de terapia ocupacional, en recién nacidos de embarazo de alto riesgo, como prevención y tratamiento de trastornos neuromotores, delimitando las secuelas invalidantes y proporcionándole al niño la oportunidad de mejorar su calidad de vida. Se estudiaron 32 niños de ambos sexos con edades comprendidas entre la tercera semana y la décima segunda semana de nacidos, con Diagnóstico de Producto de Embarazo de Alto Riesgo. El programa se dividió en tres fases, en la primera fase del programa, se llevó a cabo la evaluación del neurodesarrollo del lactante, con la finalidad de detectar daño neurológico y adecuar el programa según la capacidad, el interés y la actividad de cada niño. Proporcionándole así estímulos perceptuales mediante el contacto con sonidos, olores, colores, texturas, sabores y ejercicios; que preparan al niño para un avance gradual. En la segunda fase, se reforzó cada uno de los programas individualizando los patrones de estimulación en los casos en que se detectaron secuelas neurológicas. En la tercera fase se establecieron programas a domicilio, con el fin de que los niños

que no presentaron alteraciones neurológicas, continuaran con el programa en casa, además de continuar con la valoración médica en forma bimestral; al finalizar el programa, de los 32 lactantes solamente el 15% presentó retraso en su nivel de desarrollo.

-Sierra Z.(1992)- Estudió las características del comportamiento y salud de niños de 14 guarderías de Madrid España, observó los cambios que experimentaron los niños y determinó si estos cambios eran dados por la asistencia a dichas guarderías o a circunstancias extrañas de dicha asistencia, encontrando que existen alteraciones en niños menores de tres años. Los que estaban en guarderías que no tuvieron patio, en las guarderías en que los niños estaban a cargo de una sola educadora, en los casos en que las madres desatendían a los niños o no continuaban con los cuidados que se daban en las guarderías, propiciand o alteraciones afectivas, ocasionándoles trastornos de conducta y psicossomáticos, por lo que hizo notar la importancia de un adecuado medio ambiente para el correcto desarrollo, en especial en el área de la formación de la personalidad; por lo que recomendó que las madres y los padres se integraran en el cuidado y atención de los niños, para suplir las carencias por estar en una guardería.

-Torres A.(1993)- Nos propone un programa de actividades de estimulación temprana para médicos pediatras. Este programa se debe de aplicar desde el nacimiento hasta un año de edad, enfocado principalmente al área motriz, que se puede realizar por la madre del niño, para niños normales o casi normales. Además nos refiere que es muy importante el darle estimulación temprana, a todos los niños en edad temprana ya que aunque no

se tengan datos francos de sufrimiento fetal o hipoxia perinatal, pueden haber ocurrido múltiples factores que ocasionan alteraciones en el desarrollo.

-Douret L.(1994).- Este autor nos hace mención de la importancia que tiene una adecuada vigilancia médica en las unidades de cuidados del recién nacido, pero que además de los cuidados para poder mantener con vida al neonato son también, de suma importancia y necesario, establecer un medio ambiente adecuado, incluso desde su estancia en la incubadora, para poder tener lo más tempranamente la relación entre madre-hijo e inclusive madre-padre-hijo. Esto lo logró haciendo tres grupos, en el primero durante la estancia de los niños en la sala de recién nacidos, no se permitía a las madres el acceso a ésta ni para alimentarlos, su único contacto era a través de un cristal, el segundo grupo solamente se le permitía a las madres su acceso a la sala de recién nacidos, para darles de comer a sus bebés, en el tercer grupo se les permitió a las madres alimentarlos y además se les indicó como iniciar el programa de estimulación temprana, con actividades visuales auditivas, táctiles, kinestésicas y vestibulares; encontrándose que los niños del tercer grupo además de no presentar retraso en el desarrollo mostraban una mejor interacción entre madre-hijo.

-Troster H.(1994).- Los primeros años de vida son de vital importancia para el desarrollo, las alteraciones en el área motora llevan a alteraciones posteriores en las áreas del lenguaje, cognitiva, autocuidado y socialización. Estudió 110 niños que fueron detectados con retraso moderado en el área motora gruesa sometiéndoles a terapia de estimulación temprana y programas en casa. Enfocándose a las áreas motoras, se obtuvo que después de un año los niños no presentaban alteraciones significativas.

-Sprod T.(1995).- Detectó la importancia que tienen los primeros días del nacimiento para el desarrollo correcto y para poder lograrlo, es necesario un adecuado programa de estimulación temprana en el que se oriente a la madre sobre los objetivos que se persigan y las actividades que deben de realizarse. Llegó a estas conclusiones a través de realizar un estudio en el que se trató a niños con alteraciones en el parto, formándose dos grupos, uno control y el otro experimental. En el grupo control los niños no recibieron ningún tratamiento y los del grupo experimental si fueron tratados con estimulación temprana, teniendo un significativo nivel de desarrollo los niños del grupo experimental en comparación con los del grupo control.

COMENTARIO CRITICO.

Estos autores apoyan a la Estimulación Temprana en los siguientes puntos:

- Es necesario iniciar estos tratamientos desde el nacimiento, para evitar posibles alteraciones en el desarrollo. Esto indica que se debe aplicar a niños de alto riesgo, a nivel preventivo, y no como antes, que se pensaba que la Estimulación Temprana era dada solamente, a nivel asistencial o de rehabilitación, para niños que ya presentaban alteraciones en el desarrollo o patologías neurológicas.
- La Estimulación Temprana no sólo es una terapia para trastornos neurológicos. Es importante hacer notar que, no se aplica sólo en padecimientos de origen cerebral, sino también en alteraciones pediátricas como la desnutrición.

- Es un tratamiento que debe enriquecer toda consulta pediátrica. Es una terapia prioritaria en la práctica de la Pediatría, porque al médico no sólo debe interesarle el mantener la salud del niño, sino también su calidad de vida.
- Es necesario dar un tratamiento a todas las áreas del desarrollo, en forma integral y además tratar de proporcionarle al niño un medio ambiente rico en estímulos; de otra manera no sería terapia de Estimulación Temprana y pasaría a ser terapia física (motora), de lenguaje y ocupacional (cognición y autocuidado).
- Aunque el niño asista a la guardería, es necesario que la madre y el padre refuercen los ejercicios, porque además ayudan a la integración familiar, al desarrollo de la personalidad del niño dándole seguridad (sobre todo en los lactantes).
- Es necesario que se fomente en los servicios de cuneros, por que aparte de que se requiera de los adelantos médicos, es muy necesario tener personal capacitado que pueda adiestrar a los papás de los niños, en las actividades de Estimulación Temprana.
- Se recomienda que este tratamiento sea aplicado por una sola persona entrenada en fisioterapia, terapia del lenguaje, ocupacional, etc. Esto vuelve a la terapia más cálida y humana, en vez de que el niño sea tratado por varios terapeutas en forma impersonal, lo atenderán sus padres con todo el amor posible.

V.- PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA DEL HOSPITAL
PEDIATRICO LEGARIA. (DIR.GRAL.DE SALUD D.D.F.)

1.- OBJETIVOS .

1.1. OBJETIVO GENERAL.

"ESTABLECER UN PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA
PARA EL HOSPITAL PEDIATRICO LEGARIA."

La Estimulación Temprana es el proceso por medio del cual el niño descubre y controla el mundo que lo rodea sintiendo gran satisfacción al descubrir que puede hacer las cosas por sí mismo. Esta terapia tiene lugar a través de la repetición de diferentes acciones sensoriales y motoras que aumentan por una parte el control emocional proporcionando al niño una sensación de seguridad y goce; y por otra parte, amplían las habilidades cognitivas e intelectuales que le facilitan el aprendizaje; ya que desarrolla destrezas y se estimula a sí mismo, a través del juego libre y del ejercicio, de la curiosidad, la exploración y la imaginación.

Es prioritario que en cada institución dedicada a la práctica pediátrica, independientemente de conservar y mantener al niño en el mejor estado físico de salud, se procure el desarrollo integral del niño favoreciendo una mejor calidad de vida y mejores oportunidades para el futuro.

1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1.2.1. "ELABORAR UN PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA QUE ESTE DE ACUERDO CON LOS NIVELES DE ATENCION Y LOS TIPOS DE PATOLOGIAS QUE SE TRATAN EN ESTE CENTRO HOSPITALARIO."

Los tres niveles de atención del hospital son:

- 1.2.1.1.PREVENTIVO.- atiende a los niños que son considerados de alto riesgo (niños que han sufrido alguna alteración perinatal, natal o postnatal; esto es: durante el embarazo, parto o después del parto) y que aunque no presenten ninguna alteración en su desarrollo se les debe tratar para poder evitar un posible retraso en el desarrollo.
- 1.2.1.2.ASISTENCIAL.- niños que presentan algún retraso en el desarrollo pero que no presentan ningún dato de lesión neurológica, como son: HIPERTONIA, HIPERREFLEXIA, ESPASTICIDAD, ATAXIA Y ATETOSIS. A estos niños se les incluye en el Programa para favorecer su desarrollo y evitar que su retraso sea cada vez mayor.
- 1.2.1.3.REHABILITACION.- niños que presentan algún tipo de retraso en el desarrollo y presentan alguna patología neurológica asociada. A estos niños se les incluye en un Programa de Estimulación Temprana para favorecer su desarrollo y poder eliminar las secuelas de las lesiones neurológicas.

El Programa tomará en cuenta las Patologías que se tratan en este centro hospitalario como son:

Padecimientos Neurológicos:

Epilepsia, Traumatismo Craneoencefálico, Menigocele, Encefalocele, Meningocele, Parálisis Cerebral Infantil, Hipoxia neonatal, Procesos Degenerativos del Sistema Nervioso Central, Infecciones del Sistema Nervioso.

Padecimientos Pediátricos:

Desnutrición, Síndromes Diarréicos Recurrentes, Infecciones Respiratorias Recurrentes, Inmunológicas y Musculoesqueléticas.

Padecimientos Psicológicos:

Abandono Social, Maltrato Físico y Psicológico.

1.3. "TENER UN PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA DE ACUERDO A LAS NECESIDADES ECONOMICAS, SOCIALES Y CULTURALES DE LA POBLACION QUE ACUDE A ESTE HOSPITAL."

Se tendrá en consideración que la población que acude a este centro hospitalario es de bajos recursos económicos por lo que se les citará una vez a la semana o cada quince días de acuerdo a su problemática. Por su baja condición socio cultural las actividades que se les enseñe a las madres serán con un lenguaje sencillo y acorde a su vida cotidiana para que las madres comprendan fácilmente y entiendan la importancia de estimular a sus hijos y lo hagan en su casa.

1.4. "ADAPTAR EL PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA DE ACUERDO A LOS RECURSOS ECONOMICOS, FISICOS Y HUMANOS DE ESTE HOSPITAL."

Se atenderá a los pacientes de la consulta externa en forma individual en un sólo consultorio y será por medio de previa cita.

A los pacientes hospitalizados se les tratará en forma individual en su área de encame y en presencia de su familiar.

1.5. "INFORMAR, CONCIENTIZAR Y ADIESTRAR A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DE ESTE HOSPITAL SOBRE LO QUE ES LA ESTIMULACION TEMPRANA."

Para informar y concientizar a los profesionales de la salud del hospital se presentarán estudios de caso en las sesiones académicas de este centro hospitalario en forma periódica, para que este personal refiera a los pacientes que requieran este Programa.

Para capacitar a los profesionales de la salud se efectuará en forma permanente un curso de adiestramiento teórico-práctico, que se detallará más adelante.

2.- METODO.

2.1. POBLACION.

El Programa de Estimulación Temprana esta dirigido a:

- a).- Pacientes del hospital.
- b).- Familiares de los pacientes que estén en el programa.
- c).- Profesionales de la salud de este hospital.

a).-Los pacientes que se tomarán en cuenta para ingresar al Programa serán:

-Niños de cualquier sexo.

-Con un nivel de desarrollo del nacimiento a los 15 meses (área motriz) o 24 meses (cognitiva, lenguaje, social, autocuidado).

-Edad cronológica desde Recién Nacidos hasta los tres años. Los niños mayores de tres años que muestren retraso en algún área del desarrollo, serán canalizados a otras instituciones donde existen los recursos necesarios para su tratamiento.

-Los niños serán canalizados a través de los especialistas en la consulta externa del hospital, de la visita médica diaria en el área de hospitalización y de las interconsultas enviadas por otros hospitales de la institución o de otras instituciones.

b).-Los familiares de los pacientes, serán :

- Madres.

- Padres.

- Tía,(o).

- Abuela (o).

- Tutor (a).

- Otro.

c).-Los profesionales de salud que están considerados en el Programa:

- Médicos Pediatras.

- Médicos Neurólogos.

- Médicos Neurocirujanos.

- Médicos Residentes en Pediatría.

- Enfermeras Especialistas.
- Enfermeras Generales.
- Trabajadoras Sociales.
- Psicólogos clínicos.
- Personal administrativo.

2.2. INSTRUMENTOS.

- 1).- Escalas de maduración.- para poder evaluar el nivel de desarrollo, en sus diferentes áreas.
- 2).- Boletín informativo.- para orientar a los familiares de los pacientes de lo que es la Estimulación Temprana.
- 3).- Manual de actividades sugeridas.- para la terapia de Estimulación Temprana que aplicará la madre o el familiar que cuida al niño. Incluirá los objetivos y metas terapéuticas a llenar por mes y área de desarrollo.

2.3. SUBPROGRAMAS.

- 1).- Subprograma para la valoración.- para la valoración inicial y posterior de los pacientes.
- 2).- Subprograma de tratamiento.- para adiestrar al familiar del paciente sobre que acciones debe de realizarle.
- 3).- Subprograma de capacitación.- para el curso que se impartirá al personal profesional de la salud que participará en estas actividades dentro del Hospital.

- 4).- Subprograma de sesiones informativas.- para la difusión de este Programa de Estimulación Temprana acorde con el Programa de educación continua que desarrolla normalmente el departamento de investigación y enseñanza de este hospital.
- 5).- Material bibliográfico.- para el apoyo de este Programa de Estimulación Temprana artículos, libros, revisiones bibliográficas, otros Programas de otras Instituciones, etc.

2.4. MATERIAL.

- a).- Papelería, lápices, gomas, papel, folletos, libretas de apuntes.
El material del Programa es:
- b).- Lugar para el diagnóstico y terapia en el cual habrá una mesa para tratamiento dos sillas y un escritorio.
- c).- Aula para las pláticas de difusión y el desarrollo del programa de información, orientación y capacitación.
- d).- Proyector de diapositivas para las clases.
- e).- Proyector de acetatos para las clases.
- f).- Colchonetas y sábanas.

3.- PROCEDIMIENTO.

El Programa constará de dos partes::

A).- Programa para la atención de los pacientes:

- A.1. Valoración del paciente con escalas de maduración.
- A.2. Tratamiento del paciente con los objetivos y metas a seguir.

B).- Programa de capacitación de los profesionales:

Para la orientación, información y capacitación para el personal profesional de la salud del hospital que consta de:

- B.1. Curso de capacitación en Estimulación Temprana.
- B.2. Sesiones de actualización continua.
- B.3. Presentación, discusión y revisión bibliográfica de casos.

EXPONDREMOS EN DETALLE ESTOS ELEMENTOS.

A).- Atención a los pacientes:

A.1. Valoración de los pacientes.

Una vez que se han detectado a los pacientes de este hospital con la necesidad de ingresar al Programa de Estimulación Temprana, se les realizará una evaluación inicial con la Escala de Maduración del Programa (ver anexo I) que tendrá las áreas de desarrollo motriz, lenguaje, cognitiva y social-autocuidado reevaluándose cada mes a los pacientes.

Posteriormente se ingresarán al Programa de acuerdo al nivel de atención que requiera el paciente y acorde a su Patología, en :

A.1.1. Nivel Preventivo.-

Las patologías que se tratarán :

Neurológicas.- Epilepsia, T.C.E. Meningocele, etc.
Pediátricos.- Desnutrición, Síndromes diarreicos recurrentes,
Infecciones Respiratorias recurrentes.
Psicológicos.- Abandono social, maltrato físico y Psicológico.
A estos pacientes se les citará cada dos semanas.

A.1.2. Nivel Asistencial.-

Las patologías que serán tratadas son:

Neurológicas.- Epilepsia, Infecciones del Sistema Nervioso.
Pediátricos.- Desnutrición, Síndromes diarreicos recurrentes,
Infecciones Respiratorias recurrentes, inmunológicas.
Psicológicas.- Abandono social, Maltrato físico y Psicológico.
Se les citará cada semana.

A.1.3. Nivel de Rehabilitación.

Las patologías serán:

Neurológicas.- Epilepsia, T.C.E, Mielomeningocele, Encefalocele,
Meningocele, Parálisis cerebral, Hipoxia neonatal, Procesos
degenerativos del Sistema Nervioso, Infecciones del Sistema
nervioso.
Pediátricos.- Inmunológicas y musculoesqueléticas.
Asistirán cada semana los pacientes.

A.2. Tratamiento a los pacientes.

A.2.1. Actividades terapéuticas. son una serie de acciones que el familiar debe de realizarle al paciente para poder favorecer su desarrollo y maduración del Sistema Nervioso. Estas son diferentes para cada área y nivel de desarrollo. (anexo "A").

Al familiar de cada paciente se le pedirá un cuaderno en el que se le anotarán las actividades terapéuticas que deba realizar con su paciente, cada actividad se le explicará claramente en lenguaje cotidiano indicándole el por qué es importante hacerla, el cómo realizarla y cada cuando debe llevarla a cabo.

B).- Orientación, información y capacitación (TEORICO-PRACTICO) de los profesionales de la salud del Hospital:

B.1. Para la orientación e información se programarán cada dos meses aproximadamente presentación de casos que de muestren las bondades del Programa y se pedirá a los profesionales de la salud que ingresen a todos los pacientes que necesiten de la Estimulación Temprana. Esta programación se hará de acuerdo con el Programa del departamento de enseñanza e investigación del hospital.

B.2. La capacitación de los profesionales de la salud del hospital, es debido a que están en estrecho contacto con los pacientes, y pueden detectar a los que requieran de la estimulación temprana e inicien su terapia.

Para lograrlo se realizaría un curso de adiestramiento permanente con una sesión por semana durante seis meses cada año.

Cada sesión constará de:

- B.2.1. Dos horas teóricas.
- B.2.2. Dos horas prácticas.

B.2.1. En las horas teóricas se verá un tema del curso y tendrá por objetivo que los alumnos conozcan las bases teóricas de la Estimulación Temprana.

B.2.2. En las horas de práctica evaluarán y tratarán a los pacientes con el Programa de Estimulación Temprana y tendrá por objeto que los alumnos apliquen los conocimientos teóricos adquiridos.

B.2.1. El programa teórico del curso consta de cuatro módulos que abarca los siguientes temas:

- I.- Módulo de conceptos generales de la Estimulación Temprana.
 - II.- Antecedentes de la Estimulación Temprana.
 - I.2.- Desarrollo y crecimiento (De la concepción al nacimiento y del nacimiento a la lactancia).
 - I.3.- Conceptos generales de la Estimulación Temprana.
 - I.4.- Esquema corporal.
 - I.5.- Lenguaje.
 - I.6.- Ablactación y desarrollo.
- 2.- Módulo de diagnóstico.
 - 2.1. Exploración neurológica.
 - 2.2. Exploración neuropediátrica.
 - 2.3. Exploración del recién nacido.
 - 2.4. Exploración del lactante.
 - 2.5. Escalas de maduración.

3.- Módulo de los enfoques del desarrollo.

- 3.1. Enfoque Cognitivo.
- 3.2. Enfoque Biológico-Madurativo.
- 3.3. Enfoque Conductista.
- 3.4. Enfoque Gestaltista.
- 3.5. Enfoque Psicoanalítico.

4.- Módulo de Patologías que afectan el desarrollo.

- 4.1. Traumatismo craneoencefálico.
- 4.2. Epilepsia.
- 4.3. Mielomeningocele y meningocele.
- 4.4. Hidrocefalia.
- 4.5. Polio y Guillen-Barre.
- 4.6. Parálisis Cerebral Infantil.
- 4.7. Miopatías.
- 4.8. Lesiones ortopédicas.

B.2.2. Horas prácticas.- Para que se les asignen pacientes de la consulta externa a los participantes del curso primeramente se formarán equipos de trabajo, de 4 alumnos.

Se les entregará el material del Programa de Estimulación Temprana (Evaluación y Tratamiento). Cada vez que se les asigne un paciente lo evaluarán primeramente haciéndolo posteriormente cada mes.

Efectuada la evaluación entrenarán al familiar del paciente en las actividades terapéuticas que deban realizarle a su paciente.

Cada actividad la explicarán claramente y usando un lenguaje cotidiano el por qué es importante hacérsela, el cómo hacerla y cada cuando hay que hacerla. Citando al familiar y al paciente cada semana con el objeto de supervisar que el familiar esté haciendo correctamente las actividades y para ponerle nuevas actividades.

Al finalizar el curso los alumnos entregarán por equipo de trabajo un reporte por escrito de cada paciente que se les haya asignado el reporte constará de las siguientes partes:

- Evaluación inicial.
- Evaluaciones posteriores.
- Plan de tratamiento aplicado.

CONCLUSIONES.

Como el objetivo de este trabajo fue:

"ELABORAR UN PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA PARA EL HOSPITAL PEDIATRICO LEGARIA."

El Hospital Pediátrico Legaria tuvo la necesidad de tener un programa de estimulación temprana por:

- Todo hospital o centro en donde se practique la Pediatría, necesita contar con un servicio de Estimulación Temprana como parte de su arsenal de diagnóstico y terapéutico, para sus niveles de atención (Prevención y Asistencial).
- El Hospital Pediátrico Legaria además de ser un hospital Pediátrico, es de concentración Neurológica y Neuroquirúrgica, por lo que es más indispensable el que cuente con un programa de estimulación temprana, por las principales patologías que se tratan en este hospital (Neurológicas, Pediátricas y Psicológicas) tiene que atender a los tres niveles de atención (Prevención, Asistencial y Rehabilitación).

Existía la necesidad de elaborar un programa de Estimulación Temprana y no nada más tomar uno existente por:

- Los recursos socioeconómicos, físicos y humanos con que cuenta este hospital no permiten que se tome ningún programa de los otros centros de atención Pediátrica (Hospital Infantil de México, Instituto Nacional de Pediatría) o centros especializados en Rehabilitación (Centros de Rehabilitación del D.I.F., Centros de

estimulación temprana de la S.E.P., Instituto Nacional de Rehabilitación, e Instituciones no gubernamentales como A.P.P.A.C.) ya que estos centros cuentan con una infraestructura y con especialistas en cada área (Lenguaje, Terapia Física, Terapia Ocupacional, Psiquiatría y Psicología), lo que el Hospital Pediátrico Legaria solo cuenta con un consultorio de Estimulación Temprana y un Psicólogo.

- No se tomaran algunos de los programas ya existentes por que algunos solo manejaban una área del desarrollo, a otros les faltaba alguna área de desarrollo, unos no separaban sus actividades por área de desarrollo ni nivel de desarrollo.
- Por las necesidades socioeconómicas de su población de usuarios es importante que el programa sea para casa, se explique e informe sobre el programa con lenguaje cotidiano, de manera sencilla y bajo la supervisión del especialista.
- Como el personal de profesionales no está acostumbrado a tener este servicio es necesario que además el programa cuente con un apartado de información, orientación y capacitación.
- El presente trabajo también ofrece la posibilidad de que se pueda integrar al Psicólogo en el equipo de salud .

Una posible forma de poder evaluar el programa será a través del servicio de estadística del hospital, en la que se debe de ver si existe aumento, disminución o se mantiene igual el número de pacientes usuarios del programa, esta estadística se hace cada mes y anualmente, permitiendo con esto poder hacer evaluaciones por mes o por año.

Además se evaluará individualmente a cada paciente del programa por medio del expediente, ya que como se mencionó, al ingresar cada paciente se evaluará primeramente, y cada mes se reevaluará para poder verificar progresos o no en el nivel de desarrollo de cada niño, esto quedara acentado en el expediente clínico del hospital. También se anotará en el expediente el plan terapéutico, lo que nos permitirá evaluar las actividades terapéuticas del programa. Este registro nos será de utilidad para poder armar los casos clínicos que se presentarán periódicamente en las sesiones médicas del hospital.

ANEXO I

El Programa que a continuación se anexa, agrupa los criterios, objetivos de evaluación y tratamiento de los Programas antes mencionados, para no dar margen a elementos subjetivos que propicien variación en los resultados de la evaluación de acuerdo con el criterio de la persona que la aplica, alterando su tratamiento.

Con este anexo se pretende homogeneizar los criterios de evaluación de acuerdo a mi experiencia profesional, poniendo solamente conductas características acorde con su nivel y área de desarrollo, en virtud de que cada paciente se tiene que ver en forma individual porque no existe enfermedad sino enfermos.

PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA PARA PACIENTES DEL
HOSPITAL PEDIATRICO LEGARIA.

A).- FASE DE EVALUACION.

NOMBRE.....

EDAD CRONOLOGICA.....FECHA.....SEXO.....

MOTIVO DE CONSULTA.....

ANTECEDENTES.

ANTES DEL PARTO.....

EN EL PARTO.....

DESPUES DEL PARTO.....

EXPLORACION FISICA.

TONO MUSCULAR.....SIMETRIA.....

SENSIBILIDAD.....PARALISIS.....

EVALUACION DE REFLEJOS.

	DERECHA .	IZQUIERDA.
MORO.
TONICO CERVICAL.
PREHENSION.
BABINSKY.
SUCCION.
BUSQUEDA.

DERECHA .

IZQUIERDA.

EQUILIBRIO. -----
ENDEREZAMIENTO DE
CUELLO. -----
TRONCO. -----
PARACAIDAS. -----
LANDAU. -----

EVALUACION POR AREAS DE DESARROLLO.

EDAD CRONOLOGICA.-----
NIVEL DE DESARROLLO.
MOTOR GRUESO.-----
MOTOR FINO.-----
LENGUAJE.-----
COGNITIVA.-----
AUTOCUIDADO.-----

CONCLUSIONES.

AREA MOTORA.

- MOTORA GRUESA.

1 MES.

- EN SUPINO (DECUBITO DORSAL) GIRA LA CABEZA HACIA LOS LADOS
SOBRE TODO CUANDO SE ESTIMULA EL REFLEJO DE BUSQUEDA.

- MUEVE BRAZOS Y PIERNAS.

2 MESES.

- CONTROL CEFALICO EN DEBITO VENTRAL

- MANOS ABIERTAS PARCIALMENTE.

3 MESES.

- CONTROL CEFALICO.

- MANOS ABIERTAS TOTALMENTE.

4 MESES.

- GIRA 90° (CUARTO DE GIRO)

- MUEVE LAS MANOS.

5 MESES.

- GIRA 180°(MEDIO GIRO).

6 MESES.

- GIRO COMPLETO.

- INICIA SEDESTACION.

7 MESES.

- SE ARRASTRA.

- INICIA BIPEDESTACION.

8 MESES.

- GATEO NO ALTERNO.

- SE SOSTIENE APOYADO.

9 MESES.

- GATEO ALTERNO.

- SE MANTIENE PARADO SOSTENIENDO SU CUERPO.

10 MESES.

- AGARRADO SE LEVANTA SOLO.

11 MESES.

- SE SOSTIENE DE PIE SIN AYUDA.
- INICIA MARCHA CON AYUDA.

12 MESES.

- MARCHA AGARRADO DE UNA MANO.
- MARCHA LATERAL.

13 MESES.

- DA PASOS SOLO.

14 MESES.

- CAMINA BAMBOLEANTE.

15 MESES.

- SE PONE DE PIE SENTADO.
- SE AGACHA Y SE PARA.
- SE ARRODILLA SOLO.
- CAMINA LLEVANDO UN JUGUETE.

MOTRIZ FINO.**1 MES.**

- GIRA LA MIRADA Y LA CABEZA DE LA LINEA MEDIA A LA IZQUIERDA O LA DERECHA.
- SOSTIENE OBJETOS CON LA MANO MOMENTANEAMENTE.

2 MESES.

- SOSTIENE OBJETOS CON LA MANO Y LOS MUEVE SIN CONTROL VISUAL
- EN POSICION PRONA SIGUE OBJETOS DE LA LINEA MEDIA A LA IZQ. O DER.

3 MESES.

- SOSTIENE Y MANTIENE UN OBJETO SEGURO CON LA MANO.
- SIGUE OBJETOS 180°

4 MESES.

- TOMA OBJETOS CON LA MANO-
- INICIA APROXIMACION BIMANUAL.
- INICIA AGARRE PALMAR.
- ACCIONES BILATERALES.

5 MESES.

- SOSTIENE UN OBJETO Y SIGUE OTRO CON LA MIRADA.
- PALMEA.

6 MESES.

- JUEGA CON SUS PIES.
- SE PASA OBJETOS DE UNA MANO A OTRA.
- SOSTIENE DOS OBJETOS UNO EN CADA MANO.
- PRESENTA PRESION PALMAR CON PULGAR.

7 MESES.

- INICIA PRESION RADIAL.
- GIRA MUÑECA.
- SACUDE SONAJERO O CAMPANA.

8 MESES.

- DESTAPA JUGUETES CUBIERTOS.
- INICIA PINZA INFERIOR.

9 MESES.

- INICIA USO DE INDICE.
- COLOCA OBJETOS DENTRO DE CAJAS.
- TIRA OBJETOS Y LOS SIGUE CON LA MIRADA.

10 MESES.

- INICIA PINZA FINA.
- DESENVUELVE OBJETOS.
- JALA JUGUETES CON UN CORDON.

11 MESES.

- AGARRA OBJETOS DENTRO DE CAJAS.
- COLOCA OBJETOS EN UN RECIPIENTE SIN DEJARLOS CAER.
- SOSTIENE LA PUNTA DE UN CORDON.

12 MESES.

- TOMA OBJETOS DE UN FRASQUITO.
- DESTAPA CAJAS.

13 MESES.

- METE OBJETOS A UN FRASQUITO.
- PASA LAS PAGINAS DE UN LIBRO.

14 MESES.

- CIERRA CAJAS.
- INICIA GARABATOS.

15 MESES.

- METE Y SACA OBJETOS DE UNA TAZA.

NIVEL DE DESARROLLO

MOTOR GRUESO_____MOTOR FINO_____

AREA DE LENGUAJE.

1 MES.

- PRESENTA LLANTO.

2 MESES.

- PRESENTA GORGORITOS.

3 MESES.

- BALBUCEO, GRUÑIDOS, GARGARAS.
- VOCALIZA FINAL DEL MES.

4 MESES.

- GRITA PARA LLAMAR LA ATENCION.
- RESPONDE A SONIDOS (EMPIEZA INTENCIONALIDAD).
- TERMINA LALEO, EMPIEZA LA ECOLALIA.

5 MESES.

- EMPIEZA A RECONOCER LA VOZ DE LA MADRE.
- EMPIEZA A USAR FONEMAS (SILABAS).

6 MESES.

- AUMENTA MONOSILABOS.
- VARIA RITMO DE MONOSILABOS.
- RECONOCE CIERTAS PALABRAS.

7 MESES.

- IMITA DOBLE SILABAS.
- INICIA DIPTONGOS IA-EA.

8 MESES.

- ARTICULA PALABRAS POR IMITACION.

9 MESES.

- RESPONDE A SU NOMBRE.
- AUMENTA SILABAS POR IMITACION.

10 MESES.

- APARECEN CONSONANTES GUTURALES., QUE,KA.
- IMITA SONIDOS DE ANIMALES Y ONOMATOPEYICOS.

11 MESES.

- INICIA CANTO POR IMITACION.
- EMPIEZA A RECONOCER LA PALABRA COMO SIMBOLO.

12 MESES.

- USO DE SONIDOS ONOMATOPEYICOS.
- EMPIEZA A HABLAR.

13 MESES.

- EL NIÑO COMPRENDE "TOMA, DAME, ADIOS, NO".
- USA PALABRAS PUENTE (SUSTITUYE ORACIONES).

14 MESES.

- ENTIENDE MAS PALABRAS Y ACCIONES.
- AMPLIO VOCABULARIO GESTUAL (POR EJEMPLO, NO).

15 MESES.

- COMIENZA A UTILIZAR EL "SI"
- AUMENTA NUMERO DE PALABRAS A 10.
- EXPRESA CUANDO TIENE HAMBRE Y SED.

16 MESES.

- PONE NOMBRE A LAS PERSONAS QUE LE RODEAN.

17 MESES.

- EXPRESA "TOMA, DAME"
- SIGUE ORDENES COMPLEJAS. (PARATE Y TOMA EL JUGUETE).
- IDENTIFICA OBJETOS Y PERSONAS POR SU NOMBRE Y LOS RECONOCE.

18 MESES.

- AUMENTA A 17 PALABRAS.
- DICE MIO.
- EMPIEZA A DECIR NOMBRE Y APELLIDOS.

19 MESES.

- DICE "SI Y NO" CON SENTIDO.
- AUMENTA MAS PALABRAS.
- REPITE CON SENTIDO (ESTE, ESTA, ESA, ESE).

20 MESES.

- AUMENTA NUMERO DE PALABRAS.
- USA PALABRA PUENTE.

21 MESES.

- EMPIEZA A FORMAR FRASES.
- COMPRENDE PRONOMBRES.
- NOMBRA UNO DE CUATRO OBJETOS QUE SE LE SEÑALAN.
- REPITE DE MANERA CONTINUA MAS DE SEIS PALABRAS POR IMITACIÓN.

22 MESES.

- USA PLURALES.
- REPITE PALABRAS QUE LE GUSTAN.
- EMPIEZA A DESAPARECER MEDIA LENGUA.

23 MESES.

- USA DOS O TRES FRASES SEGUIDAS.
- IDENTIFICA A OTRAS PERSONAS POR SU NOMBRE.

24 MESES.

- REPITE SU NOMBRE CORRECTAMENTE. TAMBIEN LOS DE LAS PERSONAS Y LOS DE LOS ANIMALES.
- DICE FRASES DE 3 O 4 PALABRAS.
- COMIENZA A USAR PRONOMBRES POSESIVOS.

NIVEL DE DESARROLLO-----

AREA COGNITIVA.

1 MES.

- LLORA ANTE ESTIMULOS.
- MIRA INDEFINIDAMENTE A SU ALREDEDOR.
- SE TRANQUILIZA AL OIR LA VOZ HUMANA.

2 MESES.

- EMITE SONRISA ANTE ESTIMULO (RESPUESTA SOCIAL).
- DISMINUYE SU ACTIVIDAD AL ESCUCHAR UN SONIDO.
- EXPRESION VIVA Y DESPIERTA.
- EMPIEZA A VER EN FORMA DEFINIDA.

3 MESES.

- RESPUESTA VOCAL A UN ESTIMULO.
- EMPIEZA A RECONOCER A LA MADRE.
- VOLTEA LA CABEZA BUSCANDO EL ORIGEN DE UN SONIDO.
- MUESTRA INTERES ANTE LAS PERSONAS.
- AL APROXIMAR OBJETOS GUIÑA LOS OJOS.

4 MESES.

- RESPONDE BALBUCEANDO A LA VOZ HUMANA.
- RECONOCE VOZ DE LA MAMA.
- REACCIONA A SONIDOS CONOCIDOS.
- DISTINGUE ENTRE VOCES CONOCIDAS.

5 MESES.

- GRITA Y LLORA CUANDO SE ALEJA SU MAMA.
- EXAMINA LOS OBJETOS ANTES DE TOMARLOS.
- REACCIONA EMOCIONALMENTE A SONIDO O VOCES ENOJADAS.
- SONRIE A LA IMAGEN EN EL ESPEJO.

6 MESES.

- AL CAER UN OBJETO TRATA DE AGARRARLO.
- DISCRIMINA SONIDOS, VOCES ENOJADAS O AMISTOSAS.
- DISTINGUE PERSONAS CONOCIDAS DE EXTRAÑOS.

7 MESES.

- COMPRENDE "NO".
- REACCIONA A PERSONAS CONOCIDAS DE EXTRAÑOS.
- REACCIONA AL VER PREPARAR SU COMIDA.

8 MESES.

- EXPRESA CON GESTOS O VOCALIZA SUS NECESIDADES.
- USA GESTOS SIGNIFICATIVOS.
- IMITA EL RITMO.
- SEÑALA OBJETOS.

9 MESES.

- IDENTIFICA SU NOMBRE.
- OBSERVA DETALLES DE UN OBJETO.
- SE ALEGRA DE ESTAR EN COMPAÑIA DE CONOCIDOS.
- OBSERVA SU MEDIO AMBIENTE.

10 MESES.

- PROCURA ATRAER LA ATENCION HACIA EL.
- SEÑALA CON EL INDICE LOS OBJETOS.

11 MESES.

- OBEDECE ORDENES HABITUALES.
- JUEGA SOLO Y EMITE SONIDOS COMO SI PLATICARA.

12 MESES.

- RESPONDE A PALABRAS INHIBITORIAS (DETENTE, NO HAGAS ESO).
- PARTICIPA DEL GRUPO FAMILIAR.

13 MESES.

- BUSCA OBJETOS QUE NO TIENE A LA VISTA.

14 MESES.

- IMITA ACCIONES.

- EMPIEZA A SEÑALAR PARTES DE SU CUERPO.

15 MESES.

- IMITACION DIFERIDA (SIN ESTAR PRESENTE EL MODELO).

- SI LE PIDEN IDENTIFICA LAMINAS DE UN LIBRO.

- IDENTIFICA EN EL Y EN OTRA PERSONA LAS PARTES DEL CUERPO.

16 MESES.

- RECONOCE ANIMALES.

- CONOCE CASI TODAS LAS PARTES DEL CUERPO.

- OBEDECE ORDENES MAS COMPLEJAS.

- COLOCA CIRCULOS EN UNA CAJA.

17 MESES.

- ATRAE OBJETOS USANDO OTROS MATERIALES.

- SEÑALA DICIENDO "MIO".

18 MESES.

- COLOCA CUADRADOS EN UNA CAJA.

- ABRE PUERTAS, CAJONES Y LOS EXPLORA.

- ESCUCHA RELATOS BREVES.

- COMIENZA A DIFERENCIAR ENTRE ARRIBA Y ABAJO.

- HACE UN TRAZO HORIZONTAL.

19 MESES.

- SIGUE DOS ORDENES AL MISMO TIEMPO.

- SEÑALA LAS PARTES DE LA CARA.

- REPARTE OBJETOS.

20 MESES.

- DISCRIMINA ENTRE CUADRADO Y CIRCULO.

- NOCION DE GRANDE-PEQUEÑO.

- SIGUE TRES ORDENES.

21 MESES.

- COLOCA TRIANGULO.
- RECUERDA DONDE ESTAN LAS COSAS.
- ESCUCHA RELATOS MAS LARGOS.

22 MESES.

- TIENE NOCION DE DIA Y NOCHE.
- CONCIENCIA DE UNO, MUCHO, DENTRO, FUERA.

23 MESES.

- RECONOCE OBJETOS CON EL TACTO.
- SU IMAGINACION ES MUY ACTIVA.

24 MESES.

- RECONOCE A SU FAMILIA EN FOTOS.
 - CONCEPTO DE UNO.
 - INICIA CONCEPTO DE TIEMPO Y ESPACIO.
- NIVEL DE DESARROLLO.....

AREA DE AUTOQUIDADO.

1 MES.

- ACEPTA SER ABRAZADO.
- TOMA DOS BIBERONES EN LA NOCHE.

2 MESES.

- MAMA UNA SOLA VEZ EN LA NOCHE.
- ACEPTA PASIVAMENTE CUANDO LO CAMBIAN.

3 MESES.

- JALA LA ROPA DE ENCIMA DE SU ROSTRO.

4 MESES.

- RECONOCE EL BIBERON, ABRE LA BOCA PARA RECIBIR ALIMENTO.

5 MESES.

- ABRE LA BOCA PARA RECIBIR ALIMENTO.
- SE RESISTE AL BAÑO, HACIENDO DIFICIL LA TAREA.

6 MESES.

- SOSTIENE EL BIBERON.
- ACEPTA ALIMENTO CON LA CUCHARA.
- EJECUTA MOVIMIENTO DE MASTICACION.
- SOSTIENE ALIMENTOS CON UNA MANO. (GALLETAS).
- TOMA LIQUIDOS EN VASO.

7 MESES.

- TOMA BIEN ALIMENTOS SOLIDOS.
- REACCIONA CUANDO LO VISTEN O JALAN SUAVEMENTE, LLORA, INTENTA VOLTEARSE Y SE MUEVE.

8 MESES.

- SOSTIENE LA CUCHARA.

9 MESES.

- MASTICA ALIMENTOS SEMISOLIDOS.
- DEGLUTE ALIMENTOS SOLIDOS.
- DEMUESTRA PREFERENCIA POR ALGUNOS ALIMENTOS.

10 MESES.

- TOMA UN PAN CON LA MANO PARA COMERLO.

11 MESES.

- TOMA UN VASO, LO LLEVA A LA BOCA LOGRA BEBER DE EL.

12 MESES.

- COOPERA AL VESTIRSE.

13 MESES.

- DUERME SIESTA DESPUES DE LA COMIDA.
- PUEDE PERMANECER SOLO.

14 MESES.

- COME CON CUCHARA AUNQUE DERRAME UN POCO.

15 MESES.

- AYUDA A VESTIRSE.
- AVISA SI ESTA SUCIO.

16 MESES.

- SE QUITA LOS CALCETINES CON INTENCION.

17 MESES.

- AYUDA EN TAREAS DE LA CASA.

18 MESES.

- DISTINGUE OBJETOS COMESTIBLES DE LOS NO COMESTIBLES.

- ENTREGA EL PLATO DESPUES DE USARLO.

- COMPARTE LA MESA AL COMER.

19 MESES.

- AVISA CON POSTERIORIDAD SU NECESIDAD DE IR AL BAÑO

20 MESES.

- TOMA UNA TAZA CON LA MANO.

21 MESES.

- EXPRESA VERBALMENTE SUS NECESIDADES.

22 MESES.

- INICIA CONTROL DE ESFINTERES.

23 MESES.

- TOTAL CONTROL DE ESFINTERES DE ACUERDO A ENTRENAMIENTO PREVIO.

24 MESES.

- SE LAVA Y SECA LAS MANOS PARCIALMENTE.

- SE LAVA LOS DIENTES CON AYUDA.

-DIFERENCIA ENTRE FUNCION INTESTINAL Y URINARIA.

NIVEL DE DESARROLLO.....

B).-FASE DE ACTIVIDADES DE INTERVENCION (TRATAMIENTO).

MEDIDAS GENERALES.

- CADA SESION DE ENTRENAMIENTO SE DEBE ESTRUCTURAR:

ACTIVIDADES MOTORAS GRUESAS.

ACTIVIDADES MOTORAS FINAS.

ACTIVIDADES DE LENGUAJE.

ACTIVIDADES SENSORPERCEPTIVAS.

CADA ACTIVIDAD QUE SE REALICE CON EL NIÑO SE LE DEBE DE HABLAR EN VOZ FUERTE, DE MANERA CARIÑOSA PARA:

- QUE SE ESTIMULE EL LENGUAJE.
- SE FAMILIARICE CON LA VOZ DE QUIEN LO ESTIMULA, DE PREFERENCIA LA DE LA MADRE Y/O EL PADRE.
- DESPUES DEL BAÑO SE LE DEBE DE DAR MASAJE CON ACEITE, ENTRE MAS PEQUEÑO ES MAS NECESARIO.
- LAS ACTIVIDADES COGNITIVAS SON REALIZADAS DURANTE EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES MOTRIZ FINA Y DEL LENGUAJE, SI SE ENCONTRARA EN LA EVALUACION QUE NO PRESENTA ALGUNA DE LAS CONDUCTAS COGNITIVAS SE ESTIMULARA Y REFORZARA POR SEPARADO. ESTO LO HAREMOS PARA EVITAR CANSAR AL NIÑO DUPLICANDO LAS ACCIONES, PERO DEBEMOS TENER CUIDADO DE QUE EL NIÑO PRESENTE TODAS LAS CONDUCTAS DEL AREA COGNITIVA.

- LAS ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO SE DEBEN DE REALIZAR CUANDO ESTAN INDICADAS (COMIDA, BAÑO, VESTIRSE, ETC.). CUANDO SE REQUIERA DE ESTIMULACION SENSOPERCEPTIVA CON DIFERENTES TEXTURAS SE EMPLEARA MASAJE CON:
FRANELA.-SUAVE.
CEPILLO .-INTERMEDIA.
FIBRA DE COCINA GASTADA NO METALICA.-ASPERO.
EL MASAJE SE DEBE DE DAR: DE ARRIBA HACIA ABAJO (DE HOMBRO A MANO, DE CADERA A PIE).

TODAS LAS ACTIVIDADES POR LO GENERAL SE REALIZARAN 10 VECES POR CADA SESION, Y DOS SESIONES AL DIA.

ACTIVIDADES POR AREA Y NIVEL DE DESARROLLO.

AREA MOTORA.
MOTRIZ GRUESA.

1 MES.

- MOVER SUS BRAZOS, PRIMERO UNO Y LUEGO EL OTRO EMPEZANDO POR HOMBRO, CODO Y MUÑECA, SE DEBE DE HACER DE LA SIGUIENTE MANERA:

ARRIBA Y ABAJO.

AFUERA Y ADENTRO.

HACIENDO CIRCULOS CON EL HOMBRO A UN LADO Y A OTRO LADO.
DOBLAR Y ESTIRAR BRAZO.

CON DEDOS EN PALMA DE MANO, ARRIBA Y ABAJO LA MUÑECA Y
CIRCULOS A UN LADO Y OTRO.

MOVER SUS PIERNAS, PRIMERO UNA Y LUEGO OTRA EMPEZANDO
POR CADERA RODILLA Y TOBILLO, DE LA SIGUIENTE FORMA:

ARRIBA Y ABAJO SIN DOBLAR LA RODILLA.

AFUERA Y ADENTRO.

DOBLAR PIERNA Y ESTIRARLA, TOCANDO CON LA RODILLA EL
PECHO

DOBLADA LA PIERNA, PIE ARRIBA Y ABAJO.

PIE EN CIRCULOS A UN LADO Y OTRO

- CAMBIAR DE POSICION AL NIÑO (SUPINO, PRONO, DE LADO IZQ.
DER.).

2 MESES.

REALIZAR ACCIONES ANTERIORES.

- MOVER LOS BRAZOS EN MISMA FORMA, DE LA SIGUIENTE MANERA: PRIMERO UN BRAZO, LUEGO EL OTRO Y POR ULTIMO LOS DOS JUNTOS.
- MOVER LAS PIERNAS EN LA MISMA FORMA, DE LA SIGUIENTE MANERA. PRIMERO UNA PIERNA, LUEGO LA OTRA Y POR ULTIMO LAS DOS JUNTAS.
- LEVANTAR AL PACIENTE EN POSICION SUPINA MOVERLO ADELANTE ATRAS A UN LADO Y AL OTRO LADO, ROTANDOLO.
- PONER AL NIÑO EN POSICION PRONA, CON UNA ALMOHADA ABAJO DEL PECHO QUE LA CABEZA QUEDE SIN APOYO PARA OBLIGAR AL NIÑO A SUBIRLA.

3 MESES.

- REALICE ACCIONES ANTERIORES.
- MUEVA LOS BRAZOS DE LA MISMA FORMA, DE LA SIGUIENTE MANERA: PRIMERO UN BRAZO, LUEGO EL OTRO, POSTERIORMENTE LOS DOS JUNTOS POR ULTIMO LOS DOS ALTERNANDOLOS.
- MUEVA LAS PIERNAS DE LA MISMA FORMA, DE LA SIGUIENTE MANERA: PRIMERO UNA PIERNA LUEGO LA OTRA, POSTERIORMENTE LAS DOS JUNTAS, AL ULTIMO ALTERNANDO LAS DOS.
- TOMA AL NIÑO DE LAS MANOS HACIENDO QUE LAS EMPUÑE, ESTIMULARLO A QUE TRATE DE SENTARSE AYUDANDOLO, SENTADO NO LO ACUESTE, CUENTE HASTA 5 AUMENTANDO UNO DIARIO, PARA QUE CONTROLE SU CUELLO. ACUESTELO.
- COLOQUELO EN POSICION PRONA PONGA UNA MANO EN LA CINTURA OTRA EN LA BARBILLA SUBIENDOLA Y BAJANDOLA, DOBLE SUS PIERNAS TRATANDO QUE SU PIE TOQUE SU CADERA.

4 MESES.

- REALICE ACCIONES ANTERIORES.
- RUEDELO A UN LADO Y A OTRO LADO.
- PONGALO EN POSICION PRONA CON ALMOHADA ABAJO DEL ABDOMEN RUEDELO ADELANTE Y ATRAS, SOSTENGALO EN POSICION PRONA MUEVALO ADELANTE, ATRAS A UN LADO Y OTRO, ROTELO.
- EN POSICION SUPINA TOMA SUS PIERNAS EXTENDIDAS SIN DOBLAR LAS RODILLAS, LUEGO CON PIERNAS DOBLADAS, MUEVALAS DE LA SIGUIENTE FORMA: ARRIBA-ABAJO, A LA DERECHA A LA IZQUIERDA, CIRCULOS CON LA CADERA A UN LADO Y OTRO.
- PONGALO DE LADO ESTIMULELO A GIRARSE POR SI SOLO.

5 MESES

- REALICE ACCIONES ANTERIORES.
- DE LADO EL BEBE MUEVALE PIERNA Y BRAZO TOCANDOSE CODO CON RODILLA.
- EN POSICION SUPINA GIRE LAS PIERNAS A LA DERECHA Y LAS PIERNAS A LA IZQUIERDA Y VICEVERSA.
- EN POSICION SUPINA LEVANTELE LA CADERA.
- EN POSICION SUPINA PONGALE UN COBERTOR ABAJO DE LA ESPALDA Y CON EL LEVANTELE LAS PIERNAS, ESTIMULE A QUE SE GIRE DE PRONO A SUPINA Y VICEVERSA.

6 MESES.

- REALICE ACCIONES ANTERIORES.
- EN POSICION PRONA DOBLE SUS PIERNAS MUESTRELE UN JUGUETE, PONGASELE UN POQUITO ALEJADO OBLIGUELO A ALCANZARLO ESTIRANDOSE DE PIERNAS.

- SIENVELO SIN APOYO, PONGA JUGUETES ADELANTE DE EL.
- SIENVELO EN SUS RODILLAS, PONGALE LAS MANOS EN LA CINTURA MUEVALE EL TRONCO ADELANTE Y ATRAS, DE UN LADO A OTRO.

7 MESES.

- REALICE ACCIONES ANTERIORES.
- EN POSICION SUPINA ESTIMULELO A QUE SE SIENVE CON Y SIN AYUDA.
- EN POSICION PRONA PONGALE JUGUETES, EMPUJELO DE LAS CADERAS PARA QUE LOS PUEDA TOMAR.
- TOMELO DE LOS HOMBROS, HAGALO BRINCAR.

8 MESES.

- REALICE ACCIONES ANTERIORES.
- EN POSICION SUPINA PONGALE SUS PIES JUNTOS CON RODILLAS DOBLADAS, AGARRELO DE LAS MANOS PARELO CON AYUDA MANTENGALO PARADO CONTANDO HASTA 10 AUMENTANDO UNO DIARIO.
- EN POSICION PRONA ELEVE SUS PIERNAS PARA INTENTAR QUE HAGA CARRETILLA.
- EN PRONO PONGALO DE RODILLAS SOSTENIDO DE LAS MANOS, EMPUJELE LA CADERA ADELANTE Y ATRAS.
- PONGALE JUGUETES DELANTE PARA QUE TRATE DE TOMARLOS.

9 MESES.

- REALICE ACCIONES ANTERIORES.
- SIENVELO EN EL PISO CON PIERNAS ESTIRADAS, ESTIMULANDO A QUE GATEE SOBRE ESTAS.

- EN PRONO PONGA UNA TOALLA QUE PASE POR ABAJO DEL PECHO, ESTIMULANDO QUE GATEE.
- EJERCITE GATEO ENTRE OBSTACULOS.
- ENTRENELO A BAJAR DE LA CAMA ,PONGALO A LA ORILLA DE LA CAMA AYUDELO A BAJAR POR ATRAS HASTA QUE TOQUE CON LOS PIES.
- PARELO QUE CON LAS MANOS SE APOYE EN LA PARED DE FRENTE Y DE ESPALDAS.

10 MESES.

- REALICE ACCIONES ANTERIORES.
- ENTRENE LA TRANSFERENCIA DEL PESO DEL CUERPO DE UN PIE A OTRO.
- SENTADO EN EL PISO ENSEÑELE JUGUETES PARA QUE SE AGARRE DE UNA SILLA O MUEBLE PARA QUE SE PARE. APLAUDALE CADA VEZ QUE LO HAGA.

11 MESES.

- REALICE ACCIONES ANTERIORES.
- AGARRADO DE UN MUEBLE QUE CAMINE ALREDEDOR.
- AGARRADO DE LAS MANOS QUE CAMINE HACIA ADELANTE.
- AGARRADO DE LAS MANOS QUE PATEE UNA PELOTA CON UNA PIERNA Y CON LA OTRA.

12 MESES.

- REALICE ACCIONES ANTERIORES.
- EJERCITE PASOS TOMADO CON UNA MANO DE UN MUEBLE Y CON LA OTRA DE LA MANO, POCO A POCO CAMINARA SOSTENIENDOSE SOLAMENTE DE UNA MANO.

- SOSTENIENDOLO DE LAS MANOS EJERCITELO A QUE REALICE MARCHA LATERAL.

13 MESES.

- REALICE ACCIONES ANTERIORES.
- REFUERCE ACCION DE EMPUJAR OBJETOS.
- REFUERCE QUE DE PASOS SOLO OFRECIENDOLE JUGUETES.

14 MESES.

- REALICE ACCIONES ANTERIORES.
- EJERCITE LA MARCHA TOMANDOLO DE LA ROPA SOLTANDOLO DE VEZ EN CUANDO.
- LANCE OBJETOS A CORTE DISTANCIA QUE EL NIÑO LO OBSERVE Y SE DIRIJA HACIA ELLOS CAMINANDO SIN AYUDA.
- ENSEÑELO A CAMINAR SOBRE SUPERFICIES DESIGUALES.
- PIDALE QUE RECOJA JUGUETES TIRADOS EN EL SUELO.
- QUE PATEE PELOTAS.
- CON AYUDA QUE SUBA ESCALERAS.

15 MESES.

- REALICE ACCIONES ANTERIORES.
- EJERCITE A CAMINAR EN DIFERENTES DIRECCIONES.
- EJERCITE QUE CAMINE DE PRISA CON AYUDA O SIN ESTA.
- ESTIMULE A QUE JALE JUGUETES.
- ESTIMULE QUE TOME JUGUETES PEQUEÑOS DEL PISO, INCANDOSE Y PARANDOSE CON Y SIN AYUDA.
- EJERCITE A QUE TOME OBJETOS, SENTADO Y QUE SE PARE.

MOTRIZ FINO.1 MES.

- Coloque su rostro cerca de la cara del niño, cuando fije la mirada en su rostro muévase de la línea media a la izquierda o a la derecha.
- Acérquele una lamparita en lo oscuro, que fije su mirada en ella, muévala del centro a la izquierda o a la derecha.
- Pásele un juguete de color vistoso de la línea media a la izquierda y a la derecha, que lo siga con la mirada.
- Ponga al niño en diferentes lugares, obligándolo a voltear la cabeza a un lado y otro.
- Coloque un dedo en la palma de la mano del niño para que cierre su mano.
- Póngale una sonaja en la palma de la mano para que la sostenga.
- De masaje con diversas texturas en brazo y pierna.

2 MESES.

- Realice acciones anteriores.
- En posición prona haga mismo ejercicio, del rostro, luz y juguete, para que el niño fije su mirada y voltee de la línea media a la derecha o a la izquierda.
- En posición prona de masaje en la línea media de la espalda de arriba hacia abajo.
- Coloque su dedo en la palma de la mano y muévale la mano.
- Coloque juguetes u otros objetos en la palma de la mano y muévasela.

3 MESES.

- Realice las acciones anteriores.
- Sentado con apoyo hasta los hombros, haga mismo ejercicio con rostro, luz y juguete, empezando de la línea media a la izquierda o a la derecha, para que luego sea de izquierda a derecha y viceversa.

- Júntele las manos en línea media para que se las toque y acaricie su rostro.
- Dar masaje en dorso y palma de la mano.
- Póngale un aro en cada mano y trate de incorporarlo estimulándolo a que no suelte los aros.

4 MESES.

- Realice las acciones anteriores.
- Coloque su cara sobre el abdomen del niño, frótesela, para que le tome la cabeza.
- Cuando este en la cuna póngale juguetes colgando para que trate de agarrarlos.
- Suba al bebé sostenido de los hombros cuando fije su mirada bájelo y súbalo, para que fije y mueva su cabeza.
- Dele papeles para que los arrugue.
- Ofrézcale al niño juguetes para que los trate de tomar (supino y sentado).

5 MESES.

- Realice las acciones anteriores.
- Estimular al niño a que juegue con objetos de diferente textura y forma.
- Darle objetos grandes para que los tome con ambas manos.
- Enséñelo a palmearle.
- Darle un juguete para que lo sostenga y enseñarle otro para que lo siga con la mirada.
- Dar masaje en palma de la mano.

6 MESES.

- Realizar acciones anteriores.
- Al sentarlo darle una cuchara y permitir que golpee en la mesa.
- Permitirle que juegue con plastilina.

- Estimular a que tome un objeto y se lo pase de una mano a la otra, luego colocarle uno en cada mano y darle un tercero.
- Sentado sostenerlo de la mano y estimularlo a agarrar objetos.

7 MESES.

- Realizar acciones anteriores.
- Enseñarlo a tocar una campana.
- Sentarlo frente a una mesa y estimularlo a que palmee.
- Realizar juegos con los dedos del bebé, contarle de uno al diez con sus dedos.
- Dejarlo que se lleve el chupón a la boca.
- Dar masaje en dedos.

8 MESES.

- Realizar acciones anteriores.
- Dele juguetes que estén en diferentes lugares, luego cúbralos, estimule a que los descubra.
- Que se pase de una mano a otra objetos de diferente textura y forma.

9 MESES.

- Realice acciones anteriores.
- En una cubeta enséñelo a meter objetos de diferente textura y forma.
- Que el niño meta las manos en un recipiente con arena y agua.
- Coloque sobre la mesa o el piso autos, cajitas, juegue con él para que los empuje con su índice.
- Juegue a marcar el teléfono con el índice.
- Ponga en una cajita palitos sin punta y que los saque.

10 MESES.

- Realizar acciones anteriores.
- Que apile cubos.

- Que guarde objetos en cajas de diferente tamaño y en latas.
- Que juegue con cintas y cordones.

11 MESES.

- Realizar las acciones anteriores.
- Estimúlelo a tomar objetos dentro de una caja.
- Enséñelo a poner objetos dentro de un frasquito sin dejarlos caer.
- Ponerlo a jalar un carrito amarrado de un cordón.

12 MESES.

- Realizar acciones anteriores.
- Que tome objetos dentro de un frasquito.
- Que destape cajas, y las tape.
- Que juegue con sus manos a: vuelo de pájaros y aviones.
- Que abra y cierre sus manos.
- Que mueva sus dedos al son de la música.

13 MESES.

- Realizar acciones anteriores.
- Ponerle las manos en un radio y dejarlo que sienta las vibraciones.
- Colocar juguetes pequeños en una bolsa, pedirle al niño que los saque y meta.
- Enseñarlo a enroscar una tapa.

14 MESES.

- Realizar acciones anteriores.
- Oriéntelo para rasque papeles en diferentes direcciones.
- Pídale que rasque contornos de figuras.
- Que pase objetos de una caja a otra.
- Estimúlelo a cerrar cajas de cerillos.
- Estimúlelo a hacer garabatos.
- Estimúlelo a armar y desarmar objetos.

15 MESES.

- Realice las acciones anteriores.
- Ponga en una taza, pelotas pequeñas y pídale que las saque.
- Estimule a que pinte con los dedos.
- Cuando estén empañados los vidrios que haga garabatos.

AREA DE LENGUAJE.

1 MES.

- Estimularle a que haga sonidos con la boca.
- Cantarle, hablarle al realizar cualquier acción.

2 MESES.

- Realice acciones anteriores.
- Estimularle a que haga sonidos guturales, variando intensidad y altura.
- Realice masajes circulares en labios, mejillas y lengua.

3 MESES.

- Realizar acciones anteriores.
- Provocarle emisión de sonidos con cosquillas, caricias.
- Provocarle chasquidos con lengua y labios.
- Iniciar vocalización por imitación.

4 MESES.

- Realizar acciones anteriores.
- Familiarizar al bebé con diferentes características de sonido, timbre, tono, cantándole y recitándole.
- Hablarle en diferente tono de voz.
- Refuerce vocalizaciones.
- Háblele siempre por su nombre.

5 MESES.

- Realizar acciones anteriores.
- Sin que lo vea llama al bebe por su nombre, cuando voltee y lo localice dígame, " si aquí estoy, me encontraste".
- Estimule a que repita da da da o ba ba ba.

6 MESES.

- Realizar acciones anteriores
- Estimule a que imite mas fonemas como gu gu, ma ma, ta ta.
- Señale las cosas y dígame su nombre.
- Háblele en diferente tono y con diferente ritmo, cántele.

7 MESES.

- Realizar acciones anteriores.
- Estimule que diga sílabas en cadena ba-ba, ma-ma, gu-gu.
- Estimule la pronunciación de diptongos ia, ie, io, au.
- Pídele por su nombre que le entregue un objeto.

8 MESES.

- Realizar acciones anteriores.
- Acerque su rostro al niño y háblele en forma exclamativa. vea que trate de imitarte.
- Estimule la articulación de palabras.
- Provoque la emisión de fonemas labiales m-p, labiodentales s-d b.

9 MESES.

- Realizar acciones anteriores.
- Llámelo siempre por su nombre y no use diminutivos.
- Estimule el aumento de fonemas, por imitación.
- Enséñelo a llamar a su papá, dígame dónde esta papá.
- Enséñele a llamar a los animales, dígame dónde esta el perro (guau guau...cómo hace el perro).

10 MESES.

- Realizar acciones anteriores.
- Estimúlelo a que imite sonidos de animales y de cosas.
- Estimule la imitación de consonantes guturales con q y k

11 MESES.

- Realizar acciones anteriores.
- Ponga música y cante, trate de que lo imite, algunas canciones infantiles son muy útiles.
- Es importante insistir en la imitación de sonidos de animales y cosas.
- Estimule que realice sonidos para expresar emociones como llorar, reír, asustarse, etc.
- Estimule a que reconozca las cosas por su nombre.

12 MESES.

- Realizar acciones anteriores.
- Insistir en que exprese sonidos de animales, cosas y emociones.
- Estimule que diga palabras con intención como pan, mamá, etc.
- Cuando quiera algo, que lo pida con sonidos y señas.

13 MESES.

- Realizar acciones anteriores.
- Estimule el uso de palabras puente (con una palabra dicen muchas cosas) como coca, pan, etc.
- Estimule para que entienda palabras como toma, dame, adiós.
- Que entienda la palabra y el ademán "no".

14 MESES.

- Realizar acciones anteriores.
- Estimule a que entienda más palabras y acciones.

- Estimule a que tenga vocabulario con gestos, como "no".
- Estimúlelo para que señale partes de su cuerpo.

15 MESES.

- Realizar acciones anteriores.
- Que sople a las velas.
- Cuando quiera algo que lo pida con palabras aunque no sean completas.
- Que se exprese con palabras cuando tenga hambre y sed.
- Que empiece a utilizar el "sí".
- Muéstrelle cosas por su nombre y que repita el nombre.
- Trate de que su vocabulario tenga 10 palabras.
- Estimule imitación sin que este presente el modelo.
- Que identifique en él, y en otras personas, las partes de su cuerpo.

16 MESES.

- Realizar actividades anteriores.
- Estimule que diga el nombre de las personas que conoce.
- Estimule que amplíe su capacidad de expresión, pregúntele qué hace, qué le pasó, etc.
- Estimule que use palabras completas y bien pronunciadas.

17 MESES.

- Realizar acciones anteriores.
- Estimule que exprese en forma verbal "toma y dame".
- Estimule que siga dos ordenes a la vez.
- Permítale que juegue con un teléfono para que hable.
- Enséñele objetos y personas para que las reconozca y nombre

18 MESES.

- Pregúntele de quién son las cosas para que diga "mío".

- Pregúntele varias veces su nombre y apellidos para que lo diga completo.
- Dígale pequeños versos o canciones para que los aprenda y repita acompañelos de movimientos corporales y ademanes para que lo imite.
- Estimule su vocabulario a 17 palabras.
- Estimule a que repita con sentido, "este, esa, esta, ese".
- Estimule que use expresiones con sentido como "oh".
- Estimule para que diferencie entre arriba y abajo.
- Enséñelo para que haga trazos, poniendo diferentes objetos como una cosa con la acción, como el niño y el pastel.

19 MESES.

- Realizar actividades anteriores.
- Grabe su voz y que la escuche.
- Estimúlelo para que escuche cuentos cortos, luego pregúntele sobre ellos.
- Estimule a que le diga que hizo, pregúntele "qué comiste". etc.
- Estimule que exprese "si o no " haciéndole preguntas para que las conteste.
- Que señale y diga las partes de la cara.

20 MESES.

- Realizar acciones anteriores.
- Estimular la expresión verbal de necesidades como "quiero más ya acabé".
- Estimúlelo a que exprese sensaciones con palabras como "tengo frío, tengo calor, estoy triste".
- Muéstrelle libros y enséñele los oficios de las personas como panadero, enfermera, etc.

- Que identifique que es grande y que es pequeño.
- Que reconozca entre cuadrado y círculo.

21 MESES.

- Realizar actividades anteriores.
- Desarrolle el uso de pronombres como "tú quieres, él se llama Juan, nosotros vamos al parque".
- Enséñele objetos y que los nombre.
- Pegue en un cuaderno imágenes de frutas, verduras, ropa, muebles, cosas que él conoce y pídale que las nombre y que repita las que desconoce.
- Estimule que le cuente sus cosas como " qué comió, a qué jugó, etc. ".
- Estimule el uso de frases para expresar sus necesidades como "quiero agua en lugar de agua".
- Que reconozca un triángulo.

22 MESES.

- Realizar acciones anteriores.
- Corregir que no use medias palabras.
- Enséñele a usar el plural, dele una cosa y luego varias para que distinga el plural.
- Dele varios objetos y que le de uno y luego muchos.
- Reúna una serie de cosas y que las nombre como "pelotas, cubos, etc.".
- Estimule que reconozca entre el día y la noche.
- Sabrá que es adentro y afuera.

23 MESES.

- Realizar actividades anteriores.

- Aproveche su imaginación y narrele lo que atraiga su atención, explíquele detalladamente lo que le intrigue, si le pregunta por el conejo explíquele y pasado un tiempo pregúntele sobre el relato.
- Cuente un cuento pero entonando una canción.
- Enséñele palabras nuevas corrigiendo su pronunciación.
- Enséñele figuras y que le relate cuentos.
- Refuerce el uso del plural con uno y muchos, como una manzana para ti y muchas para mi.
- Relátele un cuento corto con personajes que él conoce y pídale que lo narre a otra persona.
- Enséñele canciones y versos y que los repita continuamente.
- Que converse con otros niños.
- Cuando realice alguna actividad, invítelo y nómbrELE cada cosa que hace.
- Reconocerá objetos con el tacto y dirá que son.

24 MESES.

- Realizar actividades anteriores.
- Que repita su nombre correctamente y el de las personas y animales que conoce.
- Estimule que use pronombres.
- Llévelo a ver películas y pregúntele sobre éstas.
- Estimúlelo a que diga frases con tres o cuatro palabras.
- Que reconozca conceptos de tiempo y los exprese como hoy, mañana, ayer y lugares como sala, corredor, etc.

CONCLUSIONES

El programa propuesto para el Hospital Legaria tiene las siguientes ventajas:

- Está orientado a Instituciones de Salud de primer y segundo nivel de atención, o sea, hospitales generales, centros de salud, clínicas, consultorios médicos, ya que para su aplicación no se requiere de una gran infraestructura de recursos humanos, físicos y materiales, solamente es necesario un consultorio y un profesional de la salud de preferencia que sea un Psicólogo.
- Este no solamente se encamina a la atención de niños con retraso o con lesión neuromuscular, sino también trata niños sanos para poder prevenir el índice de niños con retraso en alguna de las áreas del desarrollo.
- No solo se orienta al tratamiento de pacientes, sino que se considera el adiestramiento del familiar del niño, porque es un Programa para ser realizado en casa, con esto pretendemos integrar la triada MADRE-PADRE-HIJO y poder favorecer la integración familiar, y la formación de la correcta personalidad del niño, además cuenta con un subprograma dirigido a los profesionales de la salud, para concientizarlos y capacitarlos en su uso.
La escala de evaluación incluye una breve Historia Clínica, exploración neurológica y de nivel de desarrollo por áreas. En la que se incluyen solamente conductas claves y no como es otras escalas que se incluyen conductas no claves que confunden al que la aplica haciendo más sencilla ésta.

- Para la Psicología ésta propuesta aportará que los profesionales de esta disciplina se puedan integrar al equipo multidisciplinario de salud, tanto en el nivel de diagnóstico como de tratamiento integral a los niños, ya que no solamente es muy importante mantenerlo en óptimas condiciones de vida y salud, sino también es prioritario brindarle las habilidades y capacidades necesarias para poder enfrentar con éxito su futura vida escolar, de esta forma se considerará la atención del niño de acuerdo al modelo BIO-PSICO-SOCIAL. Biológico, por parte de los médicos, enfermeras para darle vida y salud al niño. Psico-social por parte del psicólogo y con la colaboración de las trabajadoras sociales que le darán una buena calidad de vida. Cualquier desequilibrio en uno de estos aspectos alterará la salud y calidad de vida del niño y de la familia.

Las DESVENTAJAS del Programa son los siguientes:

- En el área motora solamente se considera del primer mes hasta los dieciocho meses, en las áreas de lenguaje, cognitiva, social-autocuidado hasta los veinticuatro meses, esto es por falta de recursos necesarios, ya que existen Programas que si tratan a los niños hasta los cinco años.
- Que el personal profesional de la salud en ciertas ocasiones no puede asistir a las presentaciones de casos y mucho menos inscribirse al curso debido a la falta de tiempo disponible.
- Los niños que presentan patologías severas serán canalizados a otras instituciones por falta de recursos.
- No se dará atención a los niños a diario ni cada tercer día como en instituciones especializadas por falta de recursos.
- Los profesionales que lo apliquen aunque sean Psicólogos necesitan de un adiestramiento previo para tener los conocimientos mínimos indispensables para su aplicación.

BIBLIOGRAFIA

1. Ambrogetti, R. "Estimulación temprana". Editorial Humanitas, 1985.
2. "Programa de Estimulación Temprana, para niños con Parálisis Cerebral", Edit. U.N.I.C.E.F., 1981.
3. Arango, M. "Programa de Estimulación Temprana", Edit. Gamma, 1994.
4. Arenas, J. "Pediatria de Davison", Edit. Interamericana, 1989.
5. Atkin, L. "Cómo evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños" Edit. U.N.I.C.E.F. 1987.
6. Auza, A. "Método Neurofisiológico para el diagnóstico de las alteraciones del Lenguaje en el niño", Act. Ped. Mex., Nov-Dic. 1991, Vol. 12, Núm. 6.
7. Barkin, H. "Trastornos del desarrollo y del lenguaje, Clínicas Pediátricas de Norteamérica", Agosto, 1992.
8. Bobath, K. "Base Neurofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral infantil", Edit. Médica Panamericana, 1987.
9. Bobath, K. "Trastornos cerebromotores en el niño", Edit. Médica Panamericana, 1987.
10. Calderón, R. "Educación Conducida en la rehabilitación integral del paciente con parálisis cerebral", Bol. Med. Hosp. Inf. Mex. Abril, 1989, 46(4)
11. Curry, J. "Comparison of tactile preference in children with and without cerebral palsy. Am. J. Occupat. Therapy, 1988; 2(6).

12. Degmen, I. "Perspectives of the status of sensory integration theory. *Amj. Occup. Therapy*, 1988; 42(7).
13. Delval, J. "Desarrollo Humano", Edit. Patria, 1994.
14. Douret, L. The history of care of premature infants. From neonate intensive unite care to special care body unit (SCBU), early child development and care. 1994; 98.
15. Evans M. "Enfermería Pediátrica", Edit. Manual moderno. 1987.
16. García, G. "Programa de terapia ocupacional en recién nacidos de embarazo de alto riesgo", *Rev. Mex. Ped.*, Feb. 1992.
17. Gongora M. "Programa preventivo de estimulación temprana en niños con enfermedades crónicas", *Bol. Med. Hosp. Inf. Mex.* 1991, 48(10)
18. Kempe, H. "Diagnóstico y tratamiento pediátrico", Edit. Manual moderno, 1990.
19. Lewis, M. "Desarrollo psicológico del niño", Edit. Interamericana. 1987.
20. López, A. "Terapia de integración sensorial", Manual del centro de estudios de estimulación temprana, 1989.
21. Naranjo, C. "Algunas lecturas y trabajos sobre estimulación temprana" Edit. U.N.I.C.E.F. 1981.
22. Ortega, F. "Estimulación temprana", *Rev. Ped.* 1994.
23. Puente, R. "Desnutrición y desarrollo", *Act. Ped. Esp.* 1989.

24. Sánchez, S. "Enciclopedia de Pedagogía", Edit. Santillán.
25. Sellers, J. "Relation ship Between Antigravity Control and Postural Control in young children", Phys. Ther, April 1988, Vol. 68, Núm. 4.
26. "Programa de Estimulación Temprana", 1986 Edit. SEP.
27. Sierra, Z. "Influencia de los centros preescolares en los niños de Madrid de 0 a 6 años", Act. Ped. Esp. 1992 Vol. 50 Núm. 8.
28. Sproad, T. "Cognitive development, Philosophy and children's literature", Early Child Development and Care, Vol. 197, 1995.
29. Torres, A. "Programa de Estimulación Temprana", Rev. Mex. de Puericultura y Pediatría, Sep-Oct. 1993, Vol. I Núm. 1.
30. Troster, H. "Longitudinal Study of gross-motor Development in blind infants and preschoolers", Early Child Development and Care, Vol. 104. 1994.
31. UNICEF "Programa de Estimulación Motora Temprana", Edit. UNICEF, 1981.
32. UNICEF "Curriculum de Estimulación Precoz", Edit. UNICEF, 1988.
33. Villanueva, M. "Programa de Estimulación Temprana para el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud", Editado por la Secretaría de Salud, 1990.
34. Watson, J. "Crecimiento y desarrollo", Edit. Trillas, 1992.