

221



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

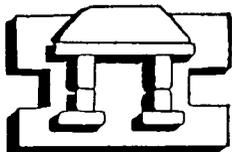
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

PROPUESTA DE UN TALLER DE INTERVENCION
TEMPRANA PARA NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS CON ALTO
RIESGO BIOLÓGICO Y AMBIENTAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
JULIETA VELEZ BELMONTE
LILIA EUGENIA RESENDIZ ESPARZA

ASESOR: MTRA. NORMA COFFIN CABRERA
DICTAMINADOR: LIC. MA. ANTONIETA COVARRUBIAS TERAN
DICTAMINADOR: LIC. IRMA ROSA ALVARADO GUERRERO



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO

2002.

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.

Agradezco:

A mis padres por estar conmigo en los momentos más difíciles y brindarme su infinito cariño y apoyo. Gracias por que sin ustedes no hubiera podido llegar al lugar en donde me encuentro ahora.

A mis amigos Darío y Esther por su incondicional apoyo y cariño.

A mi compañera y amiga Lili por continuar la Tesis conmigo aún sabiendo que no sería nada fácil. Gracias por no dejarme sola.

A todas las personas que estuvieron conmigo y formaron parte de este proceso tan difícil y angustiante para mí.

July

Agradezco A Dios.

A mis padres por su cariño, amor, confianza, apoyo, por creer en mí y alentarme a salir adelante siempre. Los amo.

A Melina por tu gran apoyo y amistad. Te quiero mucho.

A Julieta por tu serenidad en los momentos difíciles y por permitirme aprender de ti.

A todas las personas que estuvieron a mi lado en este largo proceso.

Lili.

ÍNDICE

RESUMEN -----	1
INTRODUCCIÓN -----	2
CAPÍTULO 1	
PSICOLOGÍA Y SALUD -----	9
1.1 Proceso salud-enfermedad -----	10
1.2 Funciones del psicólogo en el área de la salud -----	14
CAPÍTULO 2	
ESTIMULACIÓN TEMPRANA -----	18
2.1 Definiciones -----	
2.2 Antecedentes -----	20
2.3 Aportaciones teóricas -----	28
2.3.1 Neurología evolutiva -----	
2.3.2 Psicología de la conducta -----	33
2.3.3 Psicología del desarrollo -----	36
2.3.3.1 Piaget -----	40
2.3.3.2 Gesell -----	46
2.4 Programas de Estimulación Temprana -----	51
CAPÍTULO 3	
EVALUACIÓN -----	62
3.1 Definiciones -----	
3.2 Tipos y Funciones -----	63
3.3 Diagnóstico -----	65
3.4 Indicadores del desarrollo -----	67
3.5 Instrumentos -----	68
3.5.1 Entrevista -----	69
3.5.1.1 Etapas de la entrevista -----	
3.5.1.2 Tipos de entrevista -----	70
3.5.1.3 Entrevistas (Huitron, y Alvarado, 1999) -----	71

3.5.1.3.1 Entrevista Médico-Psicológica -----	71
3.6.1.3.2 Entrevista Socioeconómica	
3.5.2 Pruebas de Evaluación -----	72
3.5.2.1 Manual de la Prueba de escrutinio de desarrollo de Denver (Frankenburg y Dodds, 1967)	
3.5.2.2 Valoración Neurológica Neonatal de 0 a 6 meses (Reflejos) (Craig, 2001).	
3.5.2.3 Manual de valoración neuroconductual del desarrollo del lactante de 1 a 24 meses (Tamiz) (Benavides, 1986) -----	73

CAPÍTULO 4

ESTRUCTURA DEL TALLER DE INTERVENCIÓN TEMPRANA -----	75
4.1 Método -----	76
4.1.1 Sujetos	
4.1.2 Grupos	
4.1.3 Moderador	
4.1.4 Materiales -----	77
4.1.5 Instrumentos	
4.1.5.1 Entrevistas	
4.1.5.2 Pruebas	
4.1.6 Descripción del lugar	
4.1.7 Horario	
4.2 Procedimiento -----	78
4.2.1 Inserción	
4.2.2 Intervención -----	79
4.2.3 Evaluación -----	80
4.2.4 Criterio de canalización -----	81
4.2.5 Criterios para pasar de nivel	
4.2.6 Criterio de terminación del taller	
4.2.7 Niveles y Grupos -----	82
4.2.7.1 Nivel Apedal	
4.2.7.1.1 Primer Grupo	

4.2.7.1.2 Segundo Grupo	84
4.2.7.2 Nivel Cuadripedal	89
4.2.7.2.1 Grupo Gatea	
4.2.7.3 Nivel Bipedal	91
4.2.7.3.1 Grupo Camina	

CAPÍTULO 5

PROPUESTA DE UN TALLER DE INTERVENCIÓN TEMPRANA	98
5.1 Nivel Apedal (Primer Grupo)	
5.2 Nivel Apedal (Segundo Grupo)	114
5.3 Nivel Cuadripedal (Grupo Gatea)	130
5.4 Nivel Bipedal (Grupo Camina)	147
CONCLUSIONES	165
REFERENCIAS	168
BIBLIOGRAFÍA	176
ANEXOS	

RESUMEN

La presente tesis tiene como objetivo proponer un Taller de Intervención Temprana para niños de 0 a dos años de edad, con alto riesgo, biológico y ambiental.

Para fundamentar esta propuesta se hace una breve revisión de la relación entre la Psicología y la Salud, mencionando el proceso salud-enfermedad y las funciones del psicólogo en esta área.

Así como un recorrido por la historia y definición de la Estimulación Temprana, los factores de riesgo que podrían afectar el desarrollo del niño, y las principales aportaciones teóricas al tema: Neurología evolutiva, Psicología de la Conducta y del Desarrollo y algunos programas llevados a cabo.

Asimismo, se menciona la definición, tipos y funcionalidad de la evaluación y se proponen los instrumentos a utilizar para evaluar a los niños para la inserción en los diferentes niveles y grupos del Taller de Intervención Temprana.

Este taller consta de 3 niveles con 15 sesiones cada uno. Los niveles son: Apedal, Cuadrupedal y Bipedal y se conforman de la siguiente manera: el nivel Apedal cuenta con dos grupos; Cuadrupedal con el grupo gatea, y Bipedal con el grupo camina.

INTRODUCCIÓN

Si se parte del hecho que el ser humano es considerado como una unidad biopsicosocial, es evidente que cada una de estas áreas que la integran influyen, y en algunos casos llegan a determinar su desarrollo. A partir de ello se han creado disciplinas que se interesan por encontrar las mejores condiciones para que el desarrollo sea de manera integral. Las tres áreas antes mencionadas que conforman al individuo, interactúan y se afectan entre sí; por lo tanto hay diversas ciencias que se abocan a su estudio, así como la esfera biológica abarca los aspectos fisiológicos y es la Medicina la que se encarga de su estudio; por otro lado la esfera Psicológica es aquella que se refiere a la racionalidad, conducta y cognición. Por último la Sociología se encarga del estudio de la esfera social que se refiere a la cultura en la que se desarrolla dicho individuo.

Es evidente que cada una de estas esferas no van desligadas, es decir, si en la esfera biológica existe una deficiencia, la esfera social y psicológica estarán afectadas.

Dado que la conducta está en función de factores tales como los biológicos, sociales y de motivación en el individuo, es por lo que la Psicología y la Medicina se han vinculado con el fin de dar respuesta a distintos padecimientos que afectan las áreas ya mencionadas, sin dejar de lado la relación de la conducta y el proceso Salud-enfermedad.

La Psicología de la Salud se ha interesado en diseñar y llevar a cabo programas de intervención en diversas áreas; una de ellas es la Estimulación Temprana, que se encarga de observar el proceso del desarrollo del niño, para optimizarlo (Rodríguez, y García, 1998).

Un bebé es un ser en vías de desarrollo. Aún cuando su sistema neurológico y sus sentidos están completamente formados al nacer, necesita de estímulos, protección, cuidados y afecto para lograr desarrollarlos.

Los primeros años de vida son de vital importancia para el desarrollo óptimo del niño, por eso es crucial estar atentos a su desempeño tanto físico como psicológico. Pero, ¿Qué es el desarrollo? El Desarrollo es el proceso continuo que

evoluciona en etapas escalonadas, cada una de las cuales supone un grado de organización y maduración más complejo que el anterior. Es una sucesión de etapas integradas que llevan al niño a funciones más complejas e independientes, es decir a la adquisición y refinamiento de habilidades (Gesell y Amatruda, 1994).

El desarrollo psicomotor del niño depende entre otros factores de la maduración del Sistema Nervioso Central, que se da en tres etapas de reflejos (Fiorentino, 1987).

a) *Apedal*: En esta etapa predominan los reflejos primitivos espinales y de tallo cerebral con el desarrollo motriz de un niño en posición supina o prona (boca arriba y boca abajo).

b) *Cuadrupedal*: En esta etapa predomina el desarrollo del mesencéfalo con reacciones de enderezamiento y el desarrollo motriz del niño que se puede enderezar por sí mismo, rodarse, asumir la posición de gateo y de sentado.

c) *Bipedal*: En esta etapa predomina el desarrollo cortical con reacciones de equilibrio en el desarrollo motriz de un niño que puede asumir la posición de pie, como deambular; se desarrollan también los niveles cognitivos.

En el proceso de maduración, el niño tendrá más control voluntario de sus respuestas y a su vez los reflejos se irán integrando. Los primeros reflejos son esenciales en el desarrollo normal; las respuestas a éstos preparan a los niños para un desarrollo progresivo tal como rodarse, sentarse, gatear, ponerse de pie. En el desarrollo normal, estos reflejos primitivos espinales y del tallo cerebral disminuyen gradualmente, a fin de que se puedan presentar los patrones de enderezamiento y equilibrio.

No se sabe a ciencia cierta cuáles son las causas del retardo en el desarrollo, pero las posibilidades son genéticas, daño cerebral, factores bioquímicos, limitaciones en cuanto al medio en que se desenvuelve el niño o desnutrición de la madre (Nieto, 1994).

Es así como el desarrollo puede sufrir daños desde el momento de la concepción, en la gestación y durante el nacimiento, o alteraciones debidas a agentes internos o externos. Hay condiciones de riesgo para el bebé que nos deben poner en situación de alerta, para observar cuidadosamente el desarrollo y

darle el estímulo adicional y la intervención terapéutica inmediata necesaria. Así podremos evitar o disminuir las consecuencias negativas que pueden presentarse cuando se da alguna de estas circunstancias: Abortos repetidos, niños con defectos graves o leves en la pareja o la familia, alguna enfermedad en uno de los integrantes de la pareja, los padres son familiares, las madres menores de 20 años o mayores de 40, existencia de una enfermedad o problemas durante el embarazo, embarazos continuos sin tiempo de recuperación de la madre, la madre estuvo expuesta a sustancias tóxicas, o radiaciones; prematuridad o problemas durante el parto, bebé con bajo peso al nacer, reducción de la provisión de oxígeno antes, durante o después del parto, el bebé presenta problemas respiratorios al nacer, el bebé ha estado hospitalizado o en terapia intensiva.

Conforme a esto se definen diferentes tipos de riesgo propuestos por Tjossem y Eloisa (En: Nieto, 1994), que permitirán detectar las necesidades para llevar a cabo una intervención didáctica oportuna:

a) Alto riesgo establecido: Se refiere a aquellos casos en los que existe un problema de tipo biológico identificado, que conllevan la presencia de grados de retardo en el desarrollo. En esta clasificación encontramos alteraciones biológicas, congénitas o adquiridas que afectan la estructura y desarrollo del sistema nervioso central.

b) Alto riesgo biológico: Es el conjunto de condiciones prenatales, perinatales y aún previas a la concepción que posibilitan un riesgo de retardo a corto o largo plazo, que pueden estar determinados por condiciones biológicas de la madre o del niño.

c) Alto riesgo ambiental o sociocultural: Frecuentemente se asocia con el alto riesgo biológico, pero se identifica en las condiciones de pobreza y marginalidad.

Es importante aclarar que el niño puede presentar 1, 2 o incluso los 3 tipos de riesgo.

Otro tipo de problema puede deberse a que el desarrollo del niño no va de acuerdo a las etapas normales de desarrollo, sino por debajo de éstas. Puede

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

haber deficiencias en las siguientes áreas: lingüística, de atención, de memoria, percepción, pensamiento, espacio-temporal y motricidad.

Para prevenir que estos factores alteren el desarrollo, es necesario intervenir en los primeros años tomando como base la plasticidad cerebral.

La plasticidad cerebral es la habilidad que tiene el organismo a nivel neurológico de recuperar o sustituir funciones perdidas, por medio de otras conexiones neuronales que dan como resultado habilidades nuevas o sustitutas.

La plasticidad cerebral se logra por medio de la estimulación, es decir; una serie de actividades repetitivas encaminadas a construir habilidades nuevas o similares a nivel motor, sensorial, mental y neurológico; lo ideal es realizarlo en edades tempranas dado que, la maduración y la mielinización del sistema nervioso está en proceso, y al estimular lo antes posible habrá una mayor posibilidad de plasticidad cerebral (Tjossem, 1981).

El daño tal vez no se restaure al 100% pero hay un 60% de posibilidad de recuperación antes de los 2 años de edad, después la posibilidad se reduce hasta el 2% (Zamora, 1996).

Todos los seres humanos somos diferentes y por lo mismo nuestro desarrollo no es igual; varía de persona a persona y con habilidades y ritmos diferentes. Pero ¿qué pasa cuando este desarrollo se ve demasiado variado al de los demás, es decir, sale de la norma?. ¿Qué debemos hacer cuando nos damos cuenta que el bebé tiene algo? El bebé necesita de una intervención profesional, adecuada y oportuna en la dirección correcta, de acuerdo con las múltiples necesidades neurológicas, motoras, ortopédicas, visuales, o auditivas que presente. La evaluación y el diagnóstico temprano de algún daño o retardo en el desarrollo son de gran importancia para dar la debida atención sin que pase más tiempo.

La evaluación permite hacer la detección del Tono, Postura, Movimientos, Conductas, Adquisición de Conductas con Alteración en Calidad y Patrón de las mismas, Alteración de la presentación de los Reflejos, Alteraciones en Estados Funcionales, Trastornos de la Sensopercepción, Retraso en la aparición de las Reacciones y Conductas del desarrollo y por lo tanto su debida canalización.

Dentro de las áreas de acción del desarrollo infantil destacaremos la Estimulación Temprana y la Intervención Temprana, cuya diferencia se basa en prevención y rehabilitación respectivamente.

La *Estimulación Temprana* como tal, es el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que éste necesita desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicológico a través de la presencia de personas y objetos, en cantidad y oportunidades adecuadas en el contexto de situaciones de variada complejidad, que generan en el niño cierto grado de interés y actividad, condición necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo (Montenegro, 1978).

La *Intervención Temprana*, es el conjunto de actividades dirigidas hacia los niños que presentan trastornos en su desarrollo psicomotor de cualquier etiología, de manera que reciban de forma efectiva y continuada todo aquello que pueda facilitar la capacidad de desarrollo que cada niño tiene (Jordi, 1989).

El niño recibe la intervención o estimulación temprana para desarrollar las capacidades mentales, motoras, sensoriales o neurológicas lo antes posible para tratar de rehabilitar o sustituir las funciones dañadas o perdidas que se logra por medio de la plasticidad cerebral.

Actualmente es posible identificar al nacer, o incluso antes, a aquellos niños que puedan presentar algún riesgo, ya sean éstos prematuros, desnutridos o de crecimiento retrasado; o tal vez sus madres presenten adicciones o sufran perturbaciones emocionales. Al mismo tiempo la pobreza restringirá la asistencia médica y su calidad.

Durante las dos últimas décadas varios programas han ofrecido servicios de apoyo a padres e hijos con alto riesgo, demostrando que un medio óptimo es crucial para su desarrollo (Horowitz, 1982; Korner, 1987. En: Craig, 2001).

Uno de los primeros programas de intervención en el hogar con padres fue llevado a cabo por Gordon en 1969, con el objetivo de mejorar el crecimiento intelectual y la personalidad de los niños, así como la autoestima de sus padres.

Este programa consistió en capacitar a mujeres de familias rurales pobres de Florida, en el desarrollo infantil. Los niños que participaron durante dos o tres años de forma regular tuvieron progresos en las pruebas de inteligencia y los resultados de sus evaluaciones mostraron que estos niños pudieron asistir a escuelas públicas y no especiales (Craig, 2001).

Otro programa fue establecido en el colegio Peabody para maestros en Tennessee a mediados de los setenta dirigido a las madres para que aprendieran habilidades generales para mejorar su conciencia del desarrollo infantil y fomentar ciertas conductas en sus hijos, logrando así dirigir menos a sus hijos y apoyarlos más. Como resultado los niños se desempeñaron bien en las pruebas de inteligencia (Gray, 1976. En Craig, 2001).

Se han establecido programas de intervención temprana para niños con discapacidades más graves ofreciendo apoyo para ellos y sus padres, con instrucción en las actividades de acuerdo al estadio de desarrollo, captando la atención infantil y mejorando el aprendizaje, enseñándoles a identificar los logros, aunque sean muy pequeños que le permitan responder a las necesidades y descubrimientos de sus hijos.

Para la psicología es importante analizar los efectos de los programas para determinar su funcionalidad. El éxito o fracaso de un programa depende de la correlación entre las necesidades detectadas en una población y los objetivos planteados. Por lo tanto, el objetivo de esta tesis es: "proponer un Taller de Intervención Temprana para niños de 0 a 2 años, con alto riesgo, biológico y ambiental".

Para cumplir con este objetivo se hará un breve recorrido por la relación entre la Psicología y la Salud; la historia, definiciones, aportaciones teóricas, y programas de la Estimulación Temprana; las definiciones, tipos de evaluación y diagnóstico, así como los tipos de instrumentos, entrevistas y pruebas propuestas para la aplicación del Taller de Intervención Temprana; finalizando con la estructura y propuesta de dicho Taller.

A continuación se detallarán los temas a revisar en cada capítulo:

En el Capítulo 1 se aborda la relación entre la Psicología y la Salud, el proceso salud-enfermedad, y las funciones del psicólogo en el área de la salud.

El Capítulo 2 describe brevemente las definiciones, historia, y las aportaciones teóricas a la Estimulación Temprana que proponemos como base para este taller, como la Neurología evolutiva, Psicología de la Conducta y Psicología del Desarrollo, así como algunos programas llevados a cabo en ésta área.

En el Capítulo 3 se describen los tipos, funciones de la evaluación y diagnóstico, así como los instrumentos que proponemos utilizar para evaluar a los niños de alto riesgo biológico y ambiental para su inserción en los diferentes niveles y grupos del Taller de Intervención Temprana.

El Capítulo 4 describe la estructura del Taller de Intervención Temprana, incluyendo la inserción, intervención, rehabilitación y la separación por niveles de acuerdo a la maduración del Sistema Nervioso Central y división de grupos con sus objetivos generales y particulares.

Finalmente en el Capítulo 5 se propone el Taller de Intervención Temprana, sugiriendo 15 actividades con objetivos específicos, para cada nivel y grupo, de acuerdo a su objetivo general y particulares.

CAPÍTULO 1

PSICOLOGÍA Y SALUD

En las áreas de Psicología y Salud, es muy importante tener en claro el concepto de Salud y Enfermedad. A lo largo del tiempo esta conceptualización ha ido evolucionando, desde el concepto de locura a enfermedad mental. Inevitablemente, al hablar de estos temas se recae en otros dos: Normalidad y Anormalidad. No es suficiente un promedio estadístico para decir que un enfermo es el que sale de la norma; es suficiente si observamos al individuo a lo largo de su vida; (Sigerist, En Canguilhem, 1980); estar sano no es sólo ser normal en una situación dada, sino también ser normativo en esa situación y en otras situaciones eventuales. Aún la enfermedad es una norma de vida, pero es una norma inferior, porque no tolera ninguna desviación de las condiciones en las que vale, puesto que es incapaz de transformarse. Lo característico de la salud es la posibilidad de tolerar infracciones a la norma habitual e instituir normas nuevas en situaciones nuevas. La salud es un margen de tolerancia con respecto a las inclemencias del medio ambiente, mientras que la enfermedad es la reducción del margen de tolerancia con respecto a dichas inclemencias. La salud es para el hombre un sentimiento de aseguramiento con respecto a la vida que no se asigna por sí mismo ningún límite, es una manera de abordar la existencia sintiéndose no sólo poseedor o portador, sino también, si es necesario, creador de valor, instaurador de normas vitales (Canguilhem, 1980). La salud es la flexibilidad a los cambios del medio, no sólo adaptándonos, sino instaurando una nueva normatividad hacia adentro y hacia fuera.

Dentro del área de la salud existen diferentes disciplinas que la explican. Una de ellas es la Psicología, por lo tanto en este capítulo se explicará la relación que existe entre la Psicología y la Salud, explicando las funciones del psicólogo en esta área.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.1 Proceso de Salud-Enfermedad

Para entender el proceso de Salud-Enfermedad es conveniente esclarecer dichos términos, tradicionalmente se ha definido a la salud como "ausencia de enfermedad" probablemente porque se entiende mejor la "enfermedad" que la salud. La enfermedad está asociada a sensaciones como el malestar, el dolor, la fiebre, la incomodidad, la hemorragia, etc... que son claramente perceptibles e influyen de manera directa en la capacidad funcional de una persona. Por otro lado la salud como tal no se "percibe", razón por lo cual este concepto es relacionado con aspectos primordialmente biológicos, vinculado directamente con la enfermedad, entendida como alteración fisiológica que se manifiesta en normalidad o anormalidad (Rodríguez y García, 1996).

Por lo tanto, el concepto de salud cambió añadiendo un marco de referencia biológico, psicológico y social. La organización mundial de la salud (OMS) en 1948 definió la salud como: El estado de absoluto bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud es el estado de bienestar que posibilita un desarrollo normal de las capacidades y adaptación del individuo al medio ambiente, tomando en cuenta por primera vez dos componentes relevantes del ser humano, el psicológico y el social, dando como resultado el concepto que actualmente se reconoce como "salud integral" (Op. cit.).

Actualmente se han hecho muchas críticas a la definición dada por la OMS siendo las principales objeciones (Godoy, 1993, En Simón, 1999).

- a) La definición es subjetiva ya que un individuo puede expresar un alto grado de bienestar y estar objetivamente enfermo.
- b) La definición no toma en cuenta la importancia que tiene el medio biofísico, socioeconómico y cultural, en la salud humana.

- c) La definición considera a la salud como un estado de bienestar más que el proceso o resultado de un proceso.
- d) La definición es vaga e inoperativizable.

De acuerdo a estas críticas las ciencias biomédicas y psicosociales realizaron esfuerzos por conseguir un nuevo concepto de salud que sea fácilmente operativizable y medible. Piña en 1991 señala que si estos esfuerzos parten desde la psicología, un segundo objetivo sería resaltar el papel tan importante que juegan los aspectos psicológicos en la salud y en la enfermedad sin dejar de lado los aspectos biomédicos o socioambientales (Simón, 1999).

Estos esfuerzos resultaron en varias propuestas tomando en consideración dos dimensiones de la salud (a nivel individual como comunitario): balance o nivel de salud y potencial de la salud (Op. cit.).

El balance de salud se refiere al proceso o estado de equilibrio dinámico a nivel individual entre el bienestar físico, psíquico y social y la ausencia de enfermedades, trastornos, síntomas o necesidades físicas, psíquicas y sociales. En el ámbito de la comunidad el balance de salud también es dinámico tomando en cuenta las características de una determinada población.

El potencial de salud se refiere a cualquier tipo de interacciones entre el sujeto y el medio para mantener el balance de salud y restablecerlo. En el plano individual el potencial de salud se refiere a la aptitud física, status nutricional, estabilidad emocional, actitudes sobre la salud, y estilos de vida entre otros (Godoy, 1993, en Simón, 1999). En el ámbito de la comunidad el potencial de salud se refiere a las características físicas y biológicas, niveles de empleo, políticas de salud, creencias y prácticas de salud.

De acuerdo con lo expuesto Simón (1999) nos propone la siguiente definición de salud: "Proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones y

competencias individuales (biopsicosociales) y características ambientales (biofísicas, sanitarias, y socioeconómico-culturales) cuyo resultado es un estado caracterizado por el equilibrio y el correspondiente bienestar biopsicosocial, siendo la enfermedad la pérdida, momentánea o duradera, de dicho equilibrio dinámico, acompañada de los siguientes trastornos, síntomas, discapacidades, o necesidades físicas, psíquicas y/o sociales" (p. 43).

Esta definición coloca a la Psicología dentro del campo de la Salud haciendo un reconocimiento formal de ésta como disciplina, aunque la conexión entre Psicología y Salud ha existido durante las primeras etapas de su desarrollo. La Psicología desde sus orígenes se ha vinculado estrechamente con la Salud principalmente la Salud Mental, desarrollando investigaciones y estrategias de actuación apropiadas para abordar alteraciones de la misma, dando paso a la Psicología Clínica y Psicología Comunitaria. La Psicología y la Salud también se relacionan física o biomédicamente ya que la salud está determinada por la frecuente aplicación de procedimientos de terapia-modificación de conducta (relajación, desensibilización, autocontrol, biofeedback, entre otros) en problemas tradicionalmente considerados como biomédicos y por la importancia que tienen los factores comportamentales en la génesis-precipitación, exacerbación, mantenimiento-alivio, o eliminación de la enfermedad física lo que conlleva al desarrollo de dos nuevas disciplinas la Medicina Conductual y la Psicología de la salud (Simón, 1999).

Las actuales relaciones entre la Psicología y Salud, generan un conjunto de disciplinas la Psicología clínica, Psicología Comunitaria, Medicina Conductual y Psicología de la Salud (Op. Cit.).

La Psicología clínica se entiende como el conjunto de posibles actuaciones, comprensión, explicación, diagnóstico, evaluación, prevención, tratamiento y rehabilitación, sobre sujetos que presentan problemas o trastornos psicológicos. Se caracteriza principalmente por el establecimiento de una relación entre el

psicólogo y su paciente en una dimensión de apoyo y ayuda a través de los conocimientos y la actuación psicológica.

La Psicología Comunitaria se refiere a la comprensión, explicación, y solución de problemas desde el punto de vista supraindividual, enfocando su atención preferentemente al cambio y mejora del medio.

La Medicina Conductual se refiere al amplio campo de integración de conocimientos procedentes de muy diferentes disciplinas biomédicas como la anatomía, fisiología, bioquímica, epidemiología, endocrinología, y neurología; y disciplinas psicosociales como psicología del aprendizaje, terapia y modificación de conducta, sociología, y antropología. Relativa a la promoción y mantenimiento de la Salud y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad (Godoy, 1993. En Simón, 1999).

La medicina conductual es un área de integración debido a las contribuciones de las diferentes disciplinas que la nutren. En lo que respecta a la Psicología estas han sido amplias y enriquecedoras las principales son: la metodología de estudio experimental de sujeto único, las técnicas propias de la evaluación conductual, las técnicas de la terapia y modificación de conducta y la evidencia de la relación entre determinadas conductas y morbilidad.

La Psicología de la Salud es el conjunto de contribuciones científicas y profesionales como investigación, evaluación, intervención, formación y gestión de la psicología relativas a la promoción y acrecentamiento de la salud y a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como al análisis y mejora del sistema sanitario y de las políticas de salud, y consistentes en la investigación de la importancia de factores comportamentales y la elaboración y aplicación de programas al control o modificación de los mismos.

La Psicología de la Salud es la encargada de la aplicación de los conocimientos y técnicas de la Psicología para la comprensión de los problemas de Salud, así como de elaborar diseños y propuestas de programas de intervención (Morales, 1985, Rodríguez-Marín, Martínez, y Valcárcel, 1990, Blanco y León, 1990, En Rodríguez y García, 1996). La aplicación de la Psicología de la Salud significa estudiar la conducta de salud-enfermedad con relación a otras personas o con productos de la conducta humana, técnicas diagnósticas y de intervención estresantes y organizaciones de cuidado de salud; promover la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

La psicología de la salud se encarga de analizar los comportamientos de riesgo relacionados con el estado de salud-enfermedad de la persona. Y uno de los retos más importantes de esta disciplina es desarrollar métodos para modificar el estilo de vida de las personas a nivel preventivo con promoción de la salud. Asimismo contribuye al estudio de los factores psicosociales relacionados al padecimiento de la enfermedad en cada una de sus fases: etiología, diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación (Rodríguez y García, 1996).

La Psicología de la salud se interesa por las comunidades en riesgo por lo que se han creado centros de salud multidisciplinarios como el Centro de Recursos de Apoyo para la enseñanza y Aprendizaje en salud (CREAS) con el fin de fomentar conductas de autocuidado para mejorar las condiciones de salud (Rodríguez, y Rojas, 1998).

1.2 Funciones del psicólogo en el área de la salud

El reciente reconocimiento del psicólogo como profesional de la Salud se debe a profundas relaciones entre la Psicología como disciplina y como profesión con la Salud y las alteraciones de la misma, a las que la Psicología ha servido con beneficio, generando modelos conceptuales y estrategias de actuación para la

promoción de la salud, la evaluación, prevención, tratamiento, y rehabilitación de diversos problemas de la salud (Simón, 1999).

Las funciones van encaminadas a solucionar la problemática social y psicológica, para la posible modificación de los estilos de vida que puedan resultar dañinos para la salud (Llor, Abad, García y Nieto, 1995).

Las actividades que el psicólogo realiza dentro de este sector van dirigidos básicamente a: dar consulta emitiendo un diagnóstico en términos clínicos, implementación de talleres para la prevención de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida, dar capacitación al personal de las instituciones de salud así como reclutar y seleccionar al personal más adecuado para la atención (García, 1988); por lo tanto las funciones del psicólogo son: detección de problemas, desarrollo, rehabilitación, funciones de planeación y prevención, y funciones de investigación (Ribes, En:Galindo, 1980).

Detección de problemas: es en términos de carencias o excesos, formas de comportamiento socialmente deseables, así como potencialidades cuyo desarrollo es necesario para satisfacer prioridades individuales o sociales. Dentro de esta función se abarcan las áreas de evaluación y diagnóstico.

Desarrollo: consiste en promover cambios a nivel individual o grupal para facilitar la aparición de comportamientos potenciales para el cumplimiento de objetivos individuales o de grupo. Esta función incluye lo que se denomina como educación y capacitación.

Rehabilitación: se enfoca a remediar aspectos deficitarios en el comportamiento de individuos o de grupos, comprende a su vez actividades de reeducación y prótesis.

Planeación y Prevención: se relaciona con el diseño de ambientes, predicción de problemas a mediano y largo plazo y difusión de actividades profesionales de apoyo entre personal, para profesionales y no profesionales.

Investigación: se enfoca a la evaluación controlada de instrumentos de medida, diseño de tecnología y establecimiento de habilidades interdisciplinarias en el área de la salud y del campo social. El psicólogo es el profesional cuya misión es crear el medio ambiente para que el organismo aprenda los comportamientos apropiados.

Por otra parte, la participación del psicólogo dentro del sistema de salud está en función de las políticas vigentes y el nivel de atención. Estos niveles de atención se han realizado con el fin de racionalizar la atención médica y proporcionar el volumen y calidad de las actividades que exija la problemática de los usuarios. Se ha diseñado la estrategia llamada niveles de complejidad de la atención a la salud (Barquin, 1992).

Como vemos a lo largo de este capítulo, se muestra un recorrido por la evolución del concepto de salud, en donde solamente podía ser definida, a partir de la ausencia de enfermedad, hasta llegar a un concepto que incluiría los aspectos psicológicos, ambientales y sociales, al biológico y sus interrelaciones.

Podríamos ubicar la presente propuesta de Intervención Temprana en varias de las disciplinas mencionadas, pero la disciplina primordial, es la referente a la Psicología de la Salud, enfocándose en la prevención y rehabilitación, puesto que el taller prestará atención a niños con alto riesgo biológico y ambiental, que puedan o no presentar un retardo en su desarrollo. El presente taller será moderado por un psicólogo quien desempeñará las siguientes funciones: detección de problemas, desarrollo, rehabilitación, funciones de planeación y prevención, es decir, actuará en todas las áreas menos en la investigación.

Por lo que ahora nos centraremos en la fundamentación de esta propuesta de Intervención Temprana, que aborda las áreas de prevención y rehabilitación del retardo en el desarrollo, temas de nuestro interés para el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2

ESTIMULACIÓN TEMPRANA

En este capítulo se explicará el concepto de Estimulación Temprana. Se mencionará una breve historia del surgimiento de ésta y las diferentes aportaciones teóricas referentes a este rubro, con la finalidad de brindar un panorama general del desarrollo del niño.

2.1 Definiciones

La *Estimulación Temprana* "es el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que éste necesita desde su nacimiento para desarrollar al máximo su potencial psicológico, a través de la presencia de personas y objetos en cantidad y oportunidades adecuadas en el contexto de situaciones de variada complejidad, que generan en el niño cierto grado de interés y actividad, condición necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo" (Montenegro, 1978. p.21).

Naranjo (1981) define la estimulación temprana como toda actividad que oportuna y acertadamente enriquece al niño, en su desarrollo psíquico y físico. La actividad puede involucrar objetos, pero siempre exige la relación entre el niño y el padre, en una forma de comunicación que puede ser de gestos, murmullos, actitudes, palabras y todo tipo de expresión. La estimulación temprana busca alcanzar el máximo desarrollo integral, es decir, que el niño logre lo mejor de sus capacidades mentales, emocionales, sociales y físicas.

Por otro lado, Cabrera y Sánchez (1987) la definen como un tratamiento realizado durante los primeros años de vida del niño, que consiste en estimular adecuadamente al organismo para lograr la potencialización máxima de las capacidades físicas e intelectuales, e interrumpir o corregir los efectos que impiden el desarrollo. Dicha estimulación debe llevarse a cabo de manera regulada y continua en todas las áreas del desarrollo, sin forzar el curso lógico de la maduración del sistema nervioso central.

La *Intervención Temprana* es la atención que se da al niño en las primeras etapas de su vida con el fin de potenciar y desarrollar al máximo sus posibilidades físicas, intelectuales y afectivas, mediante programas sistemáticos y secuenciales que abarcan todas las áreas del desarrollo humano sin forzar el curso lógico de la maduración. Es un conjunto de actuaciones dirigidas para que los niños que presenten trastornos psicomotrices de cualquier etiología o riesgo, reciban de manera efectiva y continua todo aquello que pueda facilitar la capacidad de desarrollo que cada niño tiene (Jordi, 1989).

Es importante aclarar que este taller actúa sobre ambas áreas prevención y rehabilitación: Prevención cuando el niño no presenta retardo en el desarrollo pero tiene factores de riesgo biológico y/o ambientales. Rehabilitación cuando el niño presenta retardo en el desarrollo.

Por lo tanto, nosotros concordamos con Dunst en 1985 (En: Candel, 1997) quien define la Intervención Temprana como un término general que se ha usado para describir programas para niños que presentan algún problema en su desarrollo y hace referencia a tratamientos educativos o terapéuticos diseñados para prevenir o para mejorar posibles alteraciones o una deficiencia ya existente en el niño.

2.2 Antecedentes

La estimulación temprana tiene sus orígenes en el tratamiento de niños con riesgo ambiental y biológico. Posteriormente se ha utilizado en la prevención del retardo en el desarrollo. Actualmente se ha difundido su aplicación a la crianza y educación de los niños.

A continuación mencionaremos investigaciones en orden cronológico.

Freeman en 1928, encontró que existía una mayor correlación entre el nivel socioeconómico de los hogares sustitutos y la inteligencia de los niños, que entre la inteligencia de los hermanos entre sí, al estudiar parejas de hermanos criados en diferentes hogares adoptivos. Tales diferencias se relacionaban con la estimulación ambiental (Freeman, 1979).

Bühler (1943) demostró en los años 30 y 40 que los responsables del retardo en el desarrollo son los factores psicológicos en relación con las condiciones ambientales.

Newman en 1937, encontró diferencias en el coeficiente intelectual de gemelos idénticos que fueron criados en ambientes distintos, y atribuyó estas diferencias a la estimulación ambiental recibida (Newman y Newman, 1979).

Skeels y Iowa Welfare Research Station in U.S.A. en 1939 demostraron que los niños retardados mentales, al ser transferidos de los orfanatos a ambientes donde se les proporcionaba afecto y variedad de estímulos, mejoraban su nivel intelectual (Bricker, 1991).

Goldfard en 1943 demostró que los niños que permanecen durante su primera infancia en hospitales u orfanatos, se ven afectados en inteligencia y personalidad.

Por otro lado, Spitz en 1945, corroboró la importancia del vínculo madre-hijo durante el primer año de vida (Spitz, 1996).

Ainsworth en 1953 menciona que para los niños el estímulo sensible más importante es el que recibe de los periodos de intercambio con su madre. Es así como la causa fundamental de privación sensorial en los primeros meses es la interacción insuficiente con una figura materna (Eyer, 1995).

Howell en 1955, demostró que aún los niños que viven con su madre biológica, pueden carecer de estimulación (Leonor, 1994).

Rheingold en 1956, estudió los efectos de dar estimulación social y personal a un grupo de niños institucionalizados de 6 meses de edad y observó avances en el comportamiento postural y motriz, así como una mayor capacidad de respuesta social (Díaz y Zambrano, 1991).

Harlow en 1959, realizó estudios con monos comprobando que la ausencia de estímulos y contacto con la madre pueden producir alteraciones en la adultez, tales como autoagresión, agresión, modificación de conducta sexual, maternal y social (Cejas, Díaz y Hernández, 1994).

En la década de los sesenta se impulsaron dos vertientes: la primera fue crear programas para minimizar el efecto de la pobreza en niños de edad temprana. La segunda fue una nueva forma de estudiar a los niños de corta edad; ambas encontraron que los niños en sus primeros años de vida tienen mayor capacidad para aprender. Y se observó que podían realizar tareas complejas de memoria y discriminación (Bricker, 1991).

Hunt en 1961, menciona la importancia de la plasticidad del desarrollo intelectual del niño así como la influencia que ejerce el ambiente en él (Op. cit.).

Fantz, Ordy, y Udelf en 1962, considera que los niños son influenciados por la estimulación ambiental, ya que desde que nacen son capaces de distinguir estímulos visuales y de presentar preferencia por alguno.

Bateson en 1964, menciona que la estimulación temprana aplicada en los primeros años puede tener un efecto positivo en el desarrollo perceptivo del niño (Díaz y Zambrano, 1991).

Bloom en 1964, afirma que el medio ambiente es determinante en el desarrollo de la inteligencia durante las primeras etapas del niño (Eyer, 1995).

En 1965 en Estados Unidos, se crea un programa llamado Head Start con el objetivo de contrarrestar los efectos de la privación sufrida por los niños de bajos recursos económicos (Caldwell y Stedman, 1989).

Korner y Grobstein en 1966, demostraron conductas de alerta y exploración visual al levantar en posición vertical a un niño llorando.

Levine en 1969, menciona que el ambiente temprano tiene efectos intensos en el desempeño del organismo. Además considera que los eventos ocurridos en los periodos sensibles del organismo tendrán consecuencias biológicas importantes (Díaz y Zambrano, 1991).

Ambrose, Prechtl, Bruner y Ainsworth en 1969 opinan que cuando el recién nacido logra la adaptación posnatal su comportamiento es susceptible a las variaciones de los estímulos sensoriales del ambiente. Los cambios en el comportamiento del bebé son el indicio de empezar el proceso de aprendizaje elemental (Op. cit.).

En 1970-1973 Blank y Siegel, propusieron llevar a cabo programas de Estimulación Temprana tomando en cuenta las siguientes premisas: (Evans, 1999)

- 1) La estimulación sensorial de calidad puede atenuar las carencias del ambiente en el que se desarrolla en niño.
- 2) Una intervención adecuada dará mejores resultados cuanto más pronto se realice
- 3) Las funciones psicológicas están influidas por las experiencias tempranas
- 4) El crecimiento y desarrollo del niño puede ser modificado en gran medida

En 1972 en Estados Unidos, se crea un proyecto llamado Cincinnati de Cuidado Materno e Infantil enfocado a la prevención, incluyendo elementos de Estimulación Temprana y un modelo de adiestramiento para las madres (Leonor, 1994).

En 1972 Leifer descubrió, que las madres de niños de periodo completo que habían permanecido más tiempo con sus hijos en el hospital sonreían más a sus niño y los mantenían cerca durante más tiempo que las madres de niños prematuros, aunque algunas de estas los hubieran tocado por los huecos de la incubadora (Papalia, Wendkos y Duskin, 2001).

Bronfenbrenner en 1975 concluyó a partir de sus investigaciones que al intervenir en el primer año de vida y fomentar la interacción padres e hijos, el desarrollo del niño se verá beneficiado a largo plazo (Bronfenbrenner, 1987).

De las investigaciones que prueban los efectos de la estimulación temprana, Bronfenbrenner en 1976 concluye (Op. cit.):

1. Los niños muestran ventajas en inteligencia y cognición.
2. Entre el primero y quinto año de edad se obtienen los mayores resultados cognitivos. Siendo el primero y el segundo los más importantes.
3. La presencia de los padres durante la aplicación del programa evita una declinación de sus efectos positivos una vez que terminan.

4. La capacidad del niño para aprovechar los beneficios del programa estará determinada por los factores ambientales.

Tjossem en 1976 puntualiza la Estimulación Temprana como medida de prevención del retardo mental y trastornos del desarrollo.

Dennis en 1976, hizo una comparación de los niños que fueron ubicados en hogares adoptivos y niños que permanecieron en una institución social libanesa antes de los dos años de edad, encontrando que los niños adoptados durante sus dos primeros años superaron su retraso inicial, a diferencia de los niños adoptados después de los dos años que no superaron su retraso preadoptivo, surgiendo así dos conclusiones importantes: 1) el crecimiento y desarrollo del niño de corta edad depende de su primer ambiente y la disposición de los sucesos ocurridos durante sus años de formación, 2) los repertorios de los primeros años pueden cambiar, a partir de las condiciones del ambiente eliminando deficiencias (Bricker, 1991).

Barnard en 1976, encontró que la madre o tutores son las principales personas que le proporcionan e interpretan la información a los niños. Y propuso la creación de programas que estimularan y mejoraran la relación entre los padres y el infante. (Op. cit.).

En 1974 y 1976 se creó un Programa Piloto de Estimulación Precoz en Chile en el que se coordinaron actividades de estimulación, unidades didácticas dirigidas a las madres y normas de crianza que incrementaron el desarrollo del niño con bajos recursos económicos (Leonor, 1994).

Lamb en 1977, menciona que a los 6 meses de vida un bebé, se encuentra unido a sus padres de igual manera, aunque las relaciones entre uno y otro representen para él diferentes tipos de experiencia.

Bralic, Haeussler, Lira, Montenegro en 1978 realizaron investigaciones en las que se demostró que los niños que nacen en un ambiente poco estimulante, presentan retardo en el desarrollo evidente en el segundo año de vida, por lo que es importante su prevención desde el nacimiento.

Cravioto y Arrieta (1982) de 1973 a 1982, inician en áreas rurales de México la aplicación de técnicas de estimulación temprana en grupos de niños severamente desnutridos. El programa proporcionaba a los niños estimulación cognoscitiva, de lenguaje y emocional, observándose resultados favorables tanto en el crecimiento físico como en el desarrollo mental.

Rheingold y Eckerman (1970), y Gardner y Karmel (1983) señalan que el desarrollo de los niños que viven en ambiente poco estimulante tendrá efectos catastróficos. La carencia afectiva repercutirá en la salud física y mental del niño.

Belsky en 1980 trabajó con madres que debían centrar la atención de sus hijos en los objetos y eventos de su medio y encontró que los niños tenían una mayor atención (Fish, Stifter y Belsky, 1993).

Leib, Benfield y Guiduvaldi en 1980, hicieron un estudio con 28 niños prematuros, separándolos en dos grupos (experimental y control) con 14 niños cada uno, el grupo experimental recibió una variedad de experiencias estimulantes mientras estaban todavía en la incubadora, recibieron un objeto de vivos colores que colgaba en un móvil, además de 5 minutos de caricias mientras se alimentaban, más adelante una enfermera los alimentaba en brazos mientras los mecía hablándoles o cantándoles. Encontrando una diferencia significativa respecto al grupo control, al aplicarles la prueba de las Escalas de Bayley para el Desarrollo Infantil a los seis meses de edad (Papalia, Wendkos y Duskin, 2001).

Naranjo en 1981 menciona que los niños que carecen de estímulos sensoriales y afecto, pueden presentar retraso en su desarrollo, déficits en su

conducta y capacidad de aprendizaje. Además, los niños estimulados desde su nacimiento han logrado un mejor desarrollo orgánico y funcional de su sistema nervioso, de sus órganos de contacto y de intercambio con su medio ambiente, así como un equilibrio en su crecimiento intelectual, físico y emocional.

Montenegro en 1978, menciona que el retardo sociocultural surge por la falta de ciertos estímulos sensoriales que son indispensables para que se desarrolle una serie de funciones intelectuales.

Ramey, Yeates y Short en 1984, mencionan que la atención temprana de las distintas capacidades del niño se convierte en un elemento esencial para el desenvolvimiento de sus capacidades físicas, intelectuales y de personalidad (Bricker, 1991).

Bowlby en 1985, estudió niños en sus dos primeros años de vida, demostrando que la falta del establecimiento de un vínculo con su madre o madre sustituta, produce una serie de trastornos mentales, dependiendo del grado de privación materna, concluyendo que los niños deben desarrollarse dentro de un ambiente emocionalmente cálido.

Rubio-Larrosa en 1985, comprobó los efectos de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotor con niños institucionalizados desde el nacimiento hasta los 15 meses

Cabrera y Sánchez en 1987, señalan que la experiencia y el ejercicio son de vital importancia para el desarrollo del niño desde los primeros días de vida, así como si se estimula adecuadamente al organismo durante el crecimiento, su desarrollo mental y social será óptimo.

Brazelton y Cramer en 1989, observaron que los niños que no eran retroalimentados por sus madres presentaban angustia y desamparo.

Así mismo Bricker (1991), menciona que la intervención en los niños con riesgo ha cambiado desde centrar su estudio solamente en el infante, el infante y su entorno, hasta crear programas diseñados para mejorar el crecimiento del niño y la adaptación de la familia tomando en cuenta factores médicos y ambientales. Además argumenta que las experiencias tempranas del niño son esenciales para el desarrollo, y propone cuatro argumentos para la creación de programas de estimulación temprana:

1) El mejoramiento al máximo del desarrollo final del niño: la interacción entre el ambiente y las respuestas de los primeros años producen conductas cada vez más complejas, por ende, sin las conductas simples, el niño no tendrá elementos para construir un entendimiento más complejo.

2) La prevención del desarrollo de incapacidades secundarias: si los padres son debidamente informados en la adquisición de estrategias efectivas para afrontar padecimientos primarios, podrán atenuar o inhibir la aparición de impedimentos secundarios en sus hijos.

3) La impartición de apoyo/instrucción a las familias: en tres áreas, a) ayudar a los padres a adaptarse y manejar a su niño; b) los padres deben tener la capacidad de atención y educación que les permita educar y enseñar a sus niños; y c) apoyar y orientar a los padres en servicios sociales, asistencia médica adecuada y/o cuidado del niño.

4) La relación positiva costo-eficiencia: este punto se basa en el hecho de que el costo de la educación especial es mayor al de la educación normal, por lo que la prevención resulta menos costosa a diferencia de la intervención.

En este apartado podemos ver que el desarrollo del niño ha sido abordado desde distintas perspectivas como la médica, social y psicológica, cada una por separado, es decir tomando en cuenta únicamente lo biológico, lo ambiental o lo psicológico. Al pasar del tiempo estas perspectivas se han ido integrando

conforme la evolución de las concepciones sobre desarrollo e individuo en las que actualmente se considera al ser humano como una unidad biopsicosocial.

Existen algunas teorías, como las que mencionaremos a continuación, que explican el desarrollo infantil y serán la fundamentación de la propuesta de este Taller de Intervención Temprana.

2.3 Aportaciones teóricas

Existen diferentes aproximaciones teóricas que explican el desarrollo infantil, y conforman la base de la Estimulación Temprana. Entre las principales teorías se encuentran la Neurología evolutiva, la Psicología de la conducta y la Psicología del desarrollo (Cabrera y Sánchez, 1987).

2.3.1 Neurología evolutiva

Es una de las disciplinas que constituye un fundamento básico de la Estimulación Temprana, ya que estudia la evolución del sistema nervioso del niño desde el nacimiento hasta los 2 años aproximadamente.

Para saber si un bebé se desarrolla neurológicamente de manera normal, debe realizarse un examen cuidadoso del estado físico del neonato tomando en cuenta el tono muscular y los reflejos (Fiorentino, 1987).

El tono muscular es el responsable de todas las acciones corporales, además es el factor que permite el equilibrio necesario para adoptar diferentes posturas. Es un estado de tensión permanente de los músculos, cuyo origen es esencialmente reflejo; se manifiesta a través de los músculos y es una acción dirigida por el sistema nervioso (Matas, Mulvey, Paone, Segura de Frías y Tapia, 1988).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Su clasificación se divide en tono normal, hipotonía e hipertonia (Op. cit.).

1. Tono normal: es el ajuste rápido provocado por el cambio de postura.
2. Hipotonía: Los niños con tono hipotónico manifiestan falta de resistencia e hiperextensibilidad articular, así como flacidez.
3. Hipertonía: Existe un retraso en el reajuste muscular, es decir, rigidez ante los cambios de postura.

Los reflejos son otros de los factores esenciales para el estudio del bebé. Según Coriat (1974, En Jordi, 1989) "los reflejos son reacciones automáticas desencadenadas por estímulos que impresionan diversos receptores. Tienden a favorecer la adecuación del individuo al ambiente, acompañándolo durante la primera edad y algunos durante toda la vida"(p.37).

Su presencia es el signo de integridad del Sistema Nervioso Central en las primeras semanas; estos se integran progresivamente, lo cual indica una evolución normal. Su manifestación está ligada con el tono.

Existen dos tipos de reflejos:

1. **Primarios:** son los que están presentes desde el nacimiento, algunos de los cuales son reflejo ocular, cervical, tónico asimétrico, prensión, succión, apoyo y marcha.
2. **Secundarios:** son aquéllos que aparecen en el segundo semestre de vida del bebé, tales como reflejo de Landau, paracaídas, apoyo lateral y posterior.

Es importante aclarar que los reflejos primarios no desaparecen al presentarse los reflejos secundarios, sino que se incorporan a estos.

El Sistema Nervioso comienza a funcionar desde el periodo embrionario, etapa en la que la multiplicación y diferenciación celular constituyen su principal

característica, mientras el crecimiento es más evidente durante la vida fetal tardía y posnatal. En el ser humano la formación de nuevas neuronas por mitosis se suspende durante el último periodo de vida prenatal (Noback, Strominger y Demarest, 1993)

El crecimiento del Sistema Nervioso continúa durante los tres primeros años, debido al incremento de tamaño de los cuerpos celulares y de las ramificaciones de las neuronas, de la mielinización de sus vías y de la multiplicación de las células gliales o neuroglías (Op. cit.).

El Sistema Nervioso se compone por unidades celulares especializadas llamadas neuronas que se dividen en clase uno y clase dos: las células de clase uno se caracterizan por ser voluminosas; se forman al inicio del desarrollo y constituyen las principales conexiones dentro del cerebro. Las células de clase dos son más pequeñas y llevan a cabo conexiones dentro de estructuras determinadas del encéfalo; estas células son más susceptibles a los efectos del ambiente y son más plásticas (Brawn y Wallace, 1987, En Díaz, 1992).

Las neuronas poseen prolongaciones que les permiten formar vías de conducción de los impulsos nerviosos hacia el cuerpo celular que contiene el núcleo celular; tales prolongaciones son de dos tipos: 1) fibras cortas denominadas dendritas: son prolongaciones protoplasmáticas de la neurona y su función es recibir la actividad de otras células y llevarla al cuerpo celular, 2) fibra larga llamada axón: tiene pocas ramificaciones a través de las cuales se conducen los impulsos nerviosos que se alejan del cuerpo celular hacia otras neuronas glándulas o células (Noback, Strominger y Demarest, 1993).

Los axones poseen una vaina mielinizada que les rodea cuyo material es adiposo interrumpido a intervalos llamados nódulos de Ranvier, que favorece la transmisión eléctrica. La mayor parte de la actividad que produce energía ocurre

en el soma. Si una neurona tiene un axón muy largo deberá elaborar una cantidad mayor de energía para abastecer al axón (Op. cit.).

Los axones del Sistema Nervioso Periférico poseen una capa protoplasmática donde se origina la mielina. La sustancia blanca del Sistema Nervioso contiene fibras miélicas y amielínicas; la sustancia gris tiene cuerpos celulares fibras amielínicas y muy pocas fibras miélicas. En las raíces posteriores los nervios periféricos y los nervios raquídeos contienen ambos tipos de fibras, en las raíces anteriores continúan únicamente fibras miélicas. Las terminaciones de los axones forman sinapsis con otras células nerviosas o con terminaciones motoras en el tejido nervioso (Gardner, 1970, En Díaz, 1992).

El Sistema Nervioso Central está formado por un armazón integrado por células neuróglícas y a diferencia de la etapa prenatal, no pueden formarse nuevas células nerviosas durante la edad adulta. Si se destruyen los axones, las células originales sufren cromatólisis que es la desaparición gradual de la sustancia de Nissl. El cuerpo celular, el núcleo y el nucleolo aumentan de volumen y el nucleolo se desplaza hacia la periferia de la célula. Si ocurre una lesión axónica fuera del Sistema Nervioso Central es posible que se lleve a cabo la regeneración, sobre todo por la presencia de células de neurilema que forman cordones o tubos, a lo largo de los cuales crecen las fibras de regeneración y en donde es posible la plasticidad cerebral que se refiere al establecimiento de nuevas interconexiones en un sistema nervioso inmaduro durante la etapa prenatal y los primeros años de vida (Segovia y Guillamon, 1988, En Díaz, 1992).

Por lo tanto la plasticidad cerebral es: la propiedad que poseen las células nerviosas de reorganizar sus conexiones sinápticas y modificar los mecanismos bioquímicos y fisiológicos implicados en su comunicación con otras células, como respuesta a la pérdida parcial de sus neuritas, a la presencia mantenida de cambios en sus aferentes neurales y a la actuación local sobre ellos de diferentes agentes humorales (Op. cit.).

Moore (1982) dice que la rehabilitación es una forma de enseñar al Sistema Nervioso cómo desempeñarse de manera ligeramente diferente o nueva para que pueda enfrentar o reaccionar mejor ante su ambiente. Cuando nacemos poseemos nuestro bagaje completo de neuronas, pero esto no implica que el sistema nervioso esté maduro en el momento del nacimiento, sólo significa que no obtendremos neuronas adicionales ni podrán ser remplazadas las que se encuentren lesionadas. No obstante, se tiene conocimiento de que el Sistema Nervioso madura lentamente en un período de 25 a 35 años, lo que implica que el Sistema Nervioso cambia conforme al crecimiento, desarrollo y aprendizaje.

Este cambio puede reflejarse en 1) el crecimiento dendrítico, 2) incremento en la mielinización de las prolongaciones neuronales, 3) en o dentro de y entre las sinapsis, 4) crecimiento colateral de los axones, 5) desarrollo de las nuevas placas terminales, 6) crecimiento de nuevas células receptoras para remplazar a las viejas o lesionadas en algunos sistemas del cuerpo y 7) uso de circuitos neuronales diferentes o de los menos usados.

Estos factores son evidencia de un Sistema Nervioso plástico que nunca cesa de cambiar o madurar hasta la tercera o cuarta década de la vida.

Si el Sistema Nervioso fuera una estructura rígida, inflexible y estática al nacer no habría aprendizaje. En rehabilitación los pacientes aprenden a compensar las limitaciones de su Sistema Nervioso y encuentran nuevas formas que les permiten desenvolverse en su ambiente. Si el Sistema Nervioso no fuera maleable la rehabilitación no tendría sentido (Op. cit.).

Existe una correlación directa entre un sistema nervioso plástico y 1) ambiente, 2) crecimiento y desarrollo, 3) aprendizaje. El organismo no podrá madurar sin alguno de estos componentes. Sin estímulos no puede desarrollarse normalmente ni ser capaz de aprender (Op. cit.).

Como podemos ver la plasticidad cerebral es la capacidad del Sistema Nervioso Central para establecer nuevas conexiones neuronales, desde el nacimiento hasta la tercera o cuarta década de la vida, sin embargo esta capacidad es de un 90% durante los primeros años de vida reduciéndose al 2% después de estos. Lo cual se conforma como la base en la Estimulación Temprana ya que permite al individuo encontrar nuevas formas para sustituir sus limitaciones en los primeros años de vida (Op. cit.).

Las aportaciones de esta teoría dentro del desarrollo infantil fundamentan la capacidad del individuo para rehabilitarse cuando presente alguna alteración en su desarrollo, esta capacidad de crear nuevas conexiones permitirá al niño, sobre todo en los primeros años de edad, adquirir nuevas habilidades que le permitirán interactuar eficazmente con su medio.

2.3.2 Psicología de la conducta

El conductismo se enfoca al estudio de comportamientos y sucesos observables. Reconoce que la biología establece límites, pero considera que el ambiente tiene más influencia para dirigir el comportamiento. Sostiene que el aprendizaje es lo que cambia el comportamiento y hace avanzar el desarrollo. Es así como se centra en dos clases de aprendizaje: el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante (Papalia, Wendkos, y Duskin, 2001).

Condicionamiento clásico: aprendizaje en el que un estímulo antes neutral (estímulo condicionado) adquiere la capacidad de suscitar una respuesta (respuesta condicionada) por asociación con un estímulo incondicionado que por lo común, produce una respuesta particular (respuesta incondicionada), es decir, una persona aprende una respuesta ante un estímulo que originalmente no la produciría, después que este estímulo se asocia repetidas veces con un que produciría la respuesta.

Condicionamiento operante: aprendizaje en el que una respuesta continúa porque se refuerza.

Skinner en 1904-1990 formuló los principios básicos del condicionamiento operante. Un organismo tenderá a repetir una respuesta que se ha reforzado y suprimirá una respuesta que se ha castigado (Skinner,1987).

El refuerzo es el proceso en el que un estímulo (consecuencia) que sigue a una respuesta (conducta) aumenta la probabilidad de que la respuesta (conducta) se repita en el futuro.

El castigo es el proceso en el que el estímulo (consecuencia) que sigue a una respuesta (conducta) disminuye la probabilidad de que la respuesta (conducta) se repita en el futuro.

Así como reforzamos conductas y moldeamos la aparición de otras, también extinguimos conductas no deseadas cuyas consecuencias son aversivas o dañinas para otros sujetos o para el individuo mismo.

La extinción consiste en suspender cualquier reforzador, es decir, las consecuencias que siguen a determinada conducta para disminuir gradualmente la frecuencia de las respuestas, con el fin de su cese definitivo.

Por lo tanto, la psicología de la conducta es la fundamentación teórica que comprende las técnicas y base científica que se emplean en la estimulación temprana. Se desarrolla a partir de la observación de tres cambios fundamentales; el cambio en el medio en forma de objeto o acontecimiento que influyen al organismo llamado estímulo, el cambio en el organismo que se traduce en alguna forma de comportamiento observable llamado respuesta o conducta y el nuevo cambio en el medio en forma de objeto o acontecimiento efecto de dicha conducta llamado consecuencia (Ribes, 1984).

Los fundamentos principales del aprendizaje se sustentan en el condicionamiento operante. El aprendizaje se entiende como una serie de modificaciones de cambios de comportamiento de un organismo que se dan como resultado de la experiencia o de la práctica adquiriendo conocimientos o habilidades (Op. cit.).

En el condicionamiento operante no se crea ninguna respuesta sino que se fortalece una ya existente. En los niños con retardo en el desarrollo, algunas veces la respuesta que se quiere fortalecer no existe y para lograr su ejecución se emplean diferentes métodos como el moldeamiento por aproximaciones sucesivas. Dicho moldeamiento consiste en definir con precisión la conducta deseada, después se elige una conducta más amplia que incluirá la deseada o la que se asemeje a ella y se le reforzará hasta que se presente con frecuencia, posteriormente se restringirá la amplitud de esta conducta hasta hacerla más parecida a la deseada mediante un reforzamiento diferencial. Dicho procedimiento junto con la imitación tendrá un efecto más eficaz en los niños con algún retraso madurativo (Op. cit.).

El conductismo ha sido muy útil para diseñar programas y terapias orientadas a lograr cambios en la conducta.

En el caso de este taller el estímulo se encuentra presente en la actividad que provocará una respuesta que será la conducta requerida para la realización de la actividad y que será seguida por una consecuencia que será un reforzador en este caso el aplauso y aprobación de la madre y moderador.

Como podemos ver a lo largo de este apartado la psicología de la conducta desestima la importancia biológica, motivo por el cual se han explicado las bases del desarrollo biológico en el apartado anterior (Neurología Evolutiva). Aplica las mismas leyes básicas del aprendizaje para explicar tanto el comportamiento del niño como el del adulto, es decir su teoría no se interesa en las diferencias de las

diversas etapas del desarrollo, por lo que el siguiente apartado nos proporcionará el complemento necesario para entender el desarrollo del niño en sus diferentes etapas fundamentado en las teorías más representativas para nosotras en función de la propuesta del taller de Intervención Temprana.

2.3.3 Psicología del desarrollo

Para exponer el presente apartado comenzaremos con una breve explicación del desarrollo. El desarrollo es un área muy amplia que abarca desde el nacimiento hasta la muerte. Sería muy ambicioso de nuestra parte el mostrarle al lector todas las teorías que explican el desarrollo, ya que no es nuestro fin explicarlas todas, ni mucho menos abarcar todas las etapas de la vida. Es de nuestro interés plantear el desarrollo de los 0 a los 2 años, ya que es el criterio de edad para ingresar al taller propuesto entre otros criterios. Así como plantear solo las teorías en las que fundamentamos la propuesta del taller de Intervención Temprana.

Podemos describir el proceso general del desarrollo mediante algunos principios básicos (Bigge y Hunt, 1994):

- 1) Principio de la dirección del desarrollo: El crecimiento de la estructura física y del funcionamiento tiende a realizarse cefalocaudal (de la cabeza a los pies) y proximodistalmente (del centro a la periferia).
- 2) Principio de continuidad: El crecimiento corporal procede en forma continua, no es reversible y es incesante hasta que el organismo haya llegado a su madurez total, no siempre procede al mismo ritmo ya que puede tener periodos de aparente apresuramiento y lentitud.
- 3) Principio de la secuencia del desarrollo: Los pasos del desarrollo físico siguen uno al otro en forma más o menos uniforme y predecible. No todos los niños operan mediante el mismo horario cronológico, pero la secuencia de las modificaciones tiende a ser predecible.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 4) Principio de madurez o aptitud: Las habilidades que va adquiriendo un niño requieren cierto nivel de desarrollo esquelético-muscular-neurológico. Cuando se ha llegado a este nivel de desarrollo se dice que el niño está biológicamente listo para ejecutar cierta tarea, aunque quizá no la realice.
- 5) Principio de patrones individuales de crecimiento: aunque la dirección y la secuencia del desarrollo en sentido fisiológico son más o menos las mismas para todos los niños, cada uno individualmente tiene grandes diferencias con respecto a sus horarios en el tiempo.

A continuación mencionaremos algunas definiciones del desarrollo:

El desarrollo, afirmaba Leibniz (1646-1716) era el desenvolvimiento de un organismo ya formado (Fitzgerald, 1981).

Wolff en 1758, definió el desarrollo como un proceso de formación consecutiva, que se origina en un material inorganizado y prosigue hasta la diferenciación de las partes (Op. cit.).

Las definiciones antes mencionadas están basadas en suposiciones nacidas de las ciencias biológicas, al contrario de las definiciones basadas en la psicología, que son las siguientes:

La psicobiología, consideró a los organismos como seres biológicos y psicológicos, definiendo el desarrollo como un proceso en el que las capacidades conductuales del organismo, y este a su vez, se relaciona de manera más compleja con su medio.

Stanley (1844-1924), psicólogo genético, sostuvo que el desarrollo del individuo repite las diversas fases que se verifican en la evolución de la especie (Op. cit.).

Gesell en 1947, define el desarrollo como un proceso continuo que se inicia con la fertilización y va evolucionando a través de etapas escalonadas, cada una de las cuales supone un grado de organización y madurez más complejo (Gesell, 1994).

Hinojosa y Galindo en 1988, definen el desarrollo psicológico como una serie de cambios progresivos, que va sufriendo la conducta durante los cuales el individuo adquiere o sufre la aparición de nuevas formas de conducta cada vez más complejas cualitativa y cuantitativamente, y que se producen en función de factores orgánicos, ambientales y psicológicos.

Bee en 1989, menciona que el desarrollo comprende cambios progresivos en las interacciones entre el individuo y el medio, se da a través de la acción de condiciones biológicas, sociales y físicas que están dentro de los límites normales.

Bricker en 1991, menciona que el desarrollo es una pirámide invertida, en la que las bases adquiridas por el niño se diferencian gradualmente en respuestas cada vez más numerosas y de nivel más alto.

Craig en el 2001, define el desarrollo como los cambios en la estructura, pensamiento o conducta a lo largo del tiempo como resultado de influencias biológicas y ambientales. Se trata de cambios progresivos y acumulativos de los que resultan una organización y funciones crecientes.

En cada etapa, el resultado de desarrollo depende de las experiencias del niño con el medio y su herencia. El primer factor (genético) constituye en cada individuo el potencial de crecimiento con el que nace y los procesos a los que da lugar constituyen la maduración.

La sucesión de fases madurativas tienen lugar principalmente en el Sistema Nervioso Central y en las vías sensoriales y motoras. Si los sistemas sensorial y

neuromuscular no están preparados para la aparición de una conducta, no se presentará a pesar de estimular. Las distintas capacidades se manifiestan unas a otras de modo irreversible, es decir podrá fluctuar el momento en que aparecen pero no su orden. Así, para alcanzar una determinada fase del desarrollo, se necesita el paso por las fases precedentes. Es así como el desarrollo está ligado a los procesos del Sistema Nervioso y Neuromuscular, sobre todo en las funciones psicomotoras.

El estudio del desarrollo infantil tiene aplicaciones prácticas e inmediatas, su objetivo no solo es describir y explicar la manera como se desarrollan los niños sino también predecir o modificar su progreso cuando sea necesario (Papalia, Wendkos y Duskin, 2001).

Las definiciones del desarrollo han cambiado a lo largo del tiempo, partiendo de la consideración del desarrollo del individuo meramente biológico, hasta incluir factores psicológicos y del ambiente, y la importancia de los factores sociales tomando como núcleo a la familia y la escuela. Finalmente, llegando a la conclusión de que el desarrollo es integral, ya que considera al individuo como un ser biopsicosocial.

Ahora bien la Psicología del desarrollo estudia el origen y evolución de la conducta a través de las diferentes etapas por las que pasa el organismo humano desde el momento de la concepción hasta la muerte.

Dentro de la Psicología del desarrollo destacan autores que han hecho contribuciones importantes como: Piaget y Gesell.

2.3.3.1 Piaget

La teoría de Piaget conocida como la teoría cognoscitiva, que a diferencia de la teoría de la conducta considera a las personas como elementos activos y no reactivos, enfatizando el cambio cualitativo (modificaciones en la manera como piensan personas de diferentes edades) antes que el cuantitativo. Se interesa en la manera como los cambios en el comportamiento se reflejan en cambios en el pensamiento.

Piaget, en 1986 menciona que "el desarrollo psíquico que se inicia con el nacimiento y finaliza con la edad adulta es comparable al crecimiento orgánico... que consiste esencialmente en una marcha hacia el equilibrio,... es en un sentido, un progresivo equilibrarse, un paso perpetuo de un estado menos equilibrado a un estado superior de equilibrio" (p. 11).

Así mismo considera el desarrollo evolutivo del niño a través del surgimiento de formas de pensamiento progresivamente lógicas, es decir, el desarrollo de formas de pensar que ayudan al niño a adaptarse a las exigencias de su medio ambiente (Op. cit.).

Piaget junto con Inhelder en 1980, propone que la adaptación es el esfuerzo cognoscitivo del organismo que tiene como fin encontrar un equilibrio entre él y su medio ambiente. Para dicho esfuerzo son necesarios dos procesos que están relacionados entre sí: asimilación y acomodación. La asimilación implica que la persona adapte el ambiente a sí mismo y representa el uso del medio exterior por el individuo según éste lo concibe. Las experiencias son adquiridas en función de la preservación y consolidación de su propia experiencia subjetiva, es decir, el individuo experimenta un hecho una vez que lo integra. La acomodación es el proceso inverso a la asimilación y representa la influencia del ambiente real. Es así como adaptarse es entender e incorporarse a las experiencias ambientales como son en realidad (Piaget, e Inhelder, 1984).

Dicha interacción está determinada por los esquemas que tiene el niño en su repertorio (estructura) y junto con el medio ambiente modifica dichos esquemas para transformar y aumentar la estructura, para demostrar la existencia de la estructura y de la producción del funcionamiento, se manifiesta en el comportamiento del niño llamado contenido. Los factores principales que explican el desarrollo son: maduración, experiencia, transmisión social y el equilibrio o autorregulación.

El desarrollo consiste en una serie de etapas por las que todo niño pasa. Cada etapa es cualitativamente diferente a la siguiente, caracterizada por percepciones del mundo y adaptaciones a él. Distintas cada una de ellas, su adaptación es el resultado del aprendizaje que tuvo lugar en la etapa anterior y a su vez una preparación para la siguiente. Piaget llama a estas etapas periodos y estadios, clasificando en 4 periodos: 1) Periodo Sensoriomotriz; 2) Periodo Preoperatorio; 3) Periodo de las operaciones concretas y 4) Periodo de las operaciones formales (Piaget, 1986).

A continuación describiremos brevemente cada uno de estos periodos con sus respectivos estadios, ya que consideramos que esta teoría es de vital importancia para el entendimiento del desarrollo del niño, a pesar que el interés de la presente propuesta de Intervención Temprana se centre en el primer periodo sensoriomotriz de 0 a 2 años.

1) Periodo Sensoriomotriz. Este periodo abarca desde el nacimiento a los dos años. El niño comprende su mundo por medio de las actividades que realiza en el ambiente y mediante su percepción sensorial y directa del mismo, por lo que su inteligencia es sensoriomotriz. Aun no ha comenzado a separar las propiedades de los objetos ni a razonar acerca de ellos mediante la memoria o cuando no están presentes físicamente. Sólo al final del segundo año los objetos poseen una permanencia e identidad independientes de su percepción de los mismos.

Este periodo está dividido en seis estadios: 1) Estadio de los reflejos; 2) Estadio de las reacciones circulares primarias, 3) Estadio de las reacciones circulares secundarias; 4) Coordinación de esquemas; 5) Estadio de las reacciones circulares terciarias e 6) Invención de nuevos medios.

1) Estadio de los reflejos de 0 a 1 mes. Se caracteriza por la ejercitación de los reflejos innatos como succionar o presión palmar.

2) Estadio de las reacciones circulares primarias de 1 a 4 meses. Los movimientos reflejos se convierten en movimientos voluntarios debido a la maduración neurológica. El desarrollo de la actividad refleja, permite al niño a través de la repetición, la generalización y el reconocimiento, crear algunos esquemas reflejos y los primeros hábitos.

3) Estadio de las reacciones circulares secundarias de 4 a 10 meses. El niño se esfuerza por lograr que los hechos duren; es decir, crear un estado de permanencia. En este estadio los esquemas se coordinan de manera más compleja, permitiendo la utilización de éstos para la repetición de sucesos, a partir de la actividad del niño. Esta repetición señala un principio de intencionalidad de las acciones del niño representando el inicio del acto inteligente. Se inicia la objetividad del yo, que le permite al niño diferenciar de sí mismo al medio y los objetos que lo integran.

4) Coordinación de esquemas de 10 a 12 meses. Existe un aumento en la experimentación facilitando la movilidad del niño. Tiene experiencias con objetos, prueba nuevas maneras para manejarlos, comienza a diferenciar más entre los fines y los medios, se establece la permanencia de objetos, el aprendizaje se basa en el ensayo y error, combina acciones para obtener las cosas que desea y emplea estrategias familiares. El niño anticipa la gente y los objetos, busca el objeto desaparecido de su vista, elimina los obstáculos que se interponen para alcanzarlo, iniciándose una inteligencia práctica y sistemática, la cual consiste en visualizar metas o fines deseados en los que aplica los esquemas existentes como medio para lograr los fines.

5) Estadio de las reacciones circulares terciarias de 12 a 18 meses. La experimentación activa constituye una gran parte de las actividades cotidianas. El

conocimiento de las relaciones entre los objetos proporciona los primeros indicios de la memoria y la retención. El niño va estructurando el medio exterior en objetos permanentes y relaciones espaciales y temporalmente coherentes.

6) Invención de nuevos medios de 18 a 24 meses. El niño es capaz de encontrar medios nuevos debido a combinaciones interiorizadas que desembocan en una comprensión repentina, adquiere clara conciencia de los objetos como centros independientes y autónomos. La representación interna es evidente, ya que el niño emplea imágenes, palabras o acciones para referirse a los objetos y puede realizar manipulaciones primitivas e internas de tales representaciones.

2) Período preoperacional: abarca de los 2 a los 7 años de edad. En este periodo el niño descubre que algunas cosas pueden ocupar el lugar de otra; el pensamiento infantil se interioriza, es decir, ya no está sujeto a acciones externas. Al principio de este período, emergen formas de representación internas como la imitación, el juego simbólico, la imagen mental y un rápido desarrollo del lenguaje hablado. También presenta las siguientes limitaciones: a) incapacidad de invertir mentalmente una acción física para regresar un objeto a su estado original (reversibilidad); b) incapacidad de retener mentalmente cambios en dos dimensiones al mismo tiempo (centración); e c) incapacidad para tomar en cuenta diferentes puntos de vista (egocentrismo).

Este periodo se divide en dos estadios: a) preconceptual y b) pensamiento intuitivo.

a) Preconceptual: (2-4 años) El conocimiento que el niño tiene del mundo es únicamente lo que percibe de él y de sus experiencias anteriores. Comienzan acciones interiorizadas, acompañadas de representaciones, apareciendo la función simbólica. Se inicia una fase de egocentrismo en la que el niño cree que todos piensan como él, de tal manera que no expresa sus sentimientos y pensamientos, lo cual se ve reflejado en el juego simbólico. El pensamiento del

niño se da en términos de relaciones causa y efecto, y el concepto de espacio se da únicamente de acuerdo a lo que ve.

b) Pensamiento intuitivo: (4-7 años) En un principio su pensamiento y razonamiento, todavía están ligados a las acciones; se amplía el interés social en el mundo que le rodea, hay una verbalización de sus procesos mentales, manifiestan los primeros indicios reales de cognición. Es incapaz de relacionar las partes con un todo, es decir, su nivel de pensamiento se enfoca a una idea a la vez. Su mundo psicológico y físico están entrelazados, por lo que le proporciona vida a los objetos (animismo).

3) Periodo Operaciones Concretas: abarca de los 7 a los 11 años de edad. El pensamiento de los niños, durante este periodo, se caracteriza por ser de una forma más lógica, aunque su conocimiento es todavía en el mundo de lo concreto (Ingalls, 1982). Las operaciones consisten en transformaciones reversibles, que se refiere a inversiones y reciprocidad. "Las operaciones de que se trata en este género de problemas pueden llamarse concretas en el sentido de que afectan directamente a los objetos y aún no a hipótesis enunciadas verbalmente" Los niños son capaces de realizar procesos de seriación, clasificación, concepto de espacio, de número, tiempo y velocidad (Piaget e Inhelder, 1984, p. 103).

4) Periodo Operaciones Formales: concerniente a la edad de 11 a 15 años, etapa en la cual el niño se desprende de lo concreto y sitúa lo real en el conjunto de transformaciones posibles. Es la edad de los grandes ideales, las grandes teorías, sobre las adaptaciones del presente a lo real. El niño es capaz de sacar consecuencias de verdades o situaciones posibles, lo que da pie al principio del pensamiento hipotético deductivo o formal. Es capaz de realizar combinaciones entre sí de objetos, factores, ideas, así como razonar sobre la realidad. Comienza a comprender la conservación de volumen.

Cabe mencionar que Piaget, no llevó a cabo investigaciones con niños retrasados, sin embargo, su colaboradora Inhelder, realizó una investigación sobre la aplicación de aspectos de la teoría Piagetana con niños retrasados en diversos conceptos como la conservación de cantidad, peso y volumen, encontrando que los niños retrasados presentan las mismas etapas y en el mismo orden que los niños "normales", sólo que su desarrollo es más lento y aun cuando muestran un nivel de pensamiento mayor, manifiestan modos menos maduros de funcionamiento (Ingalls, 1982).

A partir de lo expuesto podemos destacar que el interés de Piaget se centra en la premisa de cómo es que conoce y se adapta el niño a su medio, describiendo la forma en la que el niño conoce, a partir del progreso lógico de su pensamiento, lo que le ayuda a adaptarse a las exigencias del ambiente en el que está inmerso.

Considera que el desarrollo mental es una extensión del desarrollo biológico y ambos son gobernados por los mismos principios y leyes. De igual forma, considera que el crecimiento mental es cualitativo y que existen diferencias significativas de pensamiento entre los niños mayores y menores. Así mismo, da la pauta para la formación de nuevas estructuras mentales y el surgimiento de nuevas capacidades mentales.

No se interesa en los niños sino en la aplicación del estudio del niño para responder a preguntas sobre la naturaleza y origen del conocimiento. Supone que los factores ambientales y genéticos interactúan en forma dinámica y funcional respecto al control regulatorio sobre la actividad mental.

2.3.3.2 Gesell

Gesell y Amatruda (1994) consideran que la raíz del comportamiento radica en el cerebro y en los sistemas sensorial y motor. La sincronización, uniformidad, e integración en una determinada edad predicen la conducta en otra posterior. Un bebé se desarrollará sanamente mientras su corteza cerebral esté intacta, siempre y cuando factores orgánicos, psicológicos o sociales no intervengan en su desarrollo neurológico. El comportamiento o la conducta son términos para definir cualquier reacción que el niño realice ya sean reflejas, espontáneas, voluntarias, o aprendidas.

Según Gesell, el desarrollo es un proceso de moldeamiento continuo que comienza desde la concepción y a través de la sucesión ordenada de etapas, representando cada una de ellas un nivel o grado de madurez. Este desarrollo de la conducta une el constante intercalamiento de patrones que conducirán al crecimiento mental, el cual es un proceso que determina la organización del individuo, conduciéndolo a un estado de madurez psicológica (Op. cit.).

Los modos de comportamiento no son arbitrarios ni accidentales. Los modos de conducta se adaptan de la misma manera que las estructuras básicas, es decir, conforme el niño crece cambia su sentido de personalidad, y apreciación de su propia situación.

El crecimiento se convierte en un concepto clave para la interpretación de las diferencias individuales. El Sistema Nervioso se modifica bajo la acción del crecimiento, por lo tanto la conducta se diferencia y cambia, dando pie a leyes de continuidad y maduración que explican las tendencias básicas del desarrollo infantil.

Para estudiar el desarrollo del niño Gesell y Amatruda (1994) toman en cuenta los aspectos del crecimiento y la madurez psicológica; proponen que es

necesario señalar pasos y etapas, a través de las cuales el niño experimenta transformaciones evolutivas. La primera etapa consiste en caracterizar los niveles ascendentes de madurez en función de los modos típicos de conducta. Tales caracterizaciones proporcionan una serie de cuadros madurativos que indican la dirección y tendencias del crecimiento psicológico, a fin de que las líneas de crecimiento resulten más evidentes. Las dividen en 5 áreas:

1) Conducta adaptativa: se trata de la organización de los estímulos, la percepción de relaciones y la descomposición del todo en sus partes, así como su reintegración. Se incluyen aquí la coordinación de movimientos oculares y manuales para alcanzar y manipular objetos, la capacidad de realizar nuevas adaptaciones ante la presencia de problemas, y la habilidad para utilizar el aparato motor para la solución de problemas prácticos. La adaptabilidad incluye la inteligencia y diversas formas de constructividad y utilización.

2) Conducta motriz gruesa: se refiere a la coordinación motora gruesa que comprende las reacciones posturales como el equilibrio de la cabeza, sentarse, gatear, pararse y caminar.

3) Conducta motriz fina: consiste en el uso de manos y dedos para la aproximación, prensión y manipulación de un objeto.

4) Conducta del lenguaje: abarca todas las conductas de comunicación visible y audible, ya sean gestos, movimientos posturales, vocalizaciones, palabras, frases u oraciones, así como la imitación y comprensión de la comunicación de otras personas hacia el niño.

5) Conducta personal social: comprende las reacciones personales del niño ante la cultura en la que se desarrolla, su adaptación a la vida doméstica a la propiedad, a los grupos sociales, y a las convenciones de la comunidad.

Estas cinco áreas del comportamiento forman la base del repertorio conductual.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estos autores establecen niveles cronológicos sucesivos por los cuales atraviesa el niño. Estos niveles son: 4, 16, 28, y 40 semanas, 12, 18, 24 y 36 meses.

El ambiente influye sobre la conducta pero no la determina. El niño manifiesta su herencia mediante los procesos de maduración y mediante los procesos de aculturación, los cuales interactúan.

Gesell y Amatruda (1994) abordan el desarrollo describiendo una serie de actividades que logra un niño para cada edad cronológica. De esta manera trata de explicar el desarrollo en función de la maduración, y las conductas esperadas son:

- 1) Cuatro semanas: mira a su alrededor y presenta un seguimiento ocular limitado, mira los rostros de quienes lo observan, emite pequeños ruidos guturales, escucha sonidos, y mantiene las manos cerradas.
- 2) Dieciséis semanas: presenta un correcto seguimiento visual, mantiene la cabeza firme, murmura, ríe, juega con manos, juega con ropa, y se sienta con apoyo.
- 3) Veintiocho semanas: comienza a sentarse sólo por unos segundos, y posteriormente se sienta apoyándose sobre las manos; tolera su peso apoyado en pies, emite sílabas simples, juega con sus pies, da palmadas a su imagen reflejada en el espejo, agarra, manipula, y puede pasar un objeto de una mano a otra.
- 4) Cuarenta semanas: se sienta solo, gatea, se para apoyándose de los muebles, imita sonidos, come una galleta, manipula objetos y los suelta intencionalmente y toma objetos pequeños con pinza inferior.
- 5) Doce meses: se para, camina con ayuda, se traslada, dice 2 o más palabras, coopera para vestirse, juega con pelota, puede tomar un objeto pequeño con pinza mayor, e intenta construir torres de dos cubos.

6) Dieciocho meses: camina sin caerse, pasa de la posición parado a sentado, garabatea espontáneamente, puede pasar de dos a tres páginas a la vez, reconoce ilustraciones, puede comer usando la cuchara derramando un poco, e intenta construir torres de tres cubos.

7) Veinticuatro meses: corre bien, patea la pelota, inicia el control de esfínteres, construye torres de 6 cubos, imita una línea circular, pasa las páginas una por una, comprende órdenes sencillas, juega con muñecos, se levanta los pantalones, se pone los calcetines y sombreros, usa frases de tres palabras.

8) Treinta y seis meses: imita un puente de tres cubos, copia un círculo, se para sobre un pie, salta desde el escalón inferior, usa oraciones, contesta preguntas sencillas, usa bien la cuchara, se pone los zapatos, espera su turno, construye torres de 10 cubos, sostiene el lápiz correctamente.

9) Cuarenta y ocho: imita una puerta con 5 cubos, copia una cruz, salta sobre un pie, salta a distancia, sigue contornos (caminitos), usa conjunciones, comprende preposiciones, se lava y seca la cara, hace mandados, juega en grupo, inicia los conceptos de número y forma.

De acuerdo a estas características observadas en los niños Gesell y Amatruda en 1941 (1994) propusieron un instrumento llamado Evaluación y manejo del desarrollo neuropsicológico normal y anormal del niño pequeño y el preescolar instrumento que a la fecha sigue siendo de gran utilidad en el campo de la Psicología infantil.

Como podemos ver, Gesell se centra en la evolución del desarrollo del niño de manera cronológica tomando en cuenta aspectos del crecimiento y madurez psicológica, así como aspectos de conformación social. A partir de este conocimiento podemos decir que Gesell considera al individuo como una unidad biopsicosocial.

Como podemos ver, la diferencia crucial entre Piaget y Gesell radica en que Piaget centra su estudio en cómo es que aprenden y conocen los niños, y Gesell en el desarrollo de los niños y su evolución.

Se puede vislumbrar a lo largo del este apartado, la evolución del concepto de desarrollo que va desde una concepción disciplinaria a una más integral en la que se toman en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

En donde podemos destacar las diferentes posiciones ante dicho concepto comenzando con la Neurología evolutiva que se situaría en el ámbito médico-biológico tomando como punto central la plasticidad del Sistema Nervioso Central como la base del desarrollo neuronal para el aprendizaje. Siguiendo con la Psicología de la Conducta en donde el desarrollo está centrado en el aprendizaje por medio del Condicionamiento Operante, y terminando con la Psicología del desarrollo con las posiciones de Piaget y Gesell donde el primero toma en cuenta lo psicológico, es decir, la forma en la que el niño conoce a través del pensamiento adaptándose a su medio; y el segundo toma en cuenta la forma en la que el niño se desarrolla a través de la maduración sensorial, psicológica y motora, es decir en una conjunción de lo biológico, psicológico y social. Nosotras retomamos la división de Fiorentino para la organización del programa, las teorías de Piaget y Gesell para la organización de las áreas, y la psicología de la conducta para la estructura de dicho programa.

Habiendo revisado las teorías que retomamos para el presente Taller de Intervención Temprana, expondremos en el siguiente apartado de manera breve algunos de los programas que se han llevado a cabo en esta área, en los que se reflejan las teorías que los fundamentan.

2.4 Programas de Estimulación Temprana

Los programas de Estimulación Temprana nacieron por la preocupación de los niños que crecían en extrema pobreza. A finales del siglo XIX y principios del XX surgieron los primeros programas para estos niños, con la finalidad de darles una oportunidad de prosperar física e intelectualmente. Sus precursores fueron Margaret Mc Millan en Inglaterra, Friedrich Froebel en Alemania, María Montessori en Italia y Robert Owen en Escocia (Bricker, 1991).

A mediados del siglo XIX se introdujeron en Estados Unidos los programas para jardines de niños, estableciéndose en el siglo XX. Tales programas tenían como objetivo apoyar a los niños que se desarrollaban en ambientes marginados y brindaban educación a los padres (Op. cit.).

Durante 1920 existían pocos programas para guarderías, los que se desarrollaron independientemente del movimiento de jardines de niños, que posteriormente se incrementaron (Op. cit.).

Para la Segunda Guerra Mundial se crearon servicios de cuidado de niños en los que se prestaba poca atención a las necesidades educativas de los niños (Op.cit.).

Posterior a la guerra se suspendió el apoyo gubernamental a estos programas, pero aumentó el apoyo de instituciones privadas, por lo que muchos de los programas para niños de edad temprana brindaron atención a niños de altos recursos (Op. cit.).

A continuación presentaremos algunos de los programas aplicados en el hogar o en un centro de las décadas de los 70's y 80's: (Op. cit.).

Richardson en 1972 realizó un estudio, acerca de la efectividad de los programas de intervención temprana, en el que se halló lo siguiente: el ambiente y el patrón de crianza ejercen una influencia significativa en lo que habrá de convertirse para su desarrollo; la raza y el sexo aparentemente no se relacionan con la capacidad del niño para obtener beneficios de los programas; los métodos empleados en la familia en el establecimiento de roles sociales, es muy importante en el desarrollo del niño antes de que este cumpla su segundo año de vida; a falta de apoyo familiar un ambiente externo de apoyo intensivo, puede contribuir al desarrollo del niño; los efectos de un entorno estimulante o de privación parecen ser más efectivos durante los primeros años. El hogar constituye el ambiente principal durante estos años, por lo que, los programas de intervención basados en el hogar o actividades de estimulación de uno a uno, parecen ser los más eficaces durante este periodo; estos programas se fortalecen mediante la participación de los padres; no se han encontrado datos que correlacionen el status socioeconómico y el coeficiente intelectual con la capacidad de aprovechar la intervención; los efectos de los programas duran mientras los niños permanecen en ellos, mucho más tiempo cuando el programa se realiza en el hogar que cuando es un programa escolar; los estudios de seguimiento de estos programas muestran que los beneficios iniciales dejan de ser medibles, atribuyendo esto a que no es posible determinar si se debe a una deficiencia del programa, problemas de medición, medidas inadecuadas de criterio o a los efectos ulteriores, la interferencia de otros ambientes como el hogar y la escuela; la calidad y la motivación del personal son factores primordiales para determinar el grado en que un programa puede repetirse o aplicarse en otros conceptos, es decir, está relacionado directamente con el éxito del programa (Caldwell y Stedman, 1989).

Scarr-Salapatek y Williams en 1973 efectuaron un programa en guardería dirigido a la estimulación táctil, visual y kinestésica dirigido a 30 niños de bajo peso

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

al nacer (1.800kg) y bajo nivel socioeconómico, y los padres aplicaban el programa en el hogar.

Jew en 1974 aplicó un programa interdisciplinario basado en la escuela y el hogar a 36 de niños con una gama de disminuciones, durante 3 años con el objetivo de impulsar las habilidades de motricidad fina, gruesa, desarrollo de lenguaje, y autoayuda, en el que los padres estimulaban a sus hijos trabajando como miembros del personal.

Heder y Garber en 1975 organizaron el Proyecto de Milwauki en el que empezaron a trabajar con bebés expuestos a trastornos mentales dentro de los primeros seis meses de edad, ingresándolos en un centro educativo 7 horas, 5 días de la semana recibiendo entrenamiento de Estimulación Especial con atención individualizada hasta los 15 meses de edad. Se daba una instrucción especial a las madres sobre técnicas de crianza infantil y modos de facilitar el desarrollo mental y físico de sus hijos. Como resultado se obtuvo en los niños un coeficiente intelectual superior al coeficiente intelectual promedio de la comunidad de Milwauki, los niños del programa resultaron superiores a los niños del grupo control por 18 meses en edad de lenguaje y en otras pruebas de funcionamiento mental (Ingalls, 1982).

Bradley y Caldwell en 1976, realizaron un estudio longitudinal enfocado a la relación entre el medio ambiente del hogar y el desempeño en pruebas mentales, dirigido a 49 niños de 3 años con riesgo medio ambiental.

Shearer y Shearer en 1976, crearon el Proyecto Portage proporcionando ayuda a niños preescolares impedidos de una región rural del estado de Wisconsin. La instrucción la llevan a cabo los padres en el hogar y una maestra calificada o paraprofesional visitan cada hogar durante 90 minutos cada semana, prescribiendo programas específicos orientados hacia las necesidades individuales del niño. Asignándole a cada niño por lo menos tres objetivos

conductuales cada semana, se identificaron 580 acciones que se pueden enseñar y se diseñó un programa para enseñar cada una de ellas. El maestro en la visita semanal determina si se han cumplido los objetivos o no, y de acuerdo con los padres establece los siguientes tres objetivos de la siguiente semana. Este Proyecto ha obtenido resultados elevando su coeficiente intelectual 15 puntos en el transcurso de 8 meses.

Brassell y Dunst en 1978 aplicaron un programa multidisciplinario de instrucción realizado en el hogar con experiencias secuenciadas dirigido a favorecer el desarrollo de los conceptos de objeto que se aplicó a niños de 21 meses, desde disminuidos a profundamente retrasados, utilizando escalas ordinales de desarrollo como instrumentos. Los padres realizaban los procedimientos dentro del contexto de juego.

Bromwich y Parmelee en 1979 llevaron a cabo un programa en el hogar dirigido a influir en la conducta de los padres de manera que tuviera un efecto indirecto en el desarrollo del infante, participaron 30 infantes prematuros recién nacidos.

Leib, Benfield y Guidubaldi en 1980, llevaron a cabo un programa de enriquecimiento sensorial dentro de una unidad regional de cuidados neonatales intensivos a 28 infantes prematuros recién nacidos de alto riesgo, en donde los padres veían tocaban alimentaban y cargaban a los infantes.

Hunt en 1980 llevo a cabo un programa en un orfanato dirigido a modificar y medir intervenciones en el niño comparando los grupos de tratamiento con los de control, mediante las 7 escalas ordinales de Piaget a niños desde el nacimiento hasta los 3 años institucionalizados con patología autodetectable.

Weiss en 1981 llevó a cabo un programa basado en el centro, dirigido a niños de 3 a 5 años de edad con trastornos de lenguaje. Enfocado a mejorar el

lenguaje y las habilidades relacionadas. Redefiniéndose el papel del patólogo del lenguaje en la instrucción como un especialista del salón de clase.

Bricker, Bruder, y Bailey en 1982 aplicaron un programa interdisciplinario basado en el centro a niños desde normales a severamente disminuidos. Enfocándose principalmente a las áreas de motricidad fina/gruesa, social, autoayuda, comunicación y preacadémica, en donde los padres participaron voluntariamente en el centro y en el hogar.

Gray, Klaus en 1982, desarrollaron un proyecto de adiestramiento temprano, en el que encontraron pruebas acerca del cambio de los niños de grupos experimentales y de control durante un periodo de 18 años, en dichas pruebas se observó que los programas de intervención temprana no protegen del futuro a los niños en riesgo o disminuidos, mejoran el desarrollo del niño, pero no se mantienen automáticamente, el progreso del niño dependerá de su repertorio actual y de las transacciones que ocurran en ambientes posteriores. La continuidad y discontinuidad del desarrollo, reflejan los cambios del medio.

Ramey, MacPhee y Yeates en 1983 llevó a cabo un programa en el centro dirigido a impulsar el desarrollo del lenguaje y la conducta adaptativo-social, en niños de alto riesgo escolar y psicosocial.

Pothier y Cheek en 1984, realizaron un estudio en el que examinaron las practicas comunes de los programas sensoriomotores con 625 niños que presentaban o no retardo en el desarrollo, en el que se demostró que de los profesionales que se encargan de estos programas predominan los terapeutas ocupacionales en un 33%; siguiendo los terapeutas físicos en un 29%; y en un 23% los maestros; dejando a los psicólogos en un 2%. Los instrumentos de evaluación de estos programas son principalmente: Denver (17%), Learning Accomplishment Profile (12%), Portage (11%) y Gesell (10%). Entre las

principales teorías en las que se basan los programas destaca principalmente la Teoría Piagetana.

En 1988 el Instituto Panañemo de Habilitación Especial propone un Currículum de Estimulación Precoz, en el que se proporciona una serie de actividades que pueden ser ampliadas, mejoradas o modificadas por personal capacitado y tiene como objetivo desarrollar habilidades específicas estimulando el crecimiento integral del niño, se consideran aquellas áreas que promueven el desarrollo temprano del niño, dichas áreas son: socialización, psicomotricidad, hábitos e higiene personal, sensopercepción, habla y apresto. Se presentan en secuencia desde las primeras etapas del recién nacido hasta la etapa escolar, es decir, de 0 a 6 años. Este currículum está integrado de tres partes, en el que la primera, plantea los fundamentos filosóficos, psicológicos y pedagógicos que ayudarán al docente en el análisis e interpretación de este currículum; en la segunda, se presentan los programas cuyos contenidos, situaciones y momentos intentan tener presente los principios de continuidad, gradación y secuencia; y la tercera, refiere los anexos que incluyen modelos de unidades didácticas para el planeamiento semanal, escala de evaluación de la unidad, supervisión al docente, inventario de desarrollo y un manual para el uso del currículum.

Caldwell y Stedman en 1989, proponen realizar una evaluación formativa de los programas de intervención temprana, para valorar continuamente la efectividad de estos y poder efectuar cambios pertinentes durante el proceso de dicho programa, no así con la evaluación sumativa.

Ahora bien en los 90's Kramer, Ashton y Brander en 1992, realizaron un estudio en el que comparó la posición semi-prona y la de sentado en relación con el control de cabeza en los niños con daño cerebral, antes y después de cinco semanas del entrenamiento del control de cabeza, 4 niños fueron asignados a cada uno de los grupos; el 1ro. A una posición semi-prona (45° por encima de la posición horizontal); el 2do. Una posición de sentado en su propia silla. Se efectuó

un programa de retroalimentación donde el entrenador de posición de cabeza, apagaba un video cuando el niño movía la cabeza 25° de la vertical. Los resultados demuestran que no se obtuvieron diferencias entre los grupos, ya que es igualmente efectivo dicho procedimiento para ambos, es decir, el entrenamiento de retroalimentación es tan efectivo tanto en la posición de sentado como en la posición semi-prona.

Nieto en 1994, propone una Guía para estimular los primeros años del desarrollo del niño, dirigido a niños de alto riesgo biológico y ambiental, está organizada en cuatro áreas: psicomotor, social, cognoscitivo y de la vida diaria, y el área afectiva aunque no se mencione explícitamente, su presencia queda implícita en todo el manejo y estimulación del niño. Se divide por edades de 0 a 1 año, de 1 a 2, de 2 a 3, de 3 a 4, de 4 a 5, y de 5 a 6 años. Se fundamenta en la teoría Piagetana.

García en 1996, propone un Manual de Intervención Temprana para que la madre lo aplique a su hijo en el hogar, durante su primer año de vida divididos en trimestres, a lo largo de 48 sesiones, cada sesión cuenta con las áreas de: tacto, movimiento, equilibrio y espacio; vista, oído, olfato, gusto-lenguaje; y cognoscitiva-adaptativa-social.

Herrera y Reyes en 1996, proponen un programa de estimulación temprana para niños prematuros el cual se divide en seis etapas de 0 a 3, 3 a 6, 6 a 9, 9 a 12, 12 a 18, 18 a 24 meses, proponiendo actividades de diferentes áreas como: psicomotricidad gruesa y fina, sensopercepción, cinestésicovestibular, propioceptiva. En nivel etapa se mencionan los objetivos y los criterios para pasar al siguiente nivel

Matas, Mulvey, Paone, Segura de Frías y Tapia en 1997, realizaron una guía de estimulación temprana para niños de 0 a 36 meses de edad, centrandolo el tratamiento en la madre, en quien se deposita la responsabilidad de estimularlo en

el hogar. Practicando una evaluación multidisciplinaria para determinar el nivel de maduración, selección del plan de trabajo y elección del terapeuta según la patología de base. En el que la entrevista la lleva a cabo la psicóloga; la evaluación de motricidad gruesa, la kinesióloga; la motricidad fina, la terapeuta ocupacional; y la autoasistencia, lo social, el conocimiento y el lenguaje la fonoaudióloga, estas evaluaciones se practicaban cada tres meses.

Candel en 1997, dirige un programa de atención temprana para niños con Síndrome de Down y otros problemas de desarrollo, en la Asociación para el Tratamiento de Niños y Jóvenes con Síndrome de Down (ASSIDO). El programa está dirigido al niño, desde el nacimiento hasta los dos años y a sus padres, en el hogar con una o dos sesiones por semana en el centro de tratamiento, con visitas de un profesional al hogar. La evaluación, se realiza mediante las pruebas: Escala de Brazelton 1973, Escala de Uzgiris y Hunt 1975, la Escala de Brunet -Lézine en 1979, la Escala de Bayley 1977 y la Escala adaptativa de Wisconsin de Song en 1980. Así como, pruebas que permiten recolectar información sobre los padres y el funcionamiento familiar, los apoyos que reciben, las oportunidades de estimulación que dan a su hijo, la vida en el hogar, y características físicas de la vivienda, dichas pruebas son el Inventario Hunt para familias de niños pequeños, Caldwell y Bradley, el Índice de bienestar personal de Trivette y Dunst 1986, la Escala de apoyo familiar de Dunst, Jenkins y Trivette de 1984 y la Escala para evaluar las oportunidades de juego padres-niño de Dunst en 1986. El programa se divide en 6 grupos de: 0 a 3, 3 a 6, 6 a 9, 9 a 12, 12 a 18, 18 a 24 meses de edad. Tomando en cuenta las áreas: motora, cognitiva, socio-comunicativa y adquisición de hábitos de autonomía

Finalmente, Damián en el 2000, propone un Manual de Estimulación Temprana para niños con Síndrome de Down de 0 a 5 años de edad, el cual dice poder ser utilizado para niños con retardo en el desarrollo. Lo divide por edad en 5 niveles: de 0 a 6, 6 a 12, de 12 a 24, de 24 a 48, y de 48 a 60 meses. Está dirigido al área de autocuidado, se basa en los principios teóricos del Análisis Conductual

Aplicado. Está dirigido a personas que no tengan experiencia en implementar las actividades, pero también da la oportunidad a personas experimentadas para ser capaces de diseñar y crear otras actividades propicias a las necesidades de los niños que atienden, respetando la secuencia de desarrollo psicológico y considerando las ayudas y apoyos especiales que requieren.

De acuerdo a los intereses y necesidades de cada población se crearon programas de Estimulación Temprana, clasificándose en 1) programas para niños con riesgo establecido, que abarca aquellos casos con problemas de tipo médico u orgánico como alteraciones biológicas congénitas o adquiridas que afectan la estructura y desarrollo del Sistema Nervioso Central, 2) programas para niños con riesgo biológico cuya población presenta problemas diversos acarreados durante los periodos pre peri y posnatal, 3) programas para niños con riesgo ambiental o sociocultural que se dirige a aquellos niños que viven condiciones extremas de pobreza y marginalidad; este riesgo se asocia frecuentemente con el alto riesgo biológico.

Como se ha mencionado anteriormente el presente taller se dirige a niños con riesgo biológico y/o ambiental.

Los programas por su fundamentación pueden ser de efecto directo e indirecto:

1. Efecto directo: en el que las metas y los objetivos del programa están diseñados para modificar la conducta del niño y de su familia. Dentro de sus objetivos principales incluyen, el cambio del niño y el apoyo a la familia.
2. Efecto indirecto: se refiere a los cambios del niño y de los miembros de su familia que mantienen al pequeño en un ambiente educativo. Y a la Disposición que la familia o la comunidad tendrán para mantener al niño en el hogar.

El presente taller tiene un efecto directo ya que las metas y objetivos de sus actividades están encaminados a modificar la conducta del niño lo que le permitirá desarrollar nuevas habilidades, siendo realizadas por la madre dichas actividades.

Los programas según Filler (1983, En Candel, 1997) tienen tres formas de atención:

1. Método de atención basado en el hogar: se instruye al padre o cuidador para adquirir habilidades eficaces de intervención para aplicarlas en casa a su hijo.
2. Método de atención basado en el centro: el niño asiste periódicamente a un medio educativo, para llevar a cabo el programa sistemático del centro. Su objetivo primordial es el niño, sin embargo no se descarta la participación familiar y hasta en ocasiones se proporciona una capacitación a los padres.
3. Método de atención combinado: a) se refiere a la asistencia del niño al centro y la realización de las actividades en casa a la par, y b) la realización de actividades en casa para desarrollar habilidades específicas para posteriormente ingresar al programa en el centro.

La propuesta del taller de Intervención Temprana se basa en el método de atención en el centro.

Actualmente los programas de Estimulación Temprana son realizados por profesionales basándose en fundamentos teóricos que se adecuan a las características de cada niño, por lo que dichos programas son flexibles, individualizados, personales globalizados y dinámicos.

Uno de los problemas de los programas de intervención temprana es no individualizar los programas, es decir, existe homogeneidad del tratamiento, independientemente del sexo, clase social, grupo minoritario, entre otros, por esto nosotros proponemos la selección de una muestra homogénea.

Los programas de estimulación temprana surgieron con fundamento en los descubrimientos y como una acción encaminada a presentar una instrumentalización de actividades frente a la realidad de un niño aislado, desprotegido y formada dentro de la inercia de los hogares, la crisis familiar que se vive, los problemas ecológicos, urbanísticos, habitacionales, educativos y el hecho que los gobiernos carecen de recursos para ofrecer el apoyo necesario a programas dedicados a niños de estas edades (Naranjo, 1981)

A lo largo de este apartado podemos darnos cuenta que los programas de Estimulación Temprana en un principio fueron dirigidos a niños en situaciones de extrema pobreza, con la finalidad de modificar el curso del desarrollo infantil en los primeros años, posteriormente estos programas se extendieron a niños deficientes y con problemas del desarrollo. Finalmente los programas se dirigen a niños que padecen déficits físicos, psíquicos o sensoriales y a niños que por diversas circunstancias presentan problemas madurativos o de adaptación.

Dentro de la Estimulación Temprana se realizan diversas actividades como el reconocimiento, la detección temprana, y el tratamiento. El reconocimiento y detección temprana se logran con el conocimiento de la secuencia del desarrollo, identificando el o los desfazamientos de éste, en conjunto con la evaluación y diagnóstico, con la aplicación adecuada de instrumentos. Motivo por el cual revisaremos en el siguiente capítulo la evaluación, diagnóstico y los instrumentos propuestos para el presente Taller.

CAPÍTULO 3

EVALUACIÓN

En este capítulo se dará una breve explicación de los diferentes tipos y funciones de la evaluación, diagnóstico, así como de los instrumentos propuestos para el Taller de Intervención Temprana, como las entrevistas Médico-psicológica y Socioeconómica de Huitrón y Alvarado (1999), y las pruebas Manual de la Prueba de Escrutinio del Desarrollo de Denver (Frankenburg y Doods, 1967), Valoración Neurológica Neonatal de 0 a 6 meses, y Manual de Valoración Neuroconductual del Desarrollo del lactante de 1 a 24 meses (Benavides, 1986).

3.1 Definiciones

La evaluación es un proceso sistemático, a través del cual se determina el valor y grado de eficacia con el que se ha alcanzado los objetivos y metas de un programa (Galguera, 1984).

Según Pallares (1981), la evaluación se refiere a la medición que permite comparar el resultado obtenido con normas o valores externos.

La evaluación en escenarios educativos es más que la simple aplicación de una prueba; es el proceso de recopilación de información con el propósito de tomar decisiones (Salvia e Ysseldyke, 1997).

Para Benavides (En Salvia e Ysseldyke, 1997) la evaluación es la obtención sistemática y estructurada de datos que permitirá la comparación de un patrón estandarizado con objetivos específicos de tal modo que sus resultados tengan validez para un instrumento en un contexto específico.

La evaluación del desarrollo, según Gesell (1994) es de suma importancia para la protección y atención preventiva de niños, además permite la detección oportuna de algún desfase en el desarrollo.

La evaluación infantil se refiere al proceso que permite obtener el nivel de desarrollo del niño y los principios básicos para estructurar o elaborar un programa de intervención a favor del desarrollo infantil (Pérez, 1989).

3.2 Tipos y Funciones

De acuerdo a la función que desempeña la evaluación y al momento en que se aplica se divide en: a) Evaluación diagnóstica, b) Evaluación formativa y c) Evaluación sumaria o final (Bloom, Hastings, y Madaus, 1977).

a) Evaluación diagnóstica: es aquella que se aplica al inicio de un programa y cuya función es determinar el repertorio de entrada del sujeto. Está íntimamente relacionada con un tratamiento específico, para determinar cuales son los repertorios que posee el sujeto, los que se presentan en exceso o en escasa presencia, los que no posee, los factores ambientales que los controlan, los reforzadores a los que responde y un sin número de otros datos.

Dentro del retardo en el desarrollo existen dos tipos de estrategias de evaluación diagnóstica, 1) diagnóstico general en el que se evalúan las conductas representativas de las áreas del desarrollo como son las habilidades motoras gruesas y finas, las habilidades de comunicación (lenguaje receptivo y expresivo), de razonamiento, de autocuidado y de socialización. En estas áreas el diagnóstico permite llevar a cabo una evaluación de lo simple a lo complejo, para identificar las conductas problema o los déficits de comportamiento, para posteriormente proceder a la especificación de los objetivos deseados y su jerarquía, 2) diagnóstico específico, que se aplica a problemas específicos mediante una observación directa a partir de la aplicación de un diagnóstico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

general en donde se halla considerado conveniente la profundización de un área particular (Galguera, 1984).

Tanto en el diagnóstico general, como en el específico, es necesario recurrir a las observaciones directas, entrevistas con los padres o tutores para recabar información y hacer indagaciones acerca del estado físico, posibilidades económicas, y condiciones de vivienda del niño, así como la aplicación de pruebas específicas según el área a evaluar.

b) Evaluación formativa: es aquella que se lleva a cabo durante el desarrollo de un programa y que tiene como finalidad asegurar la eficacia del mismo. Su función consiste en proporcionar retroalimentación o información acerca de la efectividad de ese programa. Dicha información permitirá tomar decisiones acerca de la posterior conducción del mismo, su modificación o su continuación.

La evaluación formativa es útil para mejorar la instrucción y aprendizaje del niño. Debido a su constante revisión y proporción de información sobre la eficacia del programa ya que nos lleva a la modificación y mejora de este.

También es útil para obtener los tipos de evidencia que resultaran eficaces en el proceso, buscar el método más eficaz para informar acerca de la evidencia, y tratar de encontrar formas de reducir el efecto negativo asociado con la evaluación, tal vez disminuyendo los aspectos de la evaluación relacionados con el juicio personal, o bien logrando que los juicios sean formulados por quienes utilizan la evaluación formativa. Estas personas suelen encontrar formas de relacionar sus resultados con las metas del aprendizaje y de instrucción que consideran importantes y dignas de alcanzarse.

c) Evaluación sumaria o final: se realiza al concluir un programa con el fin de constatar el logro de los objetivos planteados. Se lleva a cabo con fines de certificación, calificación, evaluación del progreso o investigación sobre la eficacia

de un programa, curso de estudios o plan educacional. Quizá la característica esencial de esta evaluación sea la formulación de un juicio sobre el niño, instructor o programa en relación con la eficacia de la instrucción o el aprendizaje una vez que se han llevado a cabo.

Esta evaluación se orienta hacia una estimación más general del grado en que los resultados más amplios han sido alcanzados a lo largo de todo el curso o en una parte considerable de él.

Para llevar a cabo esta evaluación se emplean dos métodos: sondeos y pruebas. Los sondeos consisten en retirar toda la estimulación empleada durante el programa de intervención, observando la conducta; las pruebas son evaluaciones en las que se emplea una nueva forma de presentación de los estímulos, de tal manera que el requisito de la respuesta es diferente.

La presente propuesta hace uso de la evaluación diagnóstica y la evaluación sumaria. La evaluación diagnóstica en este caso se hace con la entrevistas Médico–Psicológica y Socioeconómica de Huitrón y Alvarado (1999) y con la aplicación de las pruebas para la inserción y al inicio del taller que son: El Manual de la Prueba de Escrutinio del Desarrollo de Denver de Frankenburg y Dodds (1967), Manual de Valoración Neuroconductual del Desarrollo del lactante de 1 a 24 meses (Benavides, 1986) y La valoración neurológica neonatal de 0 a 6 meses (Craig, 2001). La evaluación sumaria se realiza con la aplicación de estas mismas pruebas al finalizar el taller.

3.3 Diagnóstico

El diagnóstico es el conjunto de procedimientos evaluativos que proporcionan información acerca del niño y su situación. El diagnóstico es de suma importancia ya que es el punto de partida para iniciar cualquier tipo de intervención.

Se puede hablar de tres tipos de diagnóstico a) Funcional, b) Diferencial y c) Descriptivo.

a) Funcional: este tipo tiene como fundamento el modelo conductual y parte del supuesto que la conducta es función del organismo en interacción con el ambiente, evalúa variables situacionales y organísmicas de las que el comportamiento es función. Galindo y cols. (1980) mencionan las siguientes características: se elabora con base en la observación directa, su resultado es el conjunto de cuantificaciones, y la descripción de las condiciones en las que se observó, y es confiable.

Este tipo emplea procedimientos e instrumentos de evaluación elaborados con referencia a un criterio, que miden el desarrollo de habilidades particulares de un sujeto, en términos de los niveles absolutos de destreza. Y tiene las siguientes ventajas y desventajas, dentro de las primeras, la mayoría de sus instrumentos son prescriptivos, existe una relación directa entre el tratamiento y el diagnóstico, además es relativamente fácil y de rápida aplicación, dentro de las segundas, se corre el riesgo de ignorar la acción de variables internas, la simple comparación con el criterio de referencia no es suficiente para determinar que un porcentaje sea alto o bajo.

b) Diferencial: se basa en el modelo médico tradicional, considera las manifestaciones externas (síntomas o conductas), como resultado de causas internas. Toma como medida de referencia la ejecución promedio de un grupo (norma) y compara la ejecución del sujeto con ella. Los datos obtenidos, determinan si la persona se encuentra por abajo, encima o dentro de la ejecución promedio del grupo. De acuerdo a los resultados la persona es clasificada (etiquetada) tomando en cuenta categorías basadas en criterios determinados. Sus ventajas son que los instrumentos que emplea proporcionan un medio para comparar la ejecución de una persona con la ejecución esperada de otras y que los instrumentos son útiles para identificar tipos particulares de problemas. Las

desventajas son pretender ser explicativo más que prescriptivo dificultando la determinación del tratamiento, el tiempo que se emplea es amplio, sus resultados deben manejarse con el cuidado de no etiquetar para no atemorizar a los padres, dando como resultado que el sujeto sea tratado en función de la etiqueta.

c) Descriptivo: consiste en una descripción de la conducta sin establecer las relaciones funcionales entre variables externas e internas, en este no se pretende una explicación de la conducta simplemente se le describe tal y como sucede.

El empleo de cualquiera de estos tipos de diagnóstico van de la mano del propósito que se pretenda, de los recursos disponibles y del enfoque teórico que se emplee. En varias ocasiones los tres tipos en conjunto serán efectivos y en otras uno sólo será la solución.

De acuerdo con el marco teórico de referencia, en la presente propuesta del Taller de Intervención Temprana se realizará un diagnóstico funcional, al emplear el Manual de Valoración Neuroconductual del Desarrollo del Lactante de 1 a 24 meses; y un diagnóstico diferencial al aplicar el Manual de la Prueba de Escrutinio del Desarrollo de Denver y la Valoración Neurológica Neonatal de 0 a 6 meses.

3.4 Indicadores del desarrollo

Los diversos instrumentos empleados para evaluar como las escalas, cuestionarios, y guías, entre otros utilizan indicadores de medida que pueden ser factores de riesgo o conducta, mediante estos es posible conocer el desarrollo del niño. Estos indicadores pueden ser directos o indirectos. Los indicadores indirectos se refieren a los factores de riesgo, ya sea de la comunidad, de la familia, la madre o el niño. Estos indicadores permiten identificar a los niños que tiene probabilidades de presentar problemas en su desarrollo, sobre todo cuando no se pueden evaluar directamente a los niños en determinada comunidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuando las condiciones de vida son precarias, estos indicadores no son suficientes para identificar grupos de riesgo (Atkin, Superville, Swayer y Catón, 1987).

Los indicadores directos miden aspectos del desarrollo mediante observaciones de la conducta o comportamiento reportados por la madre o comprobados inmediatamente con el niño.

El logro de habilidades del infante sigue una secuencia regular a pesar de que cada niño tiene un propio ritmo de desarrollo. Conocer la regularidad de estos cambios permite delimitar el nivel en que se encuentra el niño.

Es primordial escoger los indicadores del desarrollo, ya sea por su universalidad o relevancia con el fin de diseñar un instrumento apropiado (Atkin, Superville, Swayer y Catón, 1987. En: Díaz, 1992).

3.5 Instrumentos

Existe una gran diversidad de instrumentos para evaluar el desarrollo, no es nuestro fin explicar cada uno de estos, es de nuestro interés explicar únicamente los instrumentos propuestos para el presente Taller de Intervención Temprana.

Los instrumentos se clasifican en tres niveles de detección (Atkin, Superville, Swayer y Catón, 1987):

1. Instrumentos de primer nivel de detección Tamiz o filtro: Su finalidad es diferenciar entre un niño con retardo en el desarrollo o sin el, así como identificar en que área se encuentra el retardo. No describen lo que el niño debe hacer, sólo evalúa si logra o no algunos comportamientos a su tiempo. Este nivel da pauta al siguiente.

2. Segundo nivel descriptivo o diagnóstico: los indicadores describen el progreso del niño de acuerdo a secuencias de desarrollo, permitiendo clasificar a los niños con problemas y el establecimiento de un diagnóstico.

3. Tercer nivel de intervención específica: En este rubro los indicadores informan respecto al nivel en que se encuentra el niño en cada área del desarrollo. Están estructurados de tal manera que es posible diseñar actividades de estimulación requeridas por cada niño y evaluar los avances obtenidos con estos. Utiliza instrumentos prescriptivos y más complejos.

3.5.1 Entrevista

La entrevista forma parte del primer nivel de detección. Es una conversación oral entre dos personas (entrevistado-entrevistador), que pretende obtener información de acuerdo con los objetivos propuestos.

Es un intercambio verbal que nos ayuda a reunir datos durante un encuentro, de carácter privado y cordial, donde una persona responde a preguntas relacionadas con un problema específico, es decir, es una forma oral de comunicación interpersonal, que tiene como finalidad obtener información en relación a un objetivo (Acevedo y Alba, 2000).

3.5.1.1 Etapas de la entrevista

1) Rapport o apertura. Primer contacto que se establece con una persona al inicio del proceso de la entrevista. Consiste en crear una situación de seguridad y confianza con el fin de calmar la ansiedad del entrevistado y así facilitar el proceso de comunicación. Se explica el propósito de la entrevista, el tiempo aproximado o como se empleará la información que se obtenga.

2) Cima. Se obtiene la más amplia y completa información por medio de una adecuada exploración.

3) Cierre. Se hace un breve esquema de las observaciones más relevantes de la entrevista dando información sobre el tiempo para dar resultados y la colaboración en el programa.

3.5.1.2 Tipos de entrevista

1) Entrevista no dirigida o abierta. Se deja la iniciativa al entrevistado permitiendo que vaya narrando sus experiencias, puntos de vista o estados de ánimo. El entrevistador se vale de preguntas abiertas con el fin de que el entrevistado no pase de un tema a otro sin relación alguna.

2) Entrevista dirigida o cerrada. Las preguntas se encuentran previamente formuladas dejando mínima la iniciativa del sujeto.

3) Entrevista semidirigida o mixta. En esta se preparan de antemano preguntas específicas, se guía al entrevistado para que hable libremente procurando encausarlo hacia el tema de interés.

En el presente Taller de Intervención Temprana, se propone el uso de las entrevistas dirigidas o cerradas, ya que nos permiten obtener información específica sobre las condiciones pre, peri y posnatales, y sobre alteraciones en la secuencia del desarrollo del niño (campo de la Psicología del desarrollo y la Neurología Evolutiva), como la entrevista Médico-psicológica de Alvarado y Huitrón (1999); así como el estilo de vida y condiciones ambientales en las que se desarrolla el niño, como la entrevista Socioeconómica de Alvarado y Huitrón (1999).

Para garantizar el éxito de la entrevista se recomienda contar con alguna información del entrevistado, tener claro el objetivo de la entrevista, revisar el formato, contar con ciertas condiciones ambientales como un lugar aislado y tranquilo sin interrupciones, con sillas una frente a la otra evitando tener un escritorio en medio, emplear un lenguaje adecuado sin tecnicismos, tener flexibilidad en cuanto al ritmo de la entrevista, valorar el sentido que le da al

problema evitando emitir juicios de valor, observar el lenguaje no verbal como el tipo de expresiones, posturas, actitudes, gestos o silencios, evitar escribir, si al concluir el entrevistado está ansioso no lo deje ir sin calmar. Si hay alguna duda formular preguntas indirectas o parafrasee y acompañar al entrevistado si llora o está tenso.

A continuación se mencionaran brevemente las entrevistas que se proponen utilizar en el Taller de Intervención Temprana, con la posibilidad de revisar contenido específico en los anexos señalados.

3.5.1.3 Entrevistas (Huitrón, y Alvarado, 1999)

3.5.1.3.1 Entrevista Médico-Psicológica (Ver Anexo 1)

Esta entrevista recaba antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales no patológicos, tomando en cuenta las condiciones pre peri y posnatales del niño y una breve historia del desarrollo del niño.

3.5.1.3.2 Entrevista Socioeconómica (Ver Anexo 2)

El objetivo de esta entrevista es conocer las condiciones socioeconómicas que rodean al niño tomando en cuenta los datos generales de los padres como tipo de familia, ingreso familiar, tipo de vivienda, habitantes en el hogar y accesorios de éste.

Una vez que se han realizado las entrevistas, el siguiente paso es la aplicación de las pruebas de evaluación, las cuales serán: El Manual de la Prueba de Escrutinio del desarrollo de Denver, Valoración Neurológica Neonatal y el Manual de Valoración Neuroconductual del Desarrollo del Lactante de 1 a 24 meses, mismas que serán descritas de manera breve en el siguiente apartado, y podrán ser revisadas en los anexos señalados.

En la presente propuesta y de acuerdo a los niveles de los indicadores del desarrollo, la prueba: Valoración Neurológica Neonatal de 0 a 6 meses y el Manual de Valoración Neuroconductual del Desarrollo del Lactante de 1 a 24 meses, se encuentran en el primer nivel; y el Manual de la Prueba de Escrutinio del Desarrollo de Denver, se encuentra en el tercer nivel.

3.5.2 Pruebas de Evaluación

Una prueba es un conjunto de tareas bajo condiciones estándar que está diseñada para evaluar algún aspecto del conocimiento, habilidades o personalidad de un individuo. Proporciona una escala de medición para diferencias individuales concernientes a algún concepto psicológico y permite alinear a las personas de acuerdo con este concepto. La intención de las pruebas consiste en proporcionar una comparación equitativa entre las personas evaluadas (Sattler, 1996).

3.5.2.1 Manual de la Prueba de escrutinio del desarrollo de Denver (Frankenburg y Dodds, 1967) (Ver Anexo 3).

Es un instrumento de evaluación que pretende identificar a aquellos niños que pueden no estar desarrollándose normalmente observando el desarrollo del niño en diferentes áreas: personal-social, adaptativa motora fina, lenguaje, y motora gruesa desde el nacimiento hasta los seis años, si el niño no pasa alguna prueba específica en una edad en que ordinariamente pasa el 90% de los niños, es considerado como un signo de alarma, es decir, el niño tiene todavía una oportunidad del 10% para presentar la conducta, al cumplirse el 100% será considerado un retraso en el desarrollo.

3.5.2.2 Valoración neurológica neonatal de 0 a 6 meses (Reflejos) (Craig, 2001) (Ver Anexo 4).

Evaluación de los reflejos para establecer el perfil de desarrollo y maduración del individuo, con la especificación de sus acciones, que permite hacer la

detección del Tono, Postura, Movimientos, Conductas, Adquisición de Conductas con Alteración en Calidad y Patrón de las mismas, Alteración de la presentación de los Reflejos, Alteraciones en Estados Funcionales, Trastornos de la Sensopercepción, y Retraso en la aparición de las Reacciones y Conductas del desarrollo.

3.5.2.3 Manual de valoración neuroconductual del desarrollo del lactante de 1 a 24 meses (Tamiz) (Benavides, 1986) (Ver Anexo 5).

Esta prueba surge de la necesidad de contar con un instrumento de detección del daño neurológico durante el desarrollo infantil cuyas características permitan la solución de problemas como: El inadecuado manejo tanto individual como colectivo; y la detección y el diagnóstico tardío. Es una escala de valoración del desarrollo infantil para ser aplicada a niños de 0 a 2 años. Consta de 60 manifestaciones conductuales pertenecientes a diferentes áreas como: alimentación, perceptual auditivo, perceptivo visual, reflejos, manipulación, coordinación ojo-mano, motricidad fina, emocional social, cognitivo, postura antigravitatoria, deambulación, motricidad gruesa, lenguaje expresivo, lenguaje receptivo.

Las pruebas de evaluación propuestas para el presente Taller, se utilizan para detectar desfaseamientos en el desarrollo y emitir un diagnóstico, lo que nos conduce a la intervención como prevención y/o rehabilitación de estos desfaseamientos, en este caso el Taller de Intervención Temprana.

Por lo que, la evaluación es de gran importancia para ubicar en que etapa del desarrollo se encuentra el niño y así detectar las necesidades particulares de cada uno para poder intervenir adecuadamente.

Hasta el momento hemos explicado las bases de la Estimulación Temprana, sus medios de evaluación y diagnóstico, por lo que la conjunción de todos estos

conceptos y su integración se verán reflejados en el siguiente capítulo la estructura del taller.

En este Taller como se ha dicho anteriormente se hace uso de las entrevistas Médico-Psicológica y Socioeconómica de Huitrón y Alvarado (1999), y se evalúa con: El Manual de la Prueba de Escrutinio del Desarrollo de Denver, la Valoración Neurológica Neonatal y el Manual de Valoración Neuroconductual del Desarrollo del Lactante de 1 a 24 meses. Los resultados se integran para emitir un diagnóstico que permitirá insertar al niño a un nivel y grupo de acuerdo al nivel de desarrollo detectado (diagnóstico), para una intervención oportuna y adecuada.

CAPÍTULO 4

ESTRUCTURA DEL TALLER DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

La importancia del Taller de Intervención Temprana radica en su utilidad, al enseñar habilidades, conocimientos, comportamientos básicos y necesarios para la adaptación mediata e inmediata de la vida común, y tal vez después de adquirir estos comportamientos progrese en campos más especializados del aprendizaje y se adquieran comportamientos más complejos que permitan a cada individuo ser independiente y autónomo en la medida de sus posibilidades.

En el presente capítulo se describirá la inserción, intervención y rehabilitación de los niños al taller.

Es importante recordar que el presente taller de Intervención Temprana está fundamentado como se ha mencionado anteriormente, en la Psicología de la conducta, la Psicología del Desarrollo y la Neurología Evolutiva. La división del taller en niveles y grupos, así como las actividades, están fundamentados en los niveles de desarrollo de los reflejos (Fiorentino, 1987), así mismo, las actividades están fundamentadas en la Psicología del Desarrollo principalmente en las teorías de Piaget y Gesell, y en la teoría del aprendizaje, principalmente el Condicionamiento Operante. Es decir, los estímulos que forman parte de las actividades están planeados para poder ocasionar una respuesta de acuerdo al nivel de desarrollo en que se encuentre el niño.

Por ende es necesario aclarar que los objetivos de los grupos también están planeados de acuerdo a la maduración del Sistema Nervioso Central en

conjunto con el Periodo Sensoriomotriz de Piaget con sus estadios y la teoría de Gesell de los 0 a los 2 años.

El Taller consta de 3 niveles Apedal Cuadripedal y Bipedal. El nivel Apedal está formado por dos grupos, el Cuadripedal por el grupo Gatea y el Bipedal por el grupo Camina. Hemos tomado esta clasificación de Fiorentino (1987) para aplicarla a este taller. Todos los grupos constan de 15 sesiones.

4.1 Método

4.1.1 Sujetos:

Niños de 0 a 2 años con riesgo biológico y ambiental que asistirán a una Institución.

4.1.2 Grupos:

Cada grupo estará formado de 8 parejas Mamá-bebé no más. Por el contrario no se podrá brindar la atención adecuada, ni evaluar de manera objetiva.

4.1.3 Moderador:

Este Taller será encabezado por un moderador, el cual dirigirá a cada grupo ejemplificando las actividades con un muñeco, para que las madres las apliquen a sus hijos. Asimismo corregirá a las madres que no hagan adecuadamente la actividad.

El moderador deberá ser un Psicólogo especializado en Estimulación Temprana.

4.1.4 Materiales:

Algunos materiales son rodillos, túnel, sonajas, pelotas, cubos, resaque, texturas, material de construcción (Anexo 7).

4.1.5 Instrumentos:

4.1.5.1 Entrevistas:

- a) Entrevista Médico-Psicológica
- b) Entrevista Socioeconómica

4.1.5.2 Pruebas:

- a) Prueba de Escrutinio del desarrollo de Denver
- b) Valoración Neurológica Neonatal de 0 a 6 meses
- c) Valoración Neuroconductual del Desarrollo del lactante de 1 a 24 meses

4.1.6 Descripción del lugar:

Institución en la cual exista un espacio cerrado de $8 \times 5 \text{m}^2$ aproximadamente, con ventilación e iluminación adecuada, temperatura cálida, piso acolchonado y un espejo de $3 \times 1 \text{m}^2$ aprox., para llevar a cabo el taller.

4.1.7 Horario:

El horario que proponemos es matutino con base en temperaturas más cálidas, al contrario de las bajas temperaturas de la tarde, horario vespertinos. Asimismo los niños están más relajados en la mañana y pueden cooperar más en las actividades, ya que han descansado por la noche y están más tranquilos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los grupos tendrán los siguientes horarios:

HORARIO PARA LOS GRUPOS

NIVEL	GRUPO	HORARIO
APEDAL	PRIMER GRUPO	12:00-13:00 PM
APEDAL	SEGUNDO GRUPO	11:00 AM -12:00 PM
CUADRUPEDAL	GATEA	10:00-11:00 AM
BIPEDAL	CAMINA	9:00-10:00 AM

Tabla 1 Horario para cada grupo perteneciente a un nivel.

Los horarios están designados de manera tal que los niños más pequeños asistan en horas más cálidas y los más grandes más temprano.

4.2 Procedimiento

4.2.1 Inserción

Para que un niño ingrese al taller deberán llevarse a cabo los siguientes puntos:

- 1) Se solicitará el Diagnóstico Médico – Pediátrico.
- 2) Se efectuará el Diagnóstico Psicológico de acuerdo a los resultados obtenidos de la aplicación de las Pruebas propuestas.

Es importante aclarar que el criterio de inserción a este taller es el resultado de la evaluación que tiene que ver con el nivel maduracional en el que se encuentra el niño, no así con la edad.

Recordando que el límite de edad para que ingrese el niño es de 2 años.

La Inserción no se efectuará cuando el niño presente trastornos genéticos, es decir alto riesgo establecido (Síndrome de Down, Retraso Mental, Ceguera,

Hipoacusia, Parálisis Cerebral, Hidrocefalia, Microcefalia), o problemas de conducta, de aprendizaje, y de lenguaje.

4.2.2 Intervención

Se efectuará la intervención de acuerdo a los resultados de la evaluación; ubicándolos en el nivel que les corresponda, de acuerdo al desarrollo del S.N.C.

Los grupos de acuerdo a los niveles serán los siguientes:

a) Nivel Apedal.

Primer Grupo:

Objetivo: Que el niño logre controlar su cuello

Segundo Grupo:

Objetivo: Que el niño logre controlar su tronco, en posición de sentado.

b) Nivel Cuadripedal:

Grupo Gatea:

Objetivo: Que el niño logre apoyarse en sus cuatro extremidades, desplazándose con la coordinación adecuada de estos cuatro miembros.

c) Nivel Bipedal:

Grupo Camina:

Objetivo: Que el niño logre el equilibrio en sus dos extremidades inferiores y coordine estas para caminar.

En cada uno de los niveles y sus grupos se trabajarán las áreas de lenguaje, socialización, atención-concentración, motricidad fina y gruesa y sensorpercepción; en coordinación con el objetivo de cada grupo.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

OBJETIVOS GENERALES DE LOS GRUPOS

NIVELES	GRUPOS	OBJETIVOS GENERALES
Apedal	Primer grupo	Que el niño logre controlar su cuello
	Segundo grupo	Que el niño logre controlar su tronco
Cuadrupedal	Gatea	Que el niño logre apoyarse en sus extremidades desplazándose con la coordinación adecuada de estos cuatro miembros.
Bipedal	Camina	Que el niño logre el equilibrio en sus dos extremidades inferiores y coordine estas para caminar.

Tabla 2 Objetivo general de cada grupo perteneciente a un nivel.

4.2.3 Evaluación

En primer lugar se aplicarán a la madre las siguientes entrevistas:

1. Entrevistas de Huitrón y Alvarado (1999)
 - A) Entrevista Médico-Psicológica
 - B) Entrevista Socioeconómica.

En segundo lugar se aplicarán a los niños las siguientes pruebas:

0. Manual de la Prueba de escrutinio de desarrollo de Denver (Frankenburg y Dodds, 1967).
0. Valoración Neurológica Neonatal de 0 a 6 meses (Reflejos) (Craig, 2001).
0. Manual de valoración neuroconductual del desarrollo del lactante de 1 a 24 meses (Tamiz) (Benavides, 1986).

La aplicación de las pruebas se hará en un inicio para determinar la inserción del niño al taller, es decir, se ubicará al niño en el nivel y grupo correspondiente de acuerdo a los resultados obtenidos en las pruebas.

Posteriormente las pruebas se volverán a aplicar, cuando terminen las 15 sesiones del grupo correspondiente al nivel.

4.2.4 Criterio de canalización

Los niños serán canalizados cuando superen la edad establecida (2 años), ya sea a la Institución correspondiente de acuerdo a su diagnóstico o en caso de que no cuenten con un diagnóstico se les canalizará a la Institución dedicada a hacerlo.

4.2.5 Criterios para pasar de nivel

- a) Los niños que hayan alcanzado el objetivo general y los objetivos específicos de su grupo al terminar las 15 sesiones, y su edad no corresponda a su nivel de desarrollo, pasarán al siguiente nivel.
- b) Los niños que no hayan alcanzado el objetivo general y los objetivos específicos de su grupo al terminar las 15 sesiones, repetirán el nivel hasta cubrir los objetivos.
- c) Los niños que hayan alcanzado los objetivos del grupo del último nivel y no hayan alcanzado el nivel de desarrollo de acuerdo a su edad, repetirán ese último nivel.

4.2.6 Criterio de terminación del taller

Los niños que hayan cubierto los objetivos de su grupo y su edad corresponda a su nivel de desarrollo, terminarán con éxito el taller.

A continuación se darán a conocer las características y los objetivos específicos por área de cada grupo.

4.2.7 Niveles y Grupos

Todos los niveles y grupos constan de una rutina preparatoria en la que su función principal es relajar y preparar al niño para las actividades de la sesión del día, es de vital importancia esta rutina ya que no se puede empezar de golpe las actividades con el niño debido a que si el niño no se encuentra en un estado óptimo de relajación y disposición no podrá realizar las actividades o las realizará con disgusto lo que solo actuará en perjuicio del desarrollo del niño.

Asimismo esta rutina ayudará a fortalecer los músculos del niño y a favorecer su movimiento. Este movimiento proporciona información al cerebro y propicia el desarrollo intelectual.

4.2.7.1 Nivel Apedal

4.2.7.1.1 Primer Grupo

Características del Grupo

Son niños, que se encuentran en una etapa de adaptación a su entorno y a sus padres, surgen los primeros hábitos y se establece la comunicación: mamá, papá, bebé. Comienzan a liberar la cabeza, es decir cuando el niño se encuentra en posición boca abajo con la cabeza en la posición media, voltea la cabeza hacia un lado u otro para poder respirar, ayudándose empujando su cuerpo con los antebrazos, para poder liberar la cabeza. En esta etapa adquieren hábitos de sueño, alimentación, baño y juego.

Objetivo General del Grupo

Que el niño logre controlar su cuello.

Objetivos Específicos del Grupo

Motora Gruesa

1.- Que el bebé logre que todos los movimientos de su cuerpo simétricos (que todo lo que realiza de un lado lo realice igual del otro).

2.- Que el bebé logre relajar su tono muscular en extremidades inferiores y superiores por medio de masaje y ejercicios, es decir, más flexibilidad de sus miembros, fuerza en ellos y menos resistencia.

Los avances del control motor de su cuerpo se observan en el siguiente orden:

- 1.- Controla cuello y cabeza.
- 2.- Soporta bien la posición boca abajo, sostiene su cabeza y apoya antebrazos.

Motricidad Fina

1.- Sigue visualmente un objeto 45° a partir de la línea media hacia la derecha e izquierda.

2.- Estrujar papel y empezar a desmenuzar papeles, material o alimentos suaves.

Atención concentración

- 1.-Atender cuando le hablemos y le cantemos una canción o rima.
- 2.-Mostrarse más observador y atento en sesión, adaptándose a la rutina y ritmo de la misma.

**TEBIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Socialización

- 1.-Acostumbrarse y disfrutar el ver otros bebés y aceptar el contacto cercano con otras personas.
- 2.-Permitir y disfrutar que otras personas lo toquen, le hablen, que empiece a socializar y estar más abierto a ello (con gente conocida).
- 3.-Reconocer el aula, música y terapeutas de la sesión y adaptarse poco a poco al ritmo de la misma.
- 4.-Tolerar tiempo de la sesión.

Sensopercepción

- 1.- Lograr el desarrollo integral de la sensopercepción.
- 2.- Manipular objetos y materiales moldeables.
- 3.- Identificar sonidos corporales, corresponder a la voz humana y otros estímulos sonoros, identificar sonidos onomatopéyicos de animales.
- 4.- Discriminar sabores agradables y desagradables.
- 5.- Discriminar por el tacto alimentos con diferentes consistencias líquido, blando (semisólido), duro (sólido).
- 6.- Diferenciar las temperaturas frías y calientes.

4.2.7.1.2 Segundo Grupo

Características del Grupo

Son niños, que ya se han adaptado a su entorno y a sus padres, han establecido los primeros hábitos y la comunicación: mamá, papá, bebé. Comienzan a tener control de tórax, es decir en posición boca abajo apoya los antebrazos y sostiene la cabeza. En esta etapa han adquirido hábitos de sueño, alimentación, baño y juego.

LOGROS DEL NIÑO POR ÁREAS

	SOCIALIZACIÓN	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA	ATENCIÓN-CONCENTRACIÓN	SENSOPERCEPCIÓN
N I V E L	Acostumbrarse y disfrutar el ver otros bebés	Controlar cuello y cabeza	Seguir visualmente un objeto a 45 grados	Atender cuando le hablemos y le cantemos una canción o rima	Lograr el desarrollo integral de la sensopercepción
E L E M E N T O S	<p>Y aceptar el contacto cercano con otras personas</p> <p>Permitir y disfrutar que otras personas lo toquen, le hablen.</p> <p>Reconocer el lugar.</p> <p>música y terapéuticas de la sesión y adaptarse poco a poco al ritmo de la misma.</p> <p>Tolerar el tiempo de la sesión</p>	<p>abajo, sostener la cabeza y apoyar antebrazos</p>	<p>Estrujar papel y empezar a desmenuzar papeles, material o alimentos suaves</p>	<p>Mostrarse más observador y atento en sesión, adaptándose a la rutina y ritmo de la misma</p>	<p>Manipular objetos y materiales moldeables</p> <p>Identificar sonidos corporales, corresponder a la voz humana y a otros estímulos sonoros, identificar sonidos onomatopéyicos de animales</p> <p>Discriminar sabores agradables y desagradables</p> <p>Discriminar por el tacto alimentos con diferentes consistencias, líquido, blando (semisólido), duro, (sólido)</p> <p>Diferenciar las temperaturas frías y calientes</p>

Tabla 3 Logros del niño del Nivel Apedal Primer Grupo de las áreas de Socialización, Motricidad Gruesa, Motricidad Fina, Atención-Concentración y Sensopercepción.

Objetivo General

Que el niño logre controlar su tronco, en posición de sentado.

Objetivos Específicos del grupo

Motora Gruesa

1.- Observar que todos los movimientos de su cuerpo sean simétricos (que todo lo que realiza de un lado lo realice igual del otro).

2.- Lograr que poco a poco relaje su tono muscular en extremidades inferiores y superiores por medio de masaje y ejercicios, es decir, más flexibilidad de sus miembros, fuerza en ellos y menos resistencia.

3.- Aumentar el tono muscular en tórax, cuello y abdomen. Que sostenga él solo su cuerpo sentado y boca abajo.

Los avances del control motor de su cuerpo se observan en el siguiente orden:

- 1.- Controla cuello y cabeza.
- 2.- Soporta bien la posición boca abajo, sostiene su cabeza y apoya antebrazos.
- 3.- Rodar de boca abajo a boca arriba.
- 4.- Rodar de boca arriba a boca abajo.
- 5.- Se sienta con ayuda.
- 6.- Se sienta solo por un momento.
- 7.- Inicia apertura voluntaria de la mano al estar boca abajo.
- 8.- Listo para el gateo.
- 9.- Desde la posición boca abajo, gira en círculos.
- 10.- Al avanzar boca abajo debe de liberar manos al frente él solo manos semiabiertas.

11.- Descubrirse las manos, llevárselas a la boca, manotear y lograr prensión precaria.

12.- Levantar los pies boca arriba, patear con vigor y llevárselos a la boca. Estando boca abajo estirar pies y flexionar a voluntad.

13.- Apoyar las plantas de sus pies momentáneamente y erguir su tronco al parado con ayuda, que sepa que tiene piernas.

Motora Fina

1.- Abrir y cerrar manos a voluntad (no por reflejo).

2.- De prensión precaria a prensión palmar, prensión coordinada e inicio oposición de dedo pulgar.

3.- Lograr agarrar el objeto que se le ofrece y que tiene enfrente con ambas manos y llevárselas a la boca a voluntad.

Atención concentración

1.-Seguimiento auditivo de un objeto con ojos y cabeza del punto medio a 90 grados a la izquierda y 90 grados a la derecha.

2.-Seguimiento visual de un objeto sin sonido del punto medio a 90 grados a la izquierda y 90 grados a la derecha, arriba y abajo.

Socialización

1.-Acostumbrarse y disfrutar el ver otros bebés y aceptar el contacto cercano con otras personas.

2.-Permitir y disfrutar que otras personas lo toquen, le hablen, que empiece a socializar y estar más abierto a ello (con gente conocida).

3.-Reconocer el aula, música y terapeutas de la sesión y adaptarse poco a poco al ritmo de la misma.

4.- Tolerar tiempo de la sesión.

LOGROS DEL NIÑO POR ÁREAS

	SOCIALIZACION	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA	ATENCIÓN-CONCENTRACIÓN	SENSOPERCEPCIÓN
N S	Acostumbrarse y dis-	Controlar cuello y cabeza	Abrir y cerrar manos a	Seguimiento auditivo de un ob-	Lograr el desarrollo
I E	frutar el ver otros bebés	Soportar la posición boca	voluntad	jeto con ojos y cabeza del pun-	integral de la sensoper-
V G	y aceptar el contacto	abajo, sostener la cabeza	De prensión precaria a	to medio a 90 grados a la iz-	cepción
E U	cercano con otras	y apoyar antebrazos	prensión palmar, prensión	quierda y a la derecha	Manipular objetos y
L N	personas	Rodar de boca abajo a boca	coordinada e inicio de opo-	Seguimiento visual de un obje-	materiales moldeables
D	Permitir y disfrutar que	arriba	sición del dedo pulgar	to sin sonido del punto medio	Identificar sonidos
O	otras personas lo to-	Rodar de boca arriba a boca	Lograr agarrar el objeto que	a 90 grados a la izquierda y a	corporales, correspon-
A	quen, le hablen.	abajo.	se le ofrece y que tiene	la derecha, arriba y abajo	der a la voz humana y
P G	Reconocer el lugar,	Se sienta con ayuda	enfrente con ambas manos		a otros estímulos sono-
E R	música y terapéutas	Se sienta solo por un momento	y llevárselas a la boca a		ros, identificar sonidos
D U	de la sesión y adap-	Inicia apertura voluntaria de mano	voluntad		omomatopéyicos de
A P	tarse poco a poco al	al estar boca abajo			animales
L O	rítmico de la misma.	Listo para el gateo			Discriminar sabores
	Tolerar el tiempo de	Desde la posición boca abajo,			agradables y desagra-
	la sesión	gira en círculos			dables
		Al avanzar boca abajo debe libe-			Discriminar por el tacto
		rar manos al frente él solo			alimentos con diferen-
		Descubrirse las manos, llevárselas			tes consistencias, lí-
		a la boca, manotear y lograr			quido, blando (semisólido), duro, (sólido)
		prensión precaria			Diferenciar las tempe-
		Levantar los pies boca arriba			raturas frías y calientes
		patalear con vigor y llevárselos a			
		la boca. Estando boca abajo			
		estirar pies y flexionar a voluntad			
		Apoyar las plantas de sus pies			
		momentáneamente y erguir su			
		tronco al pararse con ayuda			

Tabla 4 Logros del niño del Nivel Apedal Segundo Grupo de las áreas de Socialización, Motricidad Gruesa, Motricidad Fina, Atención-Concentración y Sensopercepción.

4.2.7.2 Nivel Cuadripedal

4.2.7.2.1 Grupo Gatea

Son niños que ya controlan cuello cabeza y tronco. Pasan más tiempo despiertos, reconocen rostros familiares, su casa, y están más participativos en su entorno en general.

Objetivo General del Grupo

Que el niño logre apoyarse en sus cuatro extremidades, desplazándose con la coordinación adecuada de estos cuatro miembros.

Objetivos Específicos del Grupo

Motricidad Gruesa

- 1.- Observar que todos sus movimientos de su cuerpo sean simétricos (que todo lo que realiza de un lado lo realice igual del otro).
- 2.- Aumentar el tono muscular en tórax, cuello y abdomen . Que sostenga el solo su cuerpo sentado y boca abajo.

Los avances del control motor de su cuerpo se observan en el siguiente orden:

1. Se sienta con ayuda
2. De estar acostado se sienta solo, y de sentado a acostado
3. Gira sentado y no se cae. Logra equilibrarse al voltear su vista a los lados
4. Listo para el gateo.
5. Manos abiertas.
6. Se arrastra para desplazarse.
7. Se coloca en posición de 4 puntos.

8. Inicia el ganeo y se desplaza. Es importante observar la coordinación de las 4 extremidades.

9. Gira de boca arriba a boca abajo y de boca abajo a boca arriba en el piso sin golpearse la cabeza (él solo).

10. Se para con apoyo momentáneamente.

11.-Coordinar y usar sus dos manos para agarrar objetos.

12.-Empezar a golpear un objeto contra otro (inicio aplaudir)

Motricidad Fina

1.- Prensión palmar, prensión coordinada y voluntaria para tomar objetos que están a su alcance.

2.- Manos totalmente abiertas.

3.- Inicio de sacar el índice del resto de los dedos para tocar cosas pequeñas y señalar.

4.- Usa y libera a voluntad el dedo índice del resto de los dedos para tocar cosas pequeñas y señalar.

5.- Presenta oposición de dedos y pinza (tomar objetos entre dedos índice y pulgar).

6.- Todo objeto que se le ofrece y que tiene enfrente lo agarra con ambas manos a voluntad.

Atención concentración

1.-Observar y señalar cuentos ahulados, cuentos de hoja gruesa, posters o fotografías llamativas.

2.-Atender cuando le hablemos y le cantemos una canción o rima.

3.-Se interesa en sacar y meter objetos de un contenedor.

4.-Descubrir objetos pequeños que le llaman la atención, intenta agarrarlos, desarrollo visual.

5.-Mostrarse más observador y atento en la sesión, adaptándose a la rutina y ritmo de la misma.

6.-Empiezan a recordar personas, lugares y cosas.

Socialización

1.-Reconoce e identifica los miembros de la familia y rostros conocidos.

2.-Reconoce e identifica el contacto con otros bebés.

3.-Permitir que otras personas lo toquen, le hablen, y que empiece a socializar con gente conocida.

4.-Reconocer el aula, música y terapeutas de la sesión adaptándose poco a poco al ritmo de la misma.

5.-Tolerar el tiempo de clase.

6.-Atender y aceptar experiencias nuevas.

4.2.7.3 Nivel Bipedal

4.2.7.3.1 Grupo Camina

Características del Grupo

Son pequeños, que están en la etapa de su independencia motora. Recuerdan personas, objetos, lugares y actividades. Comienzan a pararse con ayuda momentáneamente. Al final de esta etapa, se espera que sean más independientes ya que son más inquietos y curiosos de lo que sucede a su alrededor.

Objetivo General

Que el niño logre el equilibrio en sus dos extremidades inferiores y coordine estas para caminar.

LOGROS DEL NIÑO POR ÁREAS

	SOCIALIZACION	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA	ATENCIÓN-CONCENTRACIÓN	SENSOPERCEPCIÓN
N	G				
L	R	Reconoce e identifica	Se siente con ayuda	Prensión palmar, prensión coordinada y voluntari para	Observa y señala cuentos ahulados, de hoja gruesa.
V	U	los miembros de la familia y rostros conocidos	De estar acostado se sienta solo		Lograr el desarrollo integral de la sensopercepción
E	P	Reconoce e identifica el contacto con otros	Gira sentado y no se cae. Logra equilibrarse al voltear su vista a los lados	tomar objetos que están a su alcance	posters o fotografías llamativas
L	O	bebés	Manos totalmente abiertas	Manos totalmente abiertas	Atiende cuando le hablamos y le cantamos una canción o rima
C	G	Permite que otras personas lo toquen, y le hablen	Listo para el gateo	resto de los dedos para tocar cosas pequeñas y señalar	Se interesa en sacar y meter objetos de un contenedor
U	A	Reconoce el aula, música y terapeutas de la sesión	Manos abiertas	car cosas pequeñas y señalar	Se muestra más observador y atento en la sesión, adaptándose a la rutina y ritmo de la misma
A	T	adaptándose poco a poco al ritmo de la misma	Se arastra para desplazarse	Presenta oposición de dedos índice y pulgar	Descubre objetos pequeños que llaman la atención, intenta agarrarlos
D	E	Tolera el tiempo de clase	Se coloca en posición de 4 puntos	dedos índice y pulgar	Se muestra más observador y atento en la sesión, adaptándose a la rutina y ritmo de la misma
D	A	Abende y acepta experiencias nuevas	Inicio el gateo y se desplaza.	Todo objeto que se le ofrece	Se muestra más observador y atento en la sesión, adaptándose a la rutina y ritmo de la misma
A			Gira de boca arriba a boca abajo	y que tiene enfrente lo agarrar con ambas manos a voluntad	Se muestra más observador y atento en la sesión, adaptándose a la rutina y ritmo de la misma
L			de boca abajo a boca arriba en el piso sin golpearse la cabeza		Se muestra más observador y atento en la sesión, adaptándose a la rutina y ritmo de la misma
			Se para con apoyo momentánea-Mente		Se muestra más observador y atento en la sesión, adaptándose a la rutina y ritmo de la misma
			Coordina y usa sus dos manos para agerrar objetos		Empieza a recordar personas lugares y cosas
			Empieza a golpear un objeto contra Otro		Empieza a recordar personas lugares y cosas

Tabla 5 Logros del niño del Nivel Cuadrupedal Grupo Gatea de las áreas de Socialización, Motricidad Gruesa, Motricidad Fina, Atención-Concentración y Sensopercepción.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Objetivos específicos del grupo

Motricidad gruesa

- 1.- Debe tener un buen tono muscular en tórax, cuello y abdomen.

Los avances del control motor de su cuerpo se observan en el siguiente orden:

1. Se para con apoyo.
2. Camina lateralmente apoyado.
3. Aprende a caer y mete las manos.
4. Camina tomado de las manos a la altura de los hombros (procurar no subirle los brazos).
5. Camina tomado de una mano y hace equilibrio.
6. Hace 'solitos' (da pocos y pequeños pasos por sí solo).
7. Camina solo.
8. Sube escalones descansando los pies, deteniéndose del pasamanos o de la pared.
- 9.- Coordina las dos manos para tomar objetos de diferente forma, tamaño y peso.
- 10.-Empieza a golpear un objeto contra otro, aplaude.
- 11.-Recoge objetos del piso, se agacha y se para solo.
- 12.-Caminar y correr observando el piso y equilibrarse.
- 13.-Tregar espaldar (escalera vertical).
- 14.- Sigue ritmos y pausas con su cuerpo.
- 15.-Imita ejercicios de coordinación con más dificultad: caminar lateralmente, caminar cruzando piernas, caminar sin cruzar, etc.

Motricidad Fina

- 1.- Presión palmar dominada, habilidad para tomar dos objetos (uno en cada mano) y coordinar a voluntad el uso de sus manos para jugar.
- 2.- Usa y libera a voluntad el dedo índice del resto de los dedos para tocar cosas pequeñas y señalar.
- 3.- Presenta oposición de dedos y pinza (tomar objetos entre dedos índice y pulgar)
- 4.- Agarra todo objeto que se le ofrece a voluntad y empieza a dar.
- 5.- Uso de pinza, tomar objetos o alimentos con el dedo índice y pulgar, con más precisión.
- 6.- Toma lo que se le ofrece, guarda, inserta, coloca sobre, debajo, adentro, afuera, entrega, etc.
- 7.- Inicia control y uso de herramientas: cuchara, tenedor, vaso, crayola, se ayuda de cosas para alcanzar otras.
- 8.- Eficiente uso de pinza, tomar objetos o alimentos con el dedo índice y pulgar con más precisión y uso de pinzas alternas (pulgar y el resto de los dedos).
- 9.- Inicio de ensartar, desensamble con facilidad y ensamble más complejo.
- 10.-Toma crayola y pincel y les da un uso adecuado.
- 11.-Realiza actividades de destreza manual más fina: doblar tela o papel, ensartar solos, inicio de calcar, pegar papel, enrollar, desenrollar, inicio de bordado, ensamble más preciso, seguir una línea en un patrón, etc.
- 12.-Es más creativo en el uso de plastilina o masa.
- 13.-Colorea siluetas grandes intentando rellenar todo el espacio, inicia el respeto de contornos.
- 14.- Realiza movimientos amplios hacerlo de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo.

Atención concentración

1.- Señalar y empezar a nombrar objetos en cuentos de hoja gruesa, posters o fotografías llamativas.

2.- Atender cuando le hablemos y le cantemos una canción o rima. Intenta imitar.

3.- Atender a actividades de concentración y destreza que requieren lapsos de concentración más amplios: rompecabezas 3-4 piezas, memoria, lego, etc.

4.- Mostrarse más observador y atento en sesión, adaptándose a la rutina y ritmo de la misma.

5.- Empieza a recordar personas, lugares y cosas, es capaz de recordar vivencias a corto plazo.

6.- Sigue instrucciones y ordenes sencillas.

7.- Nombra partes del cuerpo.

8.- Concentración en juegos de construcción.

Socialización

1.- Reconocer e Identificar bien miembros de la familia y rostros conocido.

2.- Acostumbrarse y disfrutar el ver otros pequeños y aceptar el contacto cercano con otras personas.

3.- Permitir y disfrutar que otras personas lo toquen, le hablen, que empiece a socializar y estar más abierto a ello (con gente conocida).

4.- Reconocer el salón, música y maestras de la clase, adaptarse al ritmo y duración de la misma

5.- Atender y aceptar experiencias nuevas.

6.- Compartir material, espacio y/o alimentos con otros pequeños y esperar su turno.

Habiendo señalado la estructura del programa a continuación se presentará la propuesta del taller de Intervención Temprana.

LOGROS DEL NIÑOS POR ÁREAS

	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA	ATENCIÓN-CONCENTRACIÓN	SENSOPERCEPCIÓN
N G SOCIALIZACION	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA	ATENCIÓN-CONCENTRACIÓN	SENSOPERCEPCIÓN
I R Reconoce e identifica	Se para con apoyo	Preñslón palmar dominada, habilidad para tomar dos objetos (uno	Señalar y empezar a nombrar	Lograr el desarrollo
V U bien miembros de la	Camina lateralmente apoyado	en cada mano) y coordinar a voluntad el uso de sus manos para	objetos en cuentos de hoja	integral de la
E P familia y rostros	Aprende a caer y mete las manos	Jugar	gruesa, posters o fotografías	senso-percepción
L O conocidos	Camina tomado de las manos a la altura de los hombros	Usa y libera a voluntad el dedo	llamativas	Manipular objetos y
Se acostumba y dis-	Camina tomado de una mano y hace equilibrio	Índice del resto de los dedos para	Atender cuando le hablamos y le cantamos una canción o rima. Intenta imitar	materiales moldeables
B C fruta el ver otros pe-	Da pocos y pequeños paso por sí solo	tocar cosas pequeñas y señalar	Atiende a actividades de concentración y destreza que re-	Identificar sonidos
I A queños y acepta el		Presenta oposición de dedos y		corporales, correspon-
P M contacto cercano con				der a la voz humana y
E I otras personas				a otros estímulos
D N Permite y disfruta	Camina solo	pinza	quieren lapsos de concentra-	sonos, identificar sonidos
que				
A A otras personas lo to-	Sube escalones descansando los pies, deteniéndose del pasamanos o de la pared	Agarra todo objeto que se le ofrece a voluntad y empieza a dar	ción más amplios: rompecabezas 3-4 piezas, memoria, lego	omomatopéyicos de
L quen le hablen	Coordina las dos manos para tomar objetos de diferente forma, tamaño y peso	Uso de pinza, tomar objetos o alimentos con el dedo índice y pulgar con más precisión	Se muestra más observador y atento en sesión, adaptándose a la rutina y ritmo de la misma	animales
Reconoce el salón,				Discriminar sabores
música y terapeutas				agradables y desagradables
de la sesión,				
adaptándose al ritmo y duración de la misma				
Atiende y acepta experiencias nuevas	Empieza a golpear un objeto contra otro, aplaude	Toma lo que se le ofrece, guarda inserta, coloca sobre, debajo, adentro, afuera, entrega	Empieza a recordar personas, lugares y cosas, es capaz de recordar vivencias a corto plazo	Discriminar por el tacto
Comparte material,	Recoge objetos del piso, se agacha y para solo	Inicia control y uso de herramientas: cuchara, tenedor, vaso, crayola, se ayuda de cosas para alcanzar otras	Sigue instrucciones y ordenes sencillas	alimentos con diferentes
espacio y/o alimentos con otros pequeños y	Camina y corre observando el piso y equilibrándose		Nombra partes del cuerpo	consistencias, líquido, blando (semisólido), duro, (sólido)
espera su turno	Trepa espaldar	Efficiente uso de pinza, tomar objetos o alimentos con el dedo índice y pulgar con más precisión y uso de pinzas alternas	Concentración en juegos de construcción	Diferenciar las temperaturas frías y calientes
	Sigue ritmos y pausas con su cuerpo			
	Imita ejercicios de coordinación con			

más dificultad: camina lateralmente cruzando piernas

Inicio de ensartar, desensamble

con facilidad y ensamble más complejo

Toma crayola y pincel y les da un uso adecuado

Realiza actividades de destreza manual más fina: doblar tela o papel, ensartar solos, inicio de calcar, pegar papel, enrollar, desenrollar, inicio de bordado, ensamble más preciso, seguir una línea en un patrón

Es más creativo en el uso de plastilina o masa

Colorea siluetas grandes intentando rellenar todo el espacio, inicia el respeto de contornos

Realiza movimientos amplios de izquierda a derecha y de arriba a abajo

Tabla 6 Logros del niño del Nivel Bipedal Grupo Camina de las áreas de Socialización, Motricidad Gruesa, Motricidad Fina, Atención-Concentración y Sensopercepción.

CAPÍTULO 5

PROPUESTA DE UN TALLER DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

En el presente capítulo se describen, las actividades a realizar con sus objetivos por cumplir, por sesión de cada grupo, que tendrán una duración de 60 minutos, los cuales podrán ser modificados por el evaluador según la tolerancia de los niños a la actividad evitando su saturación, contrarrestando con esto el que la actividad en vez de beneficiarlos perjudique. Cada sesión cuenta con las mismas áreas: Socialización, Motora Gruesa y Fina, Atención concentración y Sensopercepción; y una rutina preparatoria.

5.1 Nivel Apedal (Primer Grupo)

Objetivo Particular:

Que el niño logre controlar su cuello

Sesión 1

Área:

Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:**Motora Gruesa**

Objetivo: Que el niño logre levantar la cabeza.

Actividad: Cargar al niño boca abajo con un juguete colgado más arriba de su cabeza para que los observe.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:**Motora Fina**

Objetivo: Que el niño comience a manipular objetos a voluntad.

Actividad: Que el niño esté acostado boca arriba, y manotee un juguete que cuelgue al centro de su cuerpo.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:**Atención – Concentración**

Objetivo: Que el niño preste atención al juguete.

Actividad: Se les presentará un juguete a la altura de su cara para que lo observen.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:**Sensopercepción**

Objetivo: Que el niño se familiarice con la textura del algodón por medio de sus sensaciones y percepciones.

Actividad: Dar masaje circular al niño en pañales, con un pedazo de algodón en todo el cuerpo.

Duración de la Actividad: 10 minutos aproximadamente.

Sesión 2**Área:****Socialización**

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:
Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño logre sostener y girar la cabeza.

Actividad: Cargar al niño en posición vertical, mostrándole un juguete en ambos lados, alternadamente.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:
Motora Fina

Objetivo: Que el niño logre manipular un objeto a voluntad.

Actividad: Ofrecer al niño un pedazo de tela para que lo manipule.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:
Atención – Concentración

Objetivo: Que el niño preste atención al sonido.

Actividad: Se les presentará un juguete con sonido lateralmente para que busque la fuente de sonido.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el niño se familiarice con la textura de la harina por medio de sus sensaciones y percepciones.

Actividad: Que se de masaje de arriba hacia abajo al niño en pañal, con harina en todo el cuerpo.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Sesión 3

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preoperatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:
Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño logre levantar su cabeza.

Actividad: Colocar al niño boca abajo, con un cojín en el pecho de manera que su cabeza quede sin apoyo.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:
Motora Fina

Objetivo: Que el niño logre manipular un objeto a voluntad.

Actividad: Ofrecer al niño un pedazo de algodón para que lo manipule.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:
Atención – Concentración

Objetivo: Que el niño preste atención al juguete, buscándolo.

Actividad: Se les presentará un juguete frente a su cara, una vez que lo hayan observado se les desaparecerá unos segundos, cuando lo busquen se aparecerá otra vez el juguete.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el niño se familiarice con la textura de las cerdas del cepillo con sus sensaciones y percepciones.

Actividad: Que se de masaje circular al niño en pañal, con un cepillo de dientes en todo el cuerpo.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Sesión 4

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:
Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño libere sus brazos al rodar.
Actividad: Rodar al niño sobre una superficie plana y blanda.
Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:
Motora Fina

Objetivo: Que el niño logre manipular un objeto a voluntad.
Actividad: Ofrecer al niño un pedazo de esponja para que lo manipule.
Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:
Atención – Concentración

Objetivo: Que el niño logre tener un seguimiento visual.
Actividad: Se les colocará un objeto a la altura de su cara con una distancia de 30 cms., éste se moverá 90 grados a la izquierda y 90 grados a la derecha.
Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el niño se familiarice con la textura de la pelota por medio de sus sensaciones y percepciones.
Actividad: Que se de masaje circular al niño en pañal, con una pelota en todo el cuerpo.
Duración: 10 minutos aproximadamente.

Sesión 5

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.
Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.
Duración: 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.
Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).
Duración: 10 minutos aproximadamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Área:
Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño libere sus brazos al rodar con una pierna flexionada.

Actividad: Rodar al niño con una pierna flexionada sobre una superficie plana y blanda.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:
Motora Fina

Objetivo: Que el niño logre manipular un objeto a voluntad.

Actividad: El niño mueva una sonaja con las manos.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:
Atención – Concentración

Objetivo: Que el niño preste atención a la madre y mantenga contacto visual con la misma.

Actividad: La mamá se colocará frente al niño y hará *boruca* para que posteriormente se hará lo mismo con el niño.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el niño se familiarice con la textura áspera por medio de sus sensaciones y percepciones.

Actividad: Que se de masaje circular al niño con un estropajo en todo el cuerpo.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Sesión 6

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración de la Actividad: 10 minutos aproximadamente.

Área:**Motora Gruesa**

Objetivo: Que el niño levante la cabeza y fortalezca el cuello.

Actividad: Las mamás se colocarán boca arriba sobre los colchones, y pondrán al niño sobre ellas en posición prona.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:**Motora Fina**

Objetivo: Que el niño logre manipular un objeto a voluntad.

Actividad: Los niños manipularán una tapa de plástico de 10 cms., aproximadamente de diámetro.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:**Atención – Concentración**

Objetivo: Que el niño atienda los sonidos de la mamá.

Actividad: La mamá se situará frente al niño y emitirá onomatopéyicos.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:**Sensopercepción**

Objetivo: Que el niño se familiarice con la textura de la pluma por medio de sus sensaciones y percepciones.

Actividad: Se dará un masaje con una pluma de ave al niño por todo el cuerpo.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Sesión 7**Área:****Socialización**

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preoperatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales(Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:**Motora Gruesa**

Objetivo: Que el niño fortalezca el cuello.

Actividad: Las mamás se colocaran frente al niño en posición supina y con sus manos tomarán la cabeza de este, la cual moverán a la izquierda, al centro y a la derecha.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:**Motora Fina**

Objetivo: Que el niño logre manipular un objeto áspero a voluntad.

Actividad: Los niños manipularán un estropajo con sus manos.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:**Atención – Concentración**

Objetivo: Que el niño atienda los movimientos de la mamá.

Actividad: La mamá se situará frente al niño y se tapaná la cara con una cobija, hasta que el este emita un sonido, la mamá se descubrirá la cabeza, posteriormente tapaná la cabeza del niño. Si este no se quita la cobija, la mamá se lo retirará.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:**Sensopercepción**

Objetivo: Que el niño se familiarice con la textura del arroz por medio de sus sensaciones y percepciones.

Actividad: Colocar al niño en pañales en posición supina y se le dará un baño de arroz sobre el cuerpo exceptuando la cara.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Sesión 8**Área:****Socialización**

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño fortalezca el cuello.

Actividad: Las mamás se colocarán frente al niño en posición supina y con sus manos tomarán la cabeza de este, la cual moverán a la hacia atrás, al centro y hacia el frente.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Motora Fina

Objetivo: Que el niño logre manipular un objeto pesado a voluntad.

Actividad: Los niños manipularán costalitos con arroz.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Atención – Concentración

Objetivo: Que el niño atienda el volumen de los sonidos de la mamá.

Actividad: La mamá se situará frente al niño y hablará en voz alta frente e ira disminuyendo paulatinamente el sonido hasta quedarse callada.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Sensopercepción

Objetivo: Que el niño se familiarice con la textura del estambre por medio de sus sensaciones y percepciones.

Actividad: Se colocará al niño en pañales en posición supina sobre una bandeja llena de estambre.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Sesión 9

Área:

Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño fortalezca los músculos del cuello.

Actividad: Se colocará al niño en posición prona sobre una pelota grande para que levante el cuello.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Motora Fina

Objetivo: Que el niño fortalezca su prensión.

Actividad: Los niños estrujarán plátanos pelados con las manos.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Atención – Concentración

Objetivo: Que el niño preste atención al sonido.

Actividad: Las mamás harán sonar unos cascabeles enfrente de los niños.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Sensopercepción

Objetivo: Que el niño conozca la sensación que le produce el masaje en las encías.

Actividad: Se carga al niño y con la mano limpia se le da un masaje en sus encías.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Sesión 10

Área:

Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño fortalezca los músculos de sus piernas.

Actividad: Las mamás flexionarán y estirarán las piernas del niño.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Motora Fina

Objetivo: Que el niño manipule un objeto blando.

Actividad: Las mamás darán masaje con un cepillo de dientes sobre la parte dorsal de las manos de los niños.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Atención – Concentración

Objetivo: Que el niño preste atención al la figura que vea en el espejo.

Actividad: Se acostará al bebé frente a un espejo.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Sensopercepción

Objetivo: Que el niño fortalezca sus músculos en caso de que sea hipotónico y que se relaje en caso de ser hipertónico.

Actividad: Se le dará un masaje al niño de abajo hacia arriba cuando es hipotónico y de arriba hacia abajo cuando es hipertónico.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Sesión 11

Área:

Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño fortalezca los músculos del cuello.

Actividad: Se colocará al niño en posición prona sobre un rodillo para girarlo en él.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Motora Fina

Objetivo: Que el niño habrá la mano.

Actividad: Las mamás darán masaje con un cepillo de dientes sobre la parte dorsal de las manos de los niños.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Atención – Concentración

Objetivo: Que el niño preste atención al movimiento del globo.

Actividad: Las mamás un globo al niño, el cual lanzarán hacia arriba para llamar la atención del niño.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Sensopercepción

Objetivo: Que el niño se familiarice con la textura de las diferentes telas por medio de sus sensaciones y percepciones.

Actividad: Colocar al niño en pañales en posición supina en una bandeja o caja con ropa de diversos materiales.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Sesión 12

Área:

Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño fortalezca los músculos del cuello.

Actividad: Se colocará al niño en posición prona sobre una pelota para girarlo en él (movimiento hacia delante y hacia atrás)

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Motora Fina

Objetivo: Que el niño habrá la mano.

Actividad: Las mamás darán masaje con una esponja sobre la parte dorsal de las manos de los niños.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Atención - Concentración

Objetivo: Que el niño preste atención al movimiento del muppet.

Actividad: Las mamás mostrarán un muppet al niño, el cual moverán de un lado a otro para llamar la atención del niño.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Sensopercepción

Objetivo: Que el niño se familiarice con las diferentes textura por medio de sus sensaciones y percepciones.

Actividad: Colocar al niño en pañales en posición supina en una bandeja o caja con plumas y arroz.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Sesión 13

Área:

Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño apoye el peso de su cuerpo en brazos y levante su cabeza

Actividad: La mamá tomará al bebé de la cadera para que este coloque sus manos boca abajo.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Motora Fina

Objetivo: Que el niño manipule un objeto a voluntad.

Actividad: Las mamás colocarán un globo suspendido frente al niño para que este lo golpee.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Atención – Concentración

Objetivo: Que el niño preste atención al movimiento y al sonido.

Actividad: Las mamás jugarán con los niños al compás de la música, cuando ésta se termine ellas dirán alto y se mantendrán estáticas hasta que reinicie la música.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Sensopercepción

Objetivo: Que el niño se vea través del espejo.

Actividad: La mamá cargará al niño frente a un espejo.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Sesión 14

Área:

Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño levante su cabeza

Actividad: La mamá tomará al bebé de frente dándole la espalda.,(el bebé a la mamá) de cadera y pecho. Posteriormente se inclinará con él hacia el frente y después se levantará la mamá, para que el niño levante la cabeza.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Motora Fina

Objetivo: Propiciar que el niño abra las manos.

Actividad: La mamá colocará al bebé en posición prona sobre una superficie plana y jalará suavemente al bebé tomándolo de la cadera hacia atrás.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Atención – Concentración

Objetivo: Que el niño preste atención al movimiento y al sonido el muñeco.

Actividad: La mamá jugará con el niño y un muppet, hablándole.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Sensopercepción

Objetivo: Que el niño experimente la sensación de humedad.

Actividad: La mamá recorrerá el cuerpo del niño con una toalla húmeda.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Sesión 15

Área:

Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales(Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño mantenga una posición simétrica.

Actividad: La mamá hará presiones simétricas sobre el cuerpo.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Motora Fina

Objetivo: Que el niño manipule un objeto a voluntad.

Actividad: Darle al niño masa para que la estruje.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Atención – Concentración

Objetivo: Que el niño preste atención al movimiento y al sonido.

Actividad: Mover un collar a la altura de su cara mientras cantamos, dejar de cantar y dejar de mover el collar.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Área:

Sensopercepción

Objetivo: Que el niño comience a sentir las diferentes partes de su cuerpo.

Actividad: La mamá hará cargas de peso en piernas y brazos.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

5.2 Nivel Apedal (Segundo Grupo)

Objetivo Particular:

Que el niño controle su tronco, en posición de sentado.

Sesión 1

Área:

Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:

Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño controle cuello y tronco

Actividad: La mamá acostada levantará al bebé del tórax de frente a ella, a la distancia que den sus brazos y lo balanceará de un lado a otro boca arriba y boca abajo.

Duración: 10 minutos.

Área:

Motora Fina

Objetivo: Que el niño coordine visomotoramente

Actividad: Pintar un dibujo con crayola.

Duración: 10 minutos

Área:

Atención Concentración

Objetivo: Que el niño preste atención a la madre que produce sonidos.

Actividad: Hacer sonidos onomatopéyicos

Duración: 10 minutos

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el niño perciba y sienta el globo.

Actividad: Tomar globos

Duración: 10 minutos

Sesión 2

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:
Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño fortalezca su tronco.

Actividad: La mamá cargará al niño de la cadera frente a ella, dándole la espalda y se agachará con él, posteriormente la mamá se levantará, dejando al niño abajo, para que él intente levantarse solo.

Duración: 10 minutos

Área:
Motora Fina

Objetivo: Que el niño practique la pinza.

Actividad: Colocar pijas

Duración: 10 minutos

Área:
Atención Concentración

Objetivo: Que el niño preste atención a una actividad.

Actividad: Soplar objeto con espuma- cubrirlo y descubrirlo.

Duración: 10 minutos

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el niño perciba el sonido.
Actividad: Tocar instrumentos musicales.
Duración: 10 minutos

Sesión 3

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.
Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.
Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.
Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).
Duración: 10 minutos

Área:
Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño fortalezca el tórax.
Actividad: La mamá cargará al niño boca abajo, con un juguete colgado más arriba de su cabeza para que al intentar verlo levante el tórax
Duración: 10 minutos.

Área:
Motora Fina

Objetivo: Lograr prensar el objeto y soltarlo
Actividad: Manipular costalitos de texturas
Duración: 10 minutos

Área:
Atención Concentración

Objetivo: Que el niño preste atención y se oriente hacia el sonido
Actividad: La madre producirá ruidos con la boca
Duración: 10 minutos

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el niño se familiarice con la textura por medio de su sensación y percepción

Actividad: Dar masaje al bebé con toalla, por todo su cuerpo

Duración: 10 minutos

Sesión 4

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:
Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño levante y fortalezca el tórax.

Actividad: La mamá colocará al bebé boca abajo apoyándose sobre sus brazos.

Duración: 10 minutos.

Área:
Motora Fina

Objetivo: Que el bebé logre prensar y soltar un objeto

Actividad: Manipular tela yute

Duración: 10 minutos

Área:
Atención Concentración

Objetivo: Que el niño preste atención a la cara de la madre cada vez que es destapado por ésta.

Actividad: Que la mamá tape la cara del bebé con una cobija y posteriormente la destape

Duración: 10 minutos

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el niño experimente sensaciones y sabores

Actividad: Que la mamá realice un masaje en los carrillos (parte interna de las mejillas) de forma circular utilizando un trozo de apio

Duración: 10 minutos

Sesión 5

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:
Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño fortalezca su tórax, así como ejercitar su aparato vestibular.

Actividad: La mamá de pie sostendrá al bebé del tórax de frente a ella, a la distancia que den sus brazos y lo balanceará de un lado a otro.

Duración: 10 minutos.

Área:
Motora Fina

Objetivo: Que el niño mantenga las manos abiertas y para plasmar su huella

Actividad: La mamá pintará la palma de la mano del bebé con pintura digital y la plasmará en una hoja varias veces

Duración: 10 minutos

Área:**Atención Concentración**

Objetivo: Que el niño logre seguir el objeto visualmente

Actividad: Que la madre le presente al niño un objeto de color llamativo y lo mueva del punto medio hacia los lados y del punto medio hacia arriba y hacia abajo

Duración: 10 minutos

Área:**Sensopercepción**

Objetivo: Que el niño perciba diferentes temperaturas

Actividad: La mamá le hará sentir una botellita con agua fría y otra con agua caliente.

Duración: 10 minutos

Sesión 6**Área:****Socialización**

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales(Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:**Motora Gruesa**

Objetivo: Que el niño fortalezca su tórax, así como ejercitar su aparato vestibular.

Actividad: La mamá de pie sostendrá al bebé del tórax de frente a ella, a la distancia que den sus brazos y lo balanceará hacia arriba y hacia abajo.

Duración: 10 minutos.

Área:
Motora Fina

Objetivo: Que el niño logre tomar el papel y lo manipule estrujándolo.

Actividad: Que la mamá le presente al niño un trozo de papel celofán en el punto medio.

Duración: 10 minutos

Área:
Atención Concentración

Objetivo: Que el bebé escuche la voz de la madre y se oriente hacia el lugar donde proviene la voz y encuentre a la madre.

Actividad: Que la mamá le hable al bebé sin que la vea

Duración: 10 minutos

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el bebé sienta la textura áspera y experimente las sensaciones que este masaje le provoca. Aumente o disminuya su tono muscular según sea el caso.

Actividad: Que la madre de un masaje en todo el cuerpo del bebé, sin ropa de arriba para abajo o abajo para arriba según tono muscular, con un cepillo de dientes.

Duración: 10 minutos

Sesión 7

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales(Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Área:
Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño fortalezca su tórax, así como ejercitar su aparato vestibular.

Actividad: La mamá de pie sostendrá al bebé del tórax de frente a ella, a la distancia que den sus brazos y lo balanceará circularmente.

Duración: 10 minutos.

Área:
Motora Fina

Objetivo: Que el bebé manotea hasta lograr tomar el objeto con ambas manos.

Actividad: Que la madre le presente al bebé en el punto medio su juguete preferido

Duración: 10 minutos

Área:
Atención Concentración

Objetivo: Que el bebé escuche atienda y observe a la madre.

Actividad: Que la madre le hable al bebé con diferentes volúmenes.

Duración: 10 minutos

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el bebé sienta y perciba la textura de la pelota.

Actividad: Que la madre de un masaje al bebé sin ropa con una pelota de esponja en forma circular.

Duración: 10 minutos

Sesión 8

Área:
Socialización

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:
Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño libere los brazos.

Actividad: La mamá colocará al bebé acostado boca arriba y lo rodará de manera que al niño le queden los brazos debajo de él. Se dejará un tiempo para que el niño libere los brazos. Si no lo hace se levantará un poco la cadera para darle espacio para que lo haga.

Duración: 10 minutos.

Área:
Motora Fina

Objetivo: Que el bebé coordine brazo mano ojo para poder tomar el objeto y lograr pensarlo y desprenderlo, mediante el uso de una fuerza adecuada.

Actividad: La madre pegará ventosas (material adherible y que se queda en movimiento) en una pared y pondrá al bebé enfrente de éstas.

Duración: 10 minutos

Área:
Atención Concentración

Objetivo: Que el bebé escuche atiende y observe a la madre.

Actividad: Que la madre le hable al bebé con diferentes tonos.

Duración: 10 minutos

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el bebé sienta y experimente la sensación de un textura suave.

Actividad: Que el bebé toque con los pies plumas dentro de una tina.

Duración: 10 minutos

Sesión 9

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:

Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño ruede por sí solo.

Actividad: La mamá colocará al niño sobre una sábana y de un extremo se levantará la tela para que el niño ruede por sí solo.

Duración: 10 minutos.

Área:

Motora Fina

Objetivo: Lograr que el bebé abra sus manos y las mantenga así por más tiempo.

Actividad: La madre dará un masaje en cada dedo de la mano del bebé, desde el nacimiento hasta la punta, al llegar aquí dará un pequeño jalón.

Duración: 10 minutos.

Área:

Atención Concentración

Objetivo: El bebé seguirá la trayectoria del globo del punto medio a la derecha 90°, a la izquierda 90° y posteriormente a 180°, ampliando su campo visual.

Actividad: La madre le presentará un globo moviéndolo a la izquierda y a la derecha.

Duración: 10 minutos.

Área:

Sensopercepción

Objetivo: Que el bebé experimente la sensación y sabor.

Actividad: La madre le realizará al bebé un masaje en las encías utilizando una cebollita cambray.

Duración: 10 minutos.

Sesión 10

Área:**Socialización**

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:**Motora Gruesa**

Objetivo: Que el niño se mantenga en posición de sentado.

Actividad: La mamá colocará al niño de espaldas a ella, sentado sobre una pendiente inclinada hacia ella para que el niño se mantenga en posición de sentado.

Duración: 10 minutos.

Área:**Motora Fina**

Objetivo: Que el bebé manipule, preñe y suelte.

Actividad: El niño estrujará y manipulará migajón de bolillo.

Duración: 10 minutos.

Área:**Atención Concentración**

Objetivo: Que el bebé atienda, observe y escuche al muppet.

Actividad: Que la mamá le hable al niño con un muppet moviéndolo en diferentes direcciones.

Duración: 10 minutos

Área:**Sensopercepción**

Objetivo: Que el bebé experimente las sensaciones.

Actividad: La madre propiciará que el bebé toque lentejas con las manos y los pies.

Duración: 10 minutos.

Sesión 11

Área: Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 8).

Duración: 10 minutos

Área: Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño mantenga el equilibrio en posición de sentado.

Actividad: La mamá colocará al niño en posición de sentado sobre una pelota, tomándolo de la cadera lo girará junto con la pelota.

Duración: 10 minutos.

Área: Motora Fina

Objetivo: Que el niño manotee el tambor con las manos abiertas.

Actividad: Que el niño manotee sobre un tambor.

Duración: 10 minutos.

Área: Atención Concentración

Objetivo: Que el niño observe con atención las páginas del cuento.

Actividad: Que la madre le muestre un cuento ahulado mientras le describe los objetos que se encuentran en la página observada.

Duración: 10 minutos.

Área: Sensopercepción

Objetivo: Que el bebé experimente la sensación y fuerza del agua.

Actividad: La madre mojará al niño las piernas con chisguetes que salgan de una jeringa.

Duración: 10 minutos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Sesión 12

Área:

Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:

Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño fortalezca el tórax.

Actividad: La mamá acostará al niño en posición boca abajo sobre una pelota grande, posteriormente moverá al niño hacia al frente junto con la pelota.

Duración: 10 minutos.

Área:

Motora Fina

Objetivo: Lograr que el bebé abra las manos y logre mantenerlas así por periodos de tiempo más largos.

Actividad: La madre pasará un cepillo en el dorso de la mano desde la punta de los dedos hasta la muñeca.

Duración: 10 minutos.

Área:

Atención Concentración

Objetivo: Que el bebé se oriente hacia el sonido de la campana.

Actividad: La madre tocará una campana fuera de su campo visual del bebé.

Duración: 10 minutos.

Área:

Sensopercepción

Objetivo: Que el bebé toque y experimente la sensación.

Actividad: El bebé tocará gelatina con las manos.

Duración: 10 minutos.

Sesión 13

Área:

Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:

Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño fortalezca el tórax.

Actividad: La mamá acostará al niño en posición boca abajo sobre un rodillo grande, posteriormente moverá al niño hacia al frente junto con el rodillo.

Duración: 10 minutos.

Área:

Motora Fina

Objetivo: Que el bebé logre coordinar ambas manos.

Actividad: Que el bebé tome un objeto en cada mano y los golpee uno con el otro.

Duración: 10 minutos.

Área:

Atención Concentración

Objetivo: Que el bebé se observe atentamente.

Actividad: Sentar al bebé frente al espejo.

Duración: 10 minutos.

Área:

Sensopercepción

Objetivo: Que el bebé experimente la sensación áspera de la arena.

Actividad: Colocar al bebé en una tina de arena para que la toque con los pies.

Duración: 10 minutos.

Sesión 14**Área:****Socialización**

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:**Motora Gruesa**

Objetivo: Que el niño fortalezca el tronco en posición de sentado.

Actividad: La mamá sentará al niño sobre un rodillo grande, posteriormente lo tomará de los hombros y lo empujará hacia abajo.

Duración: 10 minutos.

Área:**Motora Fina**

Objetivo: Que el bebé logre disociar sus dedos.

Actividad: Que la mamá embarre miel en los dedos del bebé.

Duración: 10 minutos.

Área:**Atención Concentración**

Objetivo: Que el bebé se oriente hacia el sonido.

Actividad: Que la madre toque las claves sin que el bebé la observe.

Duración: 10 minutos.

Área:**Sensopercepción**

Objetivo: Que el niño experimente la sensación.

Actividad: La madre le dará masaje por todo el cuerpo dentro de una tina con agua caliente.

Duración: 10 minutos.

Sesión 15

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales(Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:
Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño fortalezca el tórax en posición de sentado.

Actividad: La mamá sentará al niño sobre una pelota, posteriormente lo tomará de los hombros y lo empujará hacia abajo.

Duración: 10 minutos.

Área:
Motora Fina

Objetivo: Que el bebé coordine sus manos para tomar los listones y jalarlos.

Actividad: La madre le presentará un móvil con listones de colores, girándolo.

Duración: 10 minutos.

Área:
Atención Concentración

Objetivo: Que el niño escuche atentamente.

Actividad: La madre cantará una canción con diferentes volúmenes y tonalidades.

Duración: 10 minutos.

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el bebé experimente la sensación áspera del unicel en todo su cuerpo.

Actividad: La madre colocará al bebé sin ropa dentro de una tina con unicel.

Duración: 10 minutos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.3 Nivel Cuadripedal (Grupo Gatea)

Objetivo Particular:

Que el niño logre apoyarse en sus cuatro extremidades, desplazándose con la coordinación adecuada de estos cuatro miembros.

Sesión 1

Área:

Socialización

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:

Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño rotule la cadera

Actividad: La mamá colocará al niño en posición de sentado, le mostrará un juguete en un ángulo de 45 grados a él, para que lo tome con la mano contraria al lado donde se le mostrará el juguete, la mamá atrapará la mano con la que no debe tomar el objeto.

Duración: 10 minutos.

Área:

Motora Fina

Objetivo: Que el niño logre coordinar visomotoramente.

Actividad: Que el niño ensarte aros en una base con palo fijo

Duración: 10 minutos

Área:

Atención Concentración

Objetivo: Que el niño logre seguir visualmente la trayectoria de las burbujas

Actividad: Que la mamá sople burbujas de jabón

Duración: 10 minutos.

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el niño experimente la sensación de una textura suave.

Actividad: Que la mamá pase algodón por todo el cuerpo del niño

Duración: 10 minutos.

Sesión 2

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:
Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño quede en posición de cuatro puntos.

Actividad: La mamá colocará al niño en posición de sentado, le mostrará un juguete en un ángulo de 180 grados a él, para que lo tome con la mano contraria al lado donde se le mostrará el juguete para que gire y quede en posición de cuatro puntos.

Duración: 10 minutos.

Área:
Motora Fina

Objetivo: Que el niño coordine sus ojos con sus pies para lograr patear la pelota.

Actividad: Que la mamá presente una pelota a la altura de los pies del niño colocado en posición supina

Duración: 10 minutos

Área:
Atención Concentración

Objetivo: Que el bebé se observe con atención y manotee su imagen en el espejo

Actividad: Sentar al bebé frente al espejo.

Duración: 10 minutos

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el bebé observe y experimente la sensación de diferentes texturas.

Actividad: Colocar al bebé boca abajo sobre un tapete con diferentes colores y texturas.

Duración: 10 minutos

Sesión 3

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:
Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño logre avanzar con la flexión de sus piernas.

Actividad: La mamá colocará al niño boca abajo y flexionará sus piernas para que el avance sólo.

Duración: 10 minutos.

Área:
Motora Fina

Objetivo: Que el niño estruje el trozo de plátano hasta hacerlo pure.

Actividad: La mamá proporcionará al niño un trozo de plátano en un plato, invitándolo a que lo toque.

Duración: 10 minutos

Área:
Atención Concentración

Objetivo: Que el bebé jale la mascada para destapar la cara de la madre observando su expresión facial.

Actividad: Que la madre se tape la cara con una mascada enfrente del bebé, y cuando la destape, haga alguna expresión facial.

Duración: 10 minutos

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el bebé manipule y juegue libremente con la masa experimentando su sensación.

Actividad: Que la madre le permita tocar cereal seco, posteriormente agregándole agua, permitiendo que el bebé haga una masa.

Duración: 10 minutos

Sesión 4

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:
Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño se sostenga en cuatro puntos.

Actividad: La mamá colocará al niño boca abajo y por debajo de él colocará una tela a la altura del estómago, posteriormente levantará la tela para que el niño se coloque en cuatro puntos

Duración: 10 minutos.

Área:
Motora Fina

Objetivo: Que el bebé logre desprender los trozos coordinando su mano y dedos en forma de pinza de acuerdo a su edad.

Actividad: Que la madre coloque sobre una superficie trozos de diurex de color.

Duración: 10 minutos

Área:
Atención Concentración

Objetivo: Que el bebé observe con atención al movimiento de la mamá y escuche el sonido producido por el pandero.

Actividad: Que la mamá toque el pandero enfrente de él.

Duración: 10 minutos

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el bebé experimente la sensación.

Actividad: Que el bebé toque con los pies maíz.

Duración: 10 minutos

Sesión 5

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios ceflocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:
Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño se sostenga en cuatro puntos y se desplace.

Actividad: La mamá colocará al niño boca abajo y por debajo de él colocará una tela a la altura del estómago; levantará la tela para que el niño se coloque en cuatro puntos posteriormente avanzará hacia adelante con él.

Duración: 10 minutos.

Área:
Motora Fina

Objetivo: Que el bebé observe y logre despegar las calcomanías.

Actividad: Que la mamá pegue calcomanías grandes y medianas en manos y pies del bebé.

Duración: 10 minutos

Área:
Atención Concentración

Objetivo: Que el bebé siga con atención la trayectoria del juguete.

Actividad: La mamá sentada frente al bebé le muestra un juguete y mientras éste lo observa siguiendo su trayectoria, la madre lo esconde detrás de su espalda.

Duración: 10 minutos

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el bebé experimente la sensación.

Actividad: Que el niño manipule un globo relleno de harina

Duración: 10 minutos

Sesión 6

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:
Motora Gruesa

Objetivo: Que el bebé controle y equilibre su cuerpo al rodar

Actividad: Que la mamá acueste al niño sobre una rampa y lo ruede

Duración: 10 minutos.

Área:
Motora Fina

Objetivo: Que el bebé coordine sus ojos y manos para lograr tomar la tapa y meterla utilizando la pinza de acuerdo a su edad.

Actividad: Que el bebé introduzca tapas de gerber en una caja con ranura

Duración: 10 minutos

Área:
Atención Concentración

Objetivo: Que el bebé atienda al sonido que el mismo produce al mover sus extremidades

Actividad: Que la mamá coloque en las muñecas y tobillos un resorte con cascabeles.

Duración: 10 minutos

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el bebé estruje una esponja con agua

Actividad: Que la mamá le muestre como mojar una esponja en una tina, y apretarla.

Duración: 10 minutos

Sesión 7

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Área:
Motora Gruesa

Objetivo: Que el bebé extienda sus manos hacia el frente para evitar caer (reflejo de paracaídas).

Actividad: La mamá colocará al niño en posición prona sobre una pelota, tomándolo de la cadera balanceándolo hacia delante, regresándolo a su posición original.

Duración: 10 minutos.

Área:
Motora Fina

Objetivo: Que el bebé coordine sus ojos brazos y manos utilizando la pinza de acuerdo a su edad.

Actividad: Que el bebé meta y saque lápices por los orificios de una canasta calada.

Duración: 10 minutos

Área:
Atención Concentración

Objetivo: Que el bebé atienda y siga visualmente la marioneta.

Actividad: Que la mamá le muestre una marioneta al bebé y la mueva en diferentes direcciones.

Duración: 10 minutos

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que los bebes perciban y sientan el contacto, olor y sonido de otra madre.

Actividad: Que las mamás intercambien a sus bebes, los carguen, les hablen, los arrullen.

Duración: 10 minutos

Sesión 8

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:

Motora Gruesa

Objetivo: Que el bebé se deslice hacia atrás.

Actividad: Que la mamá coloque al bebé a la orilla de un colchón boca abajo, y le ayude a bajar de él, deslizándose hacia atrás.

Duración: 10 minutos.

Área:

Motora Fina

Objetivo: Que el bebé se quite las pinzas de la ropa utilizando el tipo de pinza correspondiente a su edad.

Actividad: Que la mamá coloque pinzas de ropa en las mangas del sweter y en los calcetines del bebé.

Duración: 10 minutos

Área:

Atención Concentración

Objetivo: Que el bebé desempalme los vasos

Actividad: Que la mamá empalme varios vasos.

Duración: 10 minutos

Área:

Sensopercepción

Objetivo: Que el bebé observe con atención la trayectoria de la luz producida por la lámpara y perciba el contraste entre la luz y la oscuridad.

Actividad: La mamá y el bebé se cubrirán con una cobija como tienda de campaña procurando que este oscuro, la madre encenderá una lámpara y la moverá en diferentes direcciones.

Duración: 10 minutos

Sesión 9**Área:****Socialización**

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:**Motora Gruesa**

Objetivo: Que el bebé se incorpore de la posición de agachado a erguido.

Actividad: La madre en posición de pie cargará al bebé de manera que este quede de espaldas a la madre y tomándolo de la cadera se agachará con él, posteriormente la madre se levantará sola.

Duración: 10 minutos.

Área:**Motora Fina**

Objetivo: Que el bebé desensarte los changos.

Actividad: La mamá dará al bebé unos juguetes ensartables (changos de plástico).

Duración: 10 minutos

Área:**Atención Concentración**

Objetivo: Que el bebé observe la trayectoria del juguete.

Actividad: Que la madre jale una polea de la cual tiende un juguete llamativo, de ida y regreso.

Duración: 10 minutos

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el bebé reconozca a su mamá a través de su voz.

Actividad: Que las mamás se disfracen enfrente de sus bebés y les hablen.

Duración: 10 minutos

Sesión 10

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:
Motora Gruesa

Objetivo: Que el bebé se trate de incorporar en sus 4 extremidades para evitar el movimiento.

Actividad: Colocar al bebé boca abajo sobre una cobija, la madre jalará la cobija por la parte de los pies del bebé.

Duración: 10 minutos.

Área:
Motora Fina

Objetivo: Que el bebé despegue el material coordinando el uso de pinza con precisión.

Actividad: Que la madre pegue en un espejo material evalant.

Duración: 10 minutos

Área:
Atención Concentración

Objetivo: Que el bebé escuche con atención los sonidos emitidos por la madre.

Actividad: Que la madre emita sonidos onomatopéyicos (de animales).

Duración: 10 minutos

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el bebé se observe con atención.

Actividad: Que la madre maquille al bebé y lo ponga frente al espejo.

Duración: 10 minutos

Sesión 11

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:
Motora Gruesa

Objetivo: Que el bebé logre apoyarse con los brazos y manos extendidas.

Actividad: Que la madre coloque al bebé en posición prona, y levante su cadera y piernas.

Duración: 10 minutos.

Área:
Motora Fina

Objetivo: Ver la manera como resuelve el problema el bebé.

Actividad: Que la madre ofrezca 3 juguetes al bebé, cuando el niño haya tomado dos de ellos uno en cada mano, la madre seguirá ofreciendo el tercer juguete, esperando la respuesta del niño.

Duración: 10 minutos

Área:
Atención Concentración

Objetivo: Que el bebé siga con atención la trayectoria del collar así como escuche el sonido provocado por el movimiento de éste.

Actividad: Que la madre le muestre un collar al bebé que lo mueva en el aire y en el piso.

Duración: 10 minutos

Área:**Sensopercepción**

Objetivo: Que el niño experimente la diferencia de los sabores.

Actividad: Que la madre le de a probar al bebé un grano de sal, un grano de azúcar y una gotita de limón.

Duración: 10 minutos

Sesión 12**Área:****Socialización**

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:**Motora Gruesa**

Objetivo: Que el bebé equilibre su cuerpo metiendo manos para evitar caídas.

Actividad: Que la madre siente al bebé sobre la superficie de un tumbling lo balanceará en todas direcciones.

Duración: 10 minutos.

Área:**Motora Fina**

Objetivo: Que el bebé con una mano presione el lado lateral de la taza y con la otra el aza. Observando un asimiento simétrico de manos.

Actividad: Que la madre ofrezca al bebé una taza de plástico con aza.

Duración: 10 minutos

Área:
Atención Concentración

Objetivo: Que el bebé observe con atención como el efecto que se produce al soplarle.

Actividad: Que la madre le muestre al bebé un rehilete le sople y lo haga girar.

Duración: 10 minutos.

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el niño los tome con las dos manos y los rompa en pedazos.

Actividad: Que la madre le proporcione palitos de pan.

Duración: 10 minutos.

Sesión 13

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalócaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:
Motora Gruesa

Objetivo: Que el niño adopte la posición de cuatro puntos y logre avanzar coordinando sus extremidades.

Actividad: Que la madre coloque al bebé en posición prona y sujete con una banda de gateo alrededor del tórax a este, lo levante y avance.

Duración: 10 minutos.

Área:**Motora Fina**

Objetivo: Que el niño saque los objetos uno a uno, con la presión adecuada.

Actividad: Que la madre brinde al bebé una bolsa de papel estraza que contenga diferentes objetos como llaves, cartera, papel, credenciales, peine, etc.

Duración: 10 minutos

Área:**Atención Concentración**

Objetivo: Que el bebé observe el efecto y trayectoria de las serpentinas.

Actividad: Que la madre sopla serpentinas frente al bebé.

Duración: 10 minutos

Área:**Sensopercepción**

Objetivo: Que el bebé experimente la sensación.

Actividad: Que la mamá sopla en la cara de su bebé.

Duración: 10 minutos

Sesión 14**Área:****Socialización**

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:**Motora Gruesa**

Objetivo: Que el bebé coordine sus extremidades para recibir y aventar la pelota de regreso.

Actividad: Que la madre coloque al bebé en posición de sentado, se siente a unos metros de distancia frente a él y le aviente una pelota.

Duración: 10 minutos.

Área:**Motora Fina**

Objetivo: Que el bebé pinte con el dedo índice disociándolo de los demás dedos.

Actividad: Que la madre le proporcione una hoja con dibujo en blanco y negro, y un recipiente con pintura digital, tome su dedo índice lo llene e pintura y lo dirija hacia la hoja.

Duración: 10 minutos

Área:**Atención Concentración**

Objetivo: Que el bebé observe la trayectoria del globo desinflándose.

Actividad: Que la madre infle un globo y posteriormente lo suelte.

Duración: 10 minutos

Área:**Sensopercepción**

Objetivo: Que el bebé experimente la sensación.

Actividad: Que la madre salpique la cara del bebé raspando un cepillo de dientes mojado.

Duración: 10 minutos

Sesión 15**Área:****Socialización**

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:**Motora Gruesa**

Objetivo: Que el bebé controle y equilibre su cuerpo para la adoptar la posición de cuatro puntos.

Actividad: La madre colocará al bebé sobre una pelota grande en posición de sentado, la madre lo tomará de la cadera detrás de él y lo moverá a un lado, hasta propiciar que el niño haga uso del reflejo de paracaídas permitiéndole posteriormente adoptar la posición de cuatro puntos.

Duración: 10 minutos.

Área:**Motora Fina**

Objetivo: Que el bebé deshilache la tela usando el tipo de pinza correspondiente a su edad.

Actividad: La madre brindará un pedazo de tela de yute

Duración: 10 minutos

Área:**Atención Concentración**

Objetivo: Que el bebé observe con atención la trayectoria de la pluma.

Actividad: Que la madre sople un popote con una pluma adentro.

Duración: 10 minutos

Área:**Sensopercepción**

Objetivo: Que el bebé experimente la sensación de ver limitadamente.

Actividad: Que la madre ponga al bebé una careta.

Duración: 10 minutos

5.4 Nivel Bipedal (Grupo Camina)

Objetivo Particular

Que el niño logre el equilibrio en sus dos extremidades inferiores y coordine estas para caminar.

Sesión 1

Área:

Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:

Motricidad Gruesa

Objetivo: Que el bebé mueva su cuerpo o inhíba sus movimientos, según el ritmo de la música.

Actividad: La madre moverá el cuerpo del bebé según el ritmo que la instructora vaya marcando con un instrumento.

Duración: 10 minutos

Área:

Motricidad Fina

Objetivo: Que el bebé tome con sus dedos en forma de pinza los trocitos, los manipule y deshaga.

Actividad: La madre le entregará al bebé trocitos de amaranto, que él deberá deshacer.

Duración: 10 minutos

Área:**Atención – Concentración**

Objetivo: Que el bebé logre coordinar ambas manos para cachar la pelota, así como lograr soltarla para lanzarla.

Actividad: La madre sentará al bebé frente a otro y le ayudará a lanzar una pelota pequeña, mientras la madre del otro pequeño lo ayuda a cacharla.

Duración: 10 minutos

Área:**Sensopercepción**

Objetivo: Que el bebé manipule y juegue libremente con el material hasta lograr hacer una masa.

Actividad: La madre le proporcionará al bebé un recipiente con harina y agua.

Duración: 10 minutos

Sesión 2**Área:****Socialización**

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:**Motricidad Gruesa**

Objetivo: Que el bebé gatee debajo de las mesas ubicando su cuerpo en el espacio.

Actividad: La madre colocará mesas pequeñas en forma de túnel.

Duración: 10 minutos.

Área:**Motricidad Fina**

Objetivo: Que el bebé logre tomar las fichas e introducirlas en la ranura de la alcancía.

Actividad: La mamá le proporcionará al bebé una alcancía y fichas.

Duración: 10 minutos.

Área:**Atención – Concentración**

Objetivo: Que el bebé observe atentamente la expresión de la cara de la madre, escuche los sonidos y trate de imitarlos.

Actividad: La madre se sentará con su bebé frente al espejo y emitirá sonidos onomatopéyicos.

Duración: 10 minutos.

Área:**Sensopercepción**

Objetivo: Que el bebé experimente la sensación de la pintura en sus manos.

Actividad: La madre pintará con un pincel la palma de la mano del bebé y la plasmará en papel.

Duración: 10 minutos.

Sesión 3**Área:****Socialización**

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:**Motricidad Gruesa**

Objetivo: Que el bebé ruede dentro del barril coordinando y equilibrando su cuerpo.

Actividad: La madre colocará al bebé en posición supina dentro de un barril el cual rodara lentamente.

Duración: 10 minutos.

Área:**Motricidad Fina**

Objetivo: Que el bebé logre pasar los chococrispis de un recipiente a otro utilizando sus dedos en forma de pinza.

Actividad: La madre le proporcionará al bebé dos recipientes pequeños, uno vacío y otro con chococrispis.

Duración: 10 minutos

Área:**Atención – Concentración**

Objetivo: Que el bebé coloque las pijas dentro de los orificios del tablero coordinando sus ojos y sus manos.

Actividad: La madre le proporcionará al bebé pijas y un tablero con orificios pequeños.

Duración: 10 minutos.

Área:**Sensopercepción**

Objetivo: Que el bebé experimente la sensación de las diferentes texturas del tapete en piernas y manos.

Actividad: La madre colocará sobre el piso un tapete de texturas y colocará al bebé boca abajo sin ropa invitándolo a gatear.

Duración: 10 minutos.

Sesión 4**Área:****Socialización**

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:

Motricidad Gruesa

Objetivo: El niño seguirá el patrón caminando tomado de la mano de la madre.

Actividad: La madre pegará en el piso calcomanías grandes formando un camino.

Duración: 10 minutos.

Área:

Motricidad Fina

Objetivo: El niño tomará la pija con sus dedos en forma de pinza para lograr formar la figura.

Actividad: La madre entregará al niño un rompecabezas de resaque de 4 piezas máximo.

Duración: 10 minutos.

Área:

Atención – Concentración

Objetivo: El niño prestará atención y observará donde está escondida la pelota para lograr encontrarla.

Actividad: La madre pondrá sobre una mesa dos vasos bocabajo y esconderá debajo de un solo vaso una pelota.

Duración: 10 minutos

Área:

Sensopercepción

Objetivo: El niño sacará los objetos de la tina que mamá le irá pidiendo, reconociéndolos únicamente por el tacto.

Actividad: La madre le presentará al niño una tina que contenga trozos de unicel, en la que esconderá algunos objetos conocidos por el niño como un peine, cuchara, un carrito, etc.

Duración: 10 minutos.

Sesión 5

Área: Socialización

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área: Motricidad Gruesa

Actividad: La madre colocará bolos de plástico en el piso y le dará al niño una pelota.

Duración: 10 minutos.

Objetivo: El niño logrará lanzar la pelota para intentar tirar los bolos.

Área: Motricidad Fina

Objetivo: Que el niño logre sacar la galleta o dulce, utilizando sus dedos en forma de pinza.

Actividad: La madre le dará al niño una cajita de cerillos que contenga una galleta, un dulce, etc.

Duración: 10 minutos.

Área: Atención – Concentración

Objetivo: Que el niño preste atención y observe las caras de la madre e intente imitarlas.

Actividad: La madre sentará al niño frente a ella y cerca del espejo, hará gestos expresando estados de ánimo: alegría, sorpresa, tristeza, asombro, enojo, etc.

Duración: 10 minutos.

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el niño experimente la sensación con sus pies descalzos.

Actividad: La madre le presentará al niño una tina con harina y agua.

Duración: 10 minutos

Sesión 6

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:
Motricidad Gruesa

Objetivo: Que los niños controlen y equilibren su cuerpo.

Actividad: Las madres colocarán a los niños en un sube y baja sujetándolos de la cadera y los balancearán.

Duración: 10 minutos.

Área:
Motricidad Fina

Objetivo: Que el niño despegue los pedacitos de estambre tomándolos con sus dedos en forma de pinza.

Actividad: La madre le dará una hoja con pedacitos de estambre pegados en esta.

Duración: 10 minutos.

Área:
Atención – Concentración

Objetivo: El niño al escuchar el sonido moverá su cuerpo, cuando ya no se escuche el niño se quedara inmóvil.

Actividad: La madre emitirá sonidos con el tambor.

Duración: 10 minutos.

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el niño desarrolle el sentido del olfato.

Actividad: La madre acercará a la nariz del niño diferentes esencias como clavo, canela, hierbabuena, mentol, eucalipto, etc.

Duración: 10 minutos.

Sesión 7

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:
Motricidad Gruesa

Objetivo: Que el niño se desplace caminando tomado de una sola mano.

Actividad: La madre le dará una cubeta pequeña para transportar agua.

Duración: 10 minutos.

Área:
Motricidad Fina

Objetivo: Que el niño rasgue el papel utilizando sus dedos en forma de pinza.

Actividad: La madre le dará papel de china.

Duración: 10 minutos.

Área:
Atención – Concentración

Objetivo: Que el niño observe el cambio de color al mezclarse el colorante con el agua.

Actividad: La madre le dará al niño un vaso con agua y una cuchara. Mientras la madre vierte colorante al vaso.

Duración: 10 minutos.

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el niño observe y explore su cuerpo.

Actividad: La madre colocará al niño desnudo frente a un espejo de cuerpo entero.

Duración: 10 minutos.

Sesión 8

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:
Motricidad Gruesa

Objetivo: Que el niño ejercite extremidades superiores y fortalezca sus brazos.

Actividad: La madre tomará al niño de la cadera, mientras éste apoya sus manos extendidas en el piso en forma de carretilla.

Duración: 10 minutos.

Área:
Motricidad Fina

Objetivo: Que el niño rompa en trozos la varita utilizando sus dedos en forma pinza.

Actividad: La madre le dará al niño una varita de espagueti crudo.

Duración: 10 minutos.

Área:**Atención – Concentración**

Objetivo: Que los niños escuchen y dirijan su atención a la narradora.

Actividad: Que una de las mamás del grupo se coloque en el centro y narre un cuento a los niños que estarán sentados en círculo alrededor de ella.

Duración: 10 minutos

Área:**Sensopercepción**

Objetivo: Que el niño experimente la sensación de las diferentes texturas con los pies.

Actividad: Que la madre ayude al niño a caminar descalzo sobre huellas de pie con diferentes texturas.

Duración: 10 minutos

Sesión 9**Área:****Socialización**

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:**Motricidad Gruesa**

Objetivo: Que el niño equilibre su cuerpo para caminar siguiendo un camino.

Actividad: Que la madre ayude a caminar al niño sobre una cuerda sin zapatos.

Duración: 10 minutos.

Área:**Motricidad Fina**

Objetivo: Que el bebé coordine su mano para hacer uso de una herramienta y cortar el pan.

Actividad: La madre le proporcionará al niño un plato, un cuchillo de plástico y un pedazo de pan bimbo blanco.

Duración: 10 minutos

Área:**Atención – Concentración**

Objetivo: Que el niño escuche y preste atención a lo que dice su madre intentando recordar lo sucedido el día anterior.

Actividad: La madre traerá un escrito que describa lo que hizo el niño el día anterior y la irá contando interactuando con él (haciéndole preguntas, aclaraciones, etc.).

Duración: 10 minutos

Área:**Sensopercepción**

Objetivo: Que el niño perciba la reducción del espacio y la obscuridad.

Actividad: Que la madre aliente al niño a pasar a través de un túnel llamándolo desde uno de los extremos.

Duración: 10 minutos.

Sesión 10**Área:****Socialización**

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:
Motricidad Gruesa

Objetivo: Que el niño logre equilibrar su cuerpo mientras flexiona las rodillas y se impulsa.

Actividad: Que la madre coloque aros ula-ula sobre el piso formando un camino. La madre ayudará al niño a saltar del centro de un aro a otro.

Duración: 10 minutos

Área:
Motricidad Fina

Objetivo: Que el niño coordine su mano para hacer prensión haciendo uso de una herramienta para lograr tomar y mover objetos.

Actividad: La madre proporcionará al niño unas pinzas de pan (de plástico) y unas tinas con pequeñas pelotas de plástico duro.

Duración: 10 minutos

Área:
Atención – Concentración

Objetivo: Que el niño escuche y observe a la madre.

Actividad: Que la madre y el niño se coloquen frente al espejo, uno al lado del otro. La madre emitirá la sílaba "la, la, la", varias veces invitando al niño a que lo haga.

Duración: 10 minutos.

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el niño experimente la sensación de la textura viscosa en sus pies.

Actividad: La madre embarrará con pintura digital la planta del pie del niño y la plasmará varias veces sobre un pedazo de papel estraza.

Duración: 10 minutos

Sesión 11

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:

Motricidad Gruesa

Objetivo: Que los niños fortalezcan sus piernas, practicando muelleo de rodillas.

Actividad: Jugar a gigantes y enanos (Los niños se agacharán cuando se mencione la palabra enanos y se incorporaran estirándose cuando se mencione la palabra gigantes).

Duración: 10 minutos.

Área:

Motricidad Fina

Objetivo: Que el niño coordine su mano haciendo uso del tipo de pinza correspondiente a su edad

Actividad: Que el niño introduzca aros pequeños en una base con palos fijos de diferentes tamaños.

Duración: 10 minutos

Área:

Atención – Concentración

Objetivo: Que el bebé ponga atención a la boca de la madre y trate de imitarlos.

Actividad: La madre invitará al niño a producir ruidos con la boca.

Duración: 10 minutos.

Área:

Sensopercepción

Objetivo: Que el niño experimente la intensidad del sonido.

Actividad: Que la madre proporcione un globo inflado al niño y lo pellizque hasta romperlo.

Duración: 10 minutos

Sesión 12

Área:

Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:

Motricidad Gruesa

Objetivo: Que el niño controle y equilibre su cuerpo en una superficie inclinada.

Actividad: Que la madre ayude al niño a caminar sobre una rampa hacia arriba y abajo sosteniéndolo de una sola mano.

Duración: 10 minutos.

Área

Motricidad Fina

Objetivo: Que el niño logre ensartar los trozos de queso con el tenedor y se lo lleve a la boca.

Actividad: Que la madre le proporcione un plato con trocitos de queso y un tenedor.

Duración: 10 minutos

Área:

Atención – Concentración

Objetivo: Que el niño logre soplar algún objeto flotante, observando atentamente.

Actividad: La madre le proporcionará una tina con agua y material flotante. La madre soplará al material invitando al niño a que lo haga.

Duración: 10 minutos.

Área
Sensopercepción

Objetivo: Que el niño experimente la sensación y fuerza del agua.

Actividad: Que la madre y el niño se mojen con pistolas de agua.

Duración: 10 minutos

Sesión 13

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:
Motricidad Gruesa

Objetivo: Que el niño logre equilibrar su cuerpo para caminar.

Actividad: Que la madre ayude a caminar al niño sobre gelatina

Duración: 10 minutos

Área:
Motricidad Fina

Objetivo: Que el niño coordine su mano y los empalme.

Actividad: Que la madre proporcione vasos al niño y le ejemplifique como empalmarlos.

Duración: 10 minutos.

Área:
Atención – Concentración

Objetivo: Que el niño observe con atención las burbujas flotantes.

Actividad: Que la madre sople burbujas de jabón

Duración: 10 minutos.

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el niño experimente la sensación de la textura pegajosa en sus manos.

Actividad: Que la madre unte sobre la mano del niño miel y azúcar.

Duración: 10 minutos.

Sesión 14

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:
Motricidad Gruesa

Objetivo: Que el niño ejercite su coordinación visomotora cruzada.

Actividad: La mamá colocará al niño en posición de sentado, le mostrará un juguete en un ángulo de 45 grados a él, para que lo tome con la mano contraria al lado donde se le mostrará el juguete, la mamá atrapará la mano con la que no debe tomar el objeto.

Duración: 10 minutos

Área:
Motricidad Fina

Objetivo: Que el niño coordine su ojo y mano para ensartar el estambre.

Actividad: Que la madre proporcione al niño un bastidor con tela cuadrille, una aguja de plástico con estambre ensartado. La madre ejemplificará al niño como ensartar el estambre en la tela.

Duración: 10 minutos

Área:
Atención – Concentración

Objetivo: Que el niño observe con atención y reconozca a su familia.

Actividad: Que la madre muestre al niño una foto familiar. Mencionando a las personas presentes en dicha foto.

Duración: 10 minutos

Área:
Sensopercepción

Objetivo: Que el bebé manipule, estruje y experimente la sensación de la textura blanda.

Actividad: La madre le proporcionará al niño un plato con un trozo de papa cocida.

Duración: 10 minutos.

Sesión 15

Área:
Socialización

Objetivo: Que los niños se integren al grupo y aprendan a socializar.

Actividad: Que los integrantes del taller se saluden entre sí.

Duración : 10 minutos aproximadamente.

Rutina Preparatoria

Objetivo: Que los niños se relajen y ejerciten su cuerpo.

Actividad: Serie de ejercicios cefalocaudales (Ver Anexo 6).

Duración: 10 minutos

Área:
Motricidad Gruesa

Objetivo: Que el niño coordine su cuerpo para caminar viendo el objeto.

Actividad: La madre le proporcionará al niño un coche con un hilo amarrado, para que lo jale.

Duración: 10 minutos.

Área:**Motoricidad Fina**

Objetivo: Que el niño hacer uso de sus dedos en forma de pinza, que afine sus movimientos con precisión.

Actividad: La madre le proporcionará al niño sopa de codito crudo u un estambre ejemplificando como ensartar el estambre en los coditos.

Duración: 10 minutos

Área:**Atención – Concentración**

Objetivo: Que el niño preste atención al lugar donde la madre esconde el juguete para que este logre encontrarlo.

Actividad: Que la madre muestre y esconda un juguete llamativo en el lugar de trabajo. La madre ayudará a caminar al niño hasta el lugar donde esté escondido.

Duración: 10 minutos.

Área:**Sensopercepción**

Objetivo: Que el niño manipule y estruje hasta trozar el cascaron experimentando la sensación

Actividad: La madre proporcionará al niño un plato con un cascarón de huevo.

Duración: 10 minutos.

CONCLUSIONES

La propuesta del presente Taller de Intervención Temprana nos coloca inmediatamente en el campo de la salud y la enfermedad, en este caso el enfermo sería el que apenas va a ingresar al taller y el sano el que logre terminar con éxito el taller o que alcance su nivel de desarrollo de acuerdo a su edad. Ahora bien esto nos refiere a la pregunta ¿Qué pasa con los niños que no logran alcanzar su nivel de desarrollo de acuerdo a su edad? ¿Dónde los colocamos? ¿La respuesta nos refiere a enfermedad? O finalmente la gran observación a éste y todos los talleres es que tratamos de integrar al niño al mundo, ya sea previniendo o rehabilitando, es decir integrarlo a la norma que nos dice que el desarrollo del niño debe ser de tal manera y no de otra por lo que la pregunta queda en el aire ¿Debemos intervenir para que el niño se integre a la norma? La respuesta sería un rotundo sí, pero la pregunta en el extremo opuesto sería ¿Por qué no aceptamos la anormalidad tal cual es?.

No tratamos de dar respuesta a estas preguntas ya que respuestas o más preguntas darían lugar a una polémica mayor que pensamos seguirá a través de los años, sin embargo el reflexionar sobre este tema no nos quita de la posición en la que creemos férvidamente en poder prevenir y/o rehabilitar a un niño en su desarrollo así como crear nuevas alternativas para éste.

Estas alternativas nos colocan en la variada fundamentación de los programas que se han hecho para prevenir y/o rehabilitar al niño con retardo en el desarrollo, que con el tiempo han ido incluyendo al modelo médico más aspectos como el psicológico y social. Donde lo más importante es la conjunción de las disciplinas para la creación de nuevos programas en los que la Neurología evolutiva, como disciplina médica, ocupa un lugar primordial en cuanto a la aportación de los estudios más novedosos de las bases de la rehabilitación neurológica. La Psicología del desarrollo y de la conducta aportan las bases del

aprendizaje y evolución del desarrollo, que permitirán a su vez identificar algún desfase o retardo en el desarrollo. Este taller conjunta el área médica, psicológica, conductual y del desarrollo con la finalidad de crear un taller más completo e integral que mediante el uso adecuado de los instrumentos de evaluación detecte estos desfases para su posterior inserción al nivel correspondiente donde actuará la intervención.

La importancia de este taller radica en su función preventiva y/o de rehabilitación en una población con factores de riesgo biológico y ambiental.

Asimismo se puede afirmar la necesidad de intervenciones educativas tempranas, debido a la vulnerabilidad que presentan los niños a padecer períodos críticos durante su desarrollo, que pueden desencadenar en procesos conducentes a déficits permanentes. El desarrollo madurativo del niño con riesgo biológico, puede ser interferido por factores de índole ambiental y sociofamiliar, tales como: la presencia en mayor número de ambientes hipostimulantes, ambientes familiares con marcada tendencia a la inestabilidad, niños criados en mayor proporción con hábitos de vida inadecuados. Pero los posibles efectos negativos que podrían ejercer sobre el desarrollo del niño pueden ser contrarrestados por el taller de Intervención Temprana diseñado en esta tesis.

A través de los años se ha confirmado que los programas de Intervención Temprana han sido eficaces a favor de los niños que presentan algún tipo o alteración en el desarrollo.

La Estimulación Temprana ha sido utilizada como una estrategia de intervención para cubrir ampliamente la demanda existente debido a que ésta hace énfasis en aspectos colectivos más que individuales; centrandose su atención en la prevención y en que se considere a los primeros años de vida como una etapa de formación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La presente propuesta de Intervención Temprana conlleva a la adquisición de habilidades y el cumplimiento de objetivos de desarrollo que se traduce en cambios los que debemos aclarar no son permanentes ya que hay que tomar en cuenta las influencias del medio para mantener o no dichos cambios. Por lo que un individuo no es solo es resultado de lo que puede lograr sino la conformación de este logro en su ambiente y sociedad, visto desde esta perspectiva el individuo como un ser biopsicosocial.

Se sugiere apoyo psicológico y pedagógico para los padres de los niños nacidos con alto riesgo biológico, inmediatamente después del nacimiento de éste, por ello es necesario motivar y potenciar la presencia de los padres dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales durante el periodo de hospitalización de su hijo, y durante el proceso de rehabilitación que se lleva a cabo en el taller de Intervención Temprana.

REFERENCIAS

- Acevedo, I. Y Alba, L. (2000). *El proceso de la entrevista. Conceptos y modelos*. México: Limusa.
- Atkin, L., Superville, T., Swayer, R. y Catón, P. (1987). *Paso a Paso. Cómo evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños*. México: UNICEF
- Barquín, M. (1992). *Dirección de Hospitales. Sistema de Atención Médica*. México, D.F.: McGrawHill.
- Benavidez, H. (1990). *Manual del curso "Detección y manejo de alteraciones en el neurodesarrollo infantil (0 a 2 años)*. México, D.F.: Universidad Autónoma de México.
- Bigge, L. y Hunt, P. (1994). *Bases Psicológicas de la Educación*. México. D.F.: Trillas.
- Bloom, S., Hastings, J. y Madaus, F. (1977). *Evaluación del aprendizaje*. Buenos Aires: Troquele.
- Bowlby, J. (1985). *Cuidado maternal y amor*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bralic, S. y Lira, I. (1978). Experiencias Tempranas y Desarrollo Infantil. En: S. Bralic, M. Haeusler, I. Lira, H. Montenegro, S. Rodríguez (Eds.), *Estimulación Temprana: Importancia del Ambiente para el desarrollo del niño*. Santiago de Chile: U.N.I.C.E.F.
- Brazelton, T y Nugent, J. (1997). *Escala para la Evaluación del comportamiento neonatal*. Barcelona, España: Paidós.

Bricker, D. (1991). *Educación Temprana de Niños en Riesgo y Disminuidos: de la Primera Infancia a Preescolar*. México, D.F.: Trillas.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona, España: Paidós.

Bühler, C (1943). *El curso de la vida humana como problema psicológico*. Buenos Aires: Espasa-Calpe.

Cabrera, M. y Sánchez, P. (1987). *La Estimulación Precoz. Un enfoque práctico*. España: Siglo XXI.

Cadwell, M; Stedman, J. y Goins, W. (1989). *Educación de niños incapacitados: Guía para los primeros años de vida*. México: Trillas.

Candel, G. (1997). *Programa de Atención Temprana. Intervención en niños con Síndrome de Down y otros problemas de desarrollo*. Madrid, España: CEPE.

Canguilhem, G. (1980). *Lo normal y lo patológico*. México: S. XXI

Cejas, M., Díaz, M. y Hernández, G. "Efectos de la separación temprana de la madre en el desarrollo del niño". *Psiquis*. 1994: 15(9): 417-422.

Craig, J; Baucum, D. (2001). *Desarrollo Psicológico*. México, D.F.: Educación desarrollo psicológico.

Cravioto, J. y Arrieta, R. (1982). *Nutrición, desarrollo mental, conducta y aprendizaje*. UNICEF-DIF.

Damián, M. (2000). *Estimulación Temprana para Niños con Síndrome de Down. Manual de autocuidado*. México: Trillas.

Díaz, A. (1992). *"Comparación de tres escalas de evaluación para la detección de alteraciones o retrasos en el desarrollo de lactantes entre cuatro y dieciocho meses de vida"*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.

Díaz, L. y Zambrano, M. (1991). *"Propuesta de un Manual de Estimulación Infantil de 0 a 2 años"*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.

Evans, E. (1999). *Educación Infantil Temprana: Tendencias actuales*. México, D.F.: Trillas.

Eyer, E. (1995). *Vinculación Madre-Hijo*. Barcelona, España: Herder.

Fantz, R. Ordy, J. y Udelf, M. (1962). *Maduration of pattern vision infants during the first six months*. Journal of Comparative and Physiological Psychology, 55, 907-917.

Fernández, B. (1998). *Introducción a la Evaluación Psicológica I*. España: Pirámide.

Florentino, M. (1987). *Métodos de Examen de Reflejos para evaluar el desarrollo del Sistema Nervioso Central*. Ed. Prensa Médica Mexicana.

Fish, M., Stifter, C. y Belsky, J. (1993). *"Early, Patterns of mother infant dyadic interactions: Infant, Mother and Family Demographic Antecedents Infant Behavior and Development"*. Marshal University, U.S.A. 1993, 16, 1-18

Fitzgerald, E; Strommen, A; y McKinney, P. (1981). *Psicología del desarrollo, el lactante y el preescolar*. México: Manual Moderno.

Frankenburg, W; y Dodds, J. (1967). The Denver Developmental screening test. *Journal of Pediatrics*. 71, 181-191.

Freeman, R. (1979). *Developmental Neurobiology of Vision*. New York: Plenum Press.

Galguera, I., Hinojosa, G., y Galindo, E. (1991). *El retardo en el desarrollo. Teoría y Práctica*. México: Trillas.

Galindo, E., Berna, T., Hinojosa, G., Galguera, I., Taracena, E. Y Padilla, F. (1980). *Modificación de conducta en la educación especial: Diagnóstico y programas*. México: Trillas.

García, J. (1988). "*Estancia infantil de Atención Especial: una alternativa para la prevención del retardo*" Reporte de Trabajo Profesional no publicado, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Edo. de Méx., México.

García, O. (1996). *Manual de Intervención Temprana. Lo que no enseñan en los centros de estimulación temprana*. México: Obra Nacional de la buena Prensa.

Gardner, J. y Karmel, B. (1983). *Attention and arousal in preterm and full-term neonates*. En Field, T. y Sostek, A. *Infants born at Risk*. U.S.A.: Grune & Stratton.

Gesell, A. y Amatruda, C. (1994). *Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Evaluación y manejo del desarrollo neuropsicológico normal y anormal del niño pequeño y el preescolar*. México, D.F.: Paidós.

Golfard, W. (1943). *The effects of early institutional care on adolescent personality*. The Journal of Experimental Education. 12, 106-129.

Herrera, M. y Rayes, B. (1996). *Programa de Estimulación Temprana para niños prematuros*. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Edo. de Méx., México.

Hinojosa, G. Y Galindo, E. (1988). *La enseñanza de los niños impedidos*. México: Trillas.

Huitrón, B. y Alvarado, I. (1999). *"Protocolo de Investigación: Detección e Intervención Temprana de alteraciones en el desarrollo del niño de 24 meses de edad"* Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Edo. de Méx., México.

Ingalls, P. (1982). *Retraso Mental: la nueva perspectiva*. México. D.F. : Manual Moderno.

Instituto Panameño de Rehabilitación Especial (1988). *Curriculum de Estimulación Precoz*. México: U. N. I. C. E. F.: PROCEP.

Jordi, S. (1989). *La estimulación Precoz en la Educación Especial*. Barcelona, España: CEAC.

Kramer, F.; Ashton, B. y Brander, R. *Training of head control in the sitting and semi-prone positions*. Child: care, health and developmental. 1992, 18, 365-376.

Korner, A. y Grobstein, R. (1966) *Visual alertness as related to Soothing in neonates: Implications for maternal stimulation and early deprivation.* Child Development, 37 (4) 867-876.

Lamb, M. (1977). *Father-infant and Mother-infant interaction in the first year of life.* Child Development, 48, 167-181.

Leonor, R. (1994). "*Estimulación temprana de del Desarrollo sensorial y motriz en niños de cero a 2 años*". Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores, Ciudad Universitaria, Edo. de Méx., México.

Llor, B., Abad, M., García, M., Nieto, J. (1995). *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud.* Madrid, España: McGrawHill.

Matas, S., Mulvey, M., Paone, S., Segura de Frías, E. y Tapia, L. (1997). *Estimulación Temprana. De 0 a 36 meses Favoreciendo el desarrollo.* Buenos Aires: Lumen-Humanitas.

Montenegro, (1978). Consideraciones generales sobre Estimulación Temprana. En: Bralic, S; Haeussler, I; Montenegro, H; y Rodríguez, S. *Estimulación Temprana. Importancia del ambiente para el desarrollo del niño.* Santiago de Chile: UNICEF.

Moore, C. (1971) *Neuroanatomía simplificada. Algunos conceptos básicos para comprender las técnicas de rehabilitación.* Facultad de Medicina: Universidad de Dakota del Sur.

Naranjo, C. (1981). *Algunas lecturas y trabajos sobre Estimulación Temprana.* México: UNICEF.

Newman, B y Newman, P. (1979). *Development through life a psychosocial approach*. U.S.A. : Dorsey Press.

Nieto, G. (1994). *Una guía para estimular los primeros años de desarrollo del niño*. México, D.F.: Trillas.

Noback, R.; Strominger, L; y Demarest, J. (1993). *El sistema nervioso: Introducción y repaso*. México: McGrawHill-Interamericana.

Pallares, M. (1981). *Técnicas e Instrumentos de Evaluación*. Barcelona, España: CEAC.

Papalia, E; Wendkos, O; y Duskin, F. (2001). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. México, D.F.: McGrawHill.

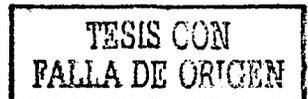
Pérez, M. (1995). *Nuevas perspectivas en Psicología del desarrollo: un enfoque histórico crítico*. Madrid: Alianza.

Piaget, J. (1986). *Seis estudios de Psicología*. Barcelona, España: Barral y Labor.

Piaget, J. e Inhelder, B. (1984). *Psicología del niño*. México: D. F.: Morata.

Pothier, C. y Cheek, K. (1984). Current practices in sensory motor programming with developmentally delayed infants and young children. *Child: care, health and developmental*, 10, 341-348.

Rheingold, H. Y Eckerman, C. (1970). *The infants separates himself from his mother*. Science, 168, 78-83.



Ribes, I. (1984). *Técnicas de Modificación de Conducta. Su aplicación al Retardo en el Desarrollo*. México: Trillas.

Rodríguez, J. y García, J. (1996). Psicología Social de la salud. En Alvarado, J; Garrido, A; Torregrosa, J. *Psicología Social Aplicada*. España: McGrawHill.

Rodríguez, O. y Rojas, R. (1998) *La Psicología de la Salud en América Latina*. México: Miguel Angel Porrúa.

Rubio-Larrosa, V. (1985). *Alteraciones del desarrollo psicomotor del niño en niños menores de dos años (Institucionalizados) con trastornos de vinculación afectiva: su prevención*. Comunicación Psiquiátrica 12, 409-436.

Salvia, J. e Ysseldyke, J. (1997). *Evaluación en la Educación Especial*. México: Manual Moderno.

Sattler, M. (1996). *Evaluación infantil*. México: Manual Moderno.

Simón, M. (1999). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.

Skinner, F. (1987). *Sobre el conductismo*. Barcelona, España: Martínez Roca.

Spitz, R. (1996). *El primer año de vida del niño*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.

Tjossem, T. (1976). *Estrategias de Intervención para niños y adolescentes de alto riesgo*. Baltimore: University Park.

Tjossem, T. (1981). *Nuevas tendencias en prevención y Estimulación Temprana*. Primer Congreso Nacional sobre deficiencia mental. Memorias. México: SEP Dirección General de Educación Especial.

Zamora, I. (1996). "*La estimulación Temprana como estrategia de prevención del Retardo en el Desarrollo*". Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. de Méx., México.

BIBLIOGRAFÍA

Bee, H. (1978). *El desarrollo del niño*. México: Harla.

Bijou, W; Baer, M. (1990). *Psicología del desarrollo infantil*. México, D.F.: Trillas.

Byrne, N., Rozental, M. (1994). "*Tendencias actuales de la Educación Médica y propuesta de orientación para la Educación Médica en América Latina*". *Educación Médica y Salud*, 28 (1), 53-93.

Gassier, J. (1983). *Manual del desarrollo psicomotor del niño: Las etapas de la socialización, los grandes aprendizajes, la creatividad*. Barcelona: Toray-Masson.

Herrera, M., Reyes, B. (1996). "*Programa de Estimulación Temprana para niños prematuros*". Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Edo de Méx., México.

Haller, G. (1974). *Psicología del Desarrollo*. México: Harla.

Insua, A. (1985). *Introducción a la Psicología y Salud*. Buenos Aires: Promed.

Miray, E. (1977). *Psicología evolutiva del niño y del adolescente*. Buenos Aires: El ateneo.

Negrete, E. y Quintanar, M. (1998). "*Descripción y Análisis de las funciones del Psicólogo en un hospital de segundo nivel de Atención en el Municipio de Naucalpan*". Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Edo. de Méx., México.

Nieto, M. (1987). *¿Por qué hay niños que no aprenden?* México: La Prensa Médica Mexicana.

Nickel, H. (1978) *Psicología del Desarrollo de la Infancia y de la Adolescencia*. Barcelona, España: Herder.

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA
CLÍNICA UNIVESITARIA DE LA SALUD INTEGRAL
SERVICIO DE NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA Y DESARROLLO
Lic. Blanca e. Huitrón V., Lic. Irma Rosa Alvarado y Dr. Mauricio
Domínguez B.

ENTREVISTA MEDICO PSICOLÓGICA

No. de Registro: _____

Fecha: _____

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____ Persona responsable: _____

I. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

Indicar cuáles de las siguientes enfermedades han padecido tanto los padres como los abuelos del niño:

	PADRE	MADRE	MATERNOS		PATERNOS	
			ABUELO	ABUELA	ABUELO	ABUELA
1) DIABETES	()	()	()	()	()	()
2) PROBLEMAS CARDIACOS	()	()	()	()	()	()
3) PROBLEMAS RESPIRATORIOS	()	()	()	()	()	()
4) PROBLEMAS PULMONARES	()	()	()	()	()	()
5) PROBLEMAS PSICOLÓGICOS	()	()	()	()	()	()
6) CONSUMO DE TABACO	()	()	()	()	()	()
7) CONSUMO DE ALCOHOL	()	()	()	()	()	()
8) CONSUMO DE SUST. TÓNICAS	()	()	()	()	()	()
9) OTROS:						

II. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

I. CONDICIONES PRENATALES

Edad materna: _____ Edad paterna: _____ Número de embarazo: _____

Aborto previo: no si Razones: _____

Embarazo: (1) planeado (2) deseado (3) accidental (4) no deseado

Estaba siguiendo algún método anticonceptivo: no si ¿Cuál? _____ Duración: _____

Duración del embarazo: (1) 6 meses (2) 7 meses (3) 8 meses (4) 9 meses (5) más de 9 meses

Asistencia al curso psicoprofiláctico: (1) no (2) madre (3) padre (4) ambos

Durante el embarazo la alimentación fue: (1) balanceada (2) suficiente (3) insuficiente

La madre:

	NUNCA	POCO	FRECUENTE	HABITUALMENTE
TOMO BEBIDAS ALCOHOLICAS	1	2	3	4
FUMO TABACO	1	2	3	4
SE REUNIA CON FUMADORES	1	2	3	4
INGIRI SUSTANCIAS TÓNICAS	1	2	3	4
TOMO MEDICAMENTOS	1	2	3	4

Cuales

Indique si la madre padeció alguna de las siguientes alteraciones:

	SI	MES		SI	MES
1) VÓMITOS EXAGERADOS	_____	_____	6) SANGRAO	_____	_____
2) NAÚSEAS	_____	_____	7) AMENAZA DE ABORTO	_____	_____
3) ENF. RESPIRATORIAS	_____	_____	8) AMENAZA DE PARTO	_____	_____
4) TRAUMATISMOS	_____	_____	9) EXPOS. A RADIACIONES	_____	_____
5) HIPERTENSIÓN	_____	_____	10) OTROS:	_____	_____

2. CONDICIONES PERINATALES

Institución en la que se atendió el parto:

(1) Salubridad (2) IMSS (3) ISSTE (4) Médico particular (5) Otro: _____

Persona que atendió el parto:

(1) partera (2) ginecólogo (3) neurólogo (4) anestesiólogo (5) se ignora

Duración del parto: _____ horas.

Dificultades en el parto:

MADRE:

- 1) ninguna
- 2) presión alta
- 3) madre ahora
- 4) madre muy joven
- 5) madre diabética
- 6) estrechez pélvica
- 7) desprendimiento de placenta
- 8) parto prolongado

HUJO

- 1) bajo peso (menos de 2,500 gr.)
- 2) alto peso (más de 4,000 gr.)
- 3) prematuraz: meses _____
- 4) quermistetus
- 5) ambranza gemelar
- 6) sufrimiento fetal
- 7) presentación anormal
- 8) absorción de meconio
- 9) hipoxia
- 10) anoxia
- 11) incompatibilidad de factor RH
- 12) circular de cordón
- 13) otro: _____

El parto fue:

1) normal (vaginal) 2) ameritó maniobras 3) fórceps 4) cesárea programada 5) cesárea necesaria

En el parto se aplicó anestesia:

1) no se aplicó 2) local 3) general 4) Dosis inadecuadas 5) Sedantes 6) Analgesia

Peso al nacer: _____ gr. Talla al nacer: _____ cm.

Días que permaneció el bebé en el hospital: _____ días.

Motivo: _____

Se aplicó alguna evaluación al nacer:

1) se ignora 2) no 3) si Cuál _____ puntaje: _____

Requirió oxígeno al nacer: no si cuánto tiempo: _____

Requirió incubadora: no si cuánto tiempo: _____

Presentó ictericia: no si

3 - CONDICIONES POSTNATALES

Inmunizaciones.

1) Sabin (Polio) 2) DTP (Difteria-Pertissis-Tétanos) 3) Bcg 4) Antisarampión

5) Otra: _____ (1) Todas

Enfermedades que ha presentado el niño y a qué edad las padeció:

1) Sarampión	si	edad _____	12) Alteraciones de conciencia	si	edad _____
2) Parotiditis	si	edad _____	13) Espasmos de sollizo	si	edad _____
3) Rubéola	si	edad _____	14) Convulsiones febriles.	si	edad _____

- | | | | | | |
|------------------------|----|------|---------------------------------------|----|------|
| 4) Meningitis | si | edad | 15) Pérdida de conocimiento | si | edad |
| 5) Hipertemia | si | edad | 16) Hipertemias persistentes | si | edad |
| 6) Reacción meningea | si | edad | 17) Parasitosis (arribas y lombrices) | si | edad |
| 7) Poliomielitis | si | edad | 18) Enfermedades cardíacas | si | edad |
| 8) Crisis convulsivas | si | edad | 19) Vómitos frecuentes | si | edad |
| 9) Periodos diarréicos | si | edad | 20) Bronquitis | si | edad |
| 10) Desnutrición | si | edad | 21) Dermatitis | si | edad |
| 11) Anemia | si | edad | 22) Otra | | |

Temperatura más alta que ha alcanzado: _____

Número de hospitalizaciones: _____

Causas: _____

Número de intervenciones quirúrgicas: _____

Causas: _____

Infecciones respiratorias no Si
 Dolores de cabeza no Si

Alteraciones sensoriales:

- 1 - Lagrmean los ojos sin llanto no Si
 2 - Infecciones crónicas (vista) no Si
 3 - Se sospecha que no ve bien no Si
 4 - Alteraciones de la vista no Si

Resultados de estudio visual: _____

5 - Usa lentes - si _____

6 - Alteraciones e la audición no si

7 - Infecciones frecuentes de los oídos: _____

Ha sufrido traumatismos craneanos: no si edad _____

- 1) sin pérdida de conciencia 2) con pérdida de conciencia
 3) Severo. pérdida prolongada de conciencia 4) fractura de cráneo

III. HISTORIA DE DESARROLLO

1 - A qué edad:

- | | | | |
|---|-------|---------------------------------------|-------|
| a) controló la cabeza | _____ | j) comió con cuchara | _____ |
| b) fijó la mirada | _____ | k) comió con cubiertos | _____ |
| c) se volvió solo de boca arriba a boca abajo | _____ | l) arrojó la pelota | _____ |
| d) se sentó con apoyo | _____ | m) comenzó a balbucear | _____ |
| e) se volvió de boca abajo a boca arriba | _____ | n) dijo monosilabas | _____ |
| f) uso andadera | _____ | ñ) dijo palabras | _____ |
| g) gateó | _____ | o) dijo frases de más de dos palabras | _____ |
| h) se levantó apoyado en los muebles | _____ | p) se dio a entender | _____ |
| i) caminó solo | _____ | | |

2 - Es lento para adquirir palabras si no
 3 - Usa gestos con significados si no

4 - Describe su lenguaje actual: _____

5 - Tiene preferencia para utilizar alguna mano si no ¿cuál? _____

6 - A qué edad controló sus esfínteres _____
 Micción durante el día _____
 Defecación durante el día _____
 Micción durante la noche _____
 Defecación durante la noche _____

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

7.- Actualmente lo está entrenando en control de esfínteres: si no

¿Qué métodos ha empleado? _____

8.- Acostumbra el niño jugar: si no

¿Con quién? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

.....
LACTANCIA

Solo leche materna _____ meses

Leche materna y fórmula _____ meses

Sólo _____ fórmula

meses.....

Comentarios:

ANEXO 2

- (3) Unión libre
- (4) Matrimonio civil
- (7) Separación
- (8) Viuda (o)

TIPO DE FAMILIA

- (1) Nuclear integrada
- (2) Nuclear integrada extendida
- (3) Desintegrada
- (4) Otro

ASISTENCIA MEDICA

- (1) IMSS
- (2) SSA
- (3) DDF
- (4) ISSSTE
- (5) Dispensario
- (6) Médico particular
- (7) C.U.S.I.
- (8) inciso 6 y otro

ACTIVIDADES RECREATIVAS

- (1) Paseos
- (2) Cine
- (3) Visitas familiares
- (4) Deporte
- (5) Teatro
- (6) Otro

INGRESO FAMILIAR TOTAL

- (1) Se ignora
- (2) Menos de un salario mínimo
- (3) Un salario mínimo
- (4) 1 a 2 salarios mínimos
- (5) 3 a 4 salarios mínimos
- (6) 5 a 6 salarios mínimos
- (7) arriba de 6 salarios mínimos

PROPIEDAD DE LA VIVIENDA

- (1) Propiedad liquidada
- (2) La está pagando
- (3) Renta
- (4) prestada
- (5) vivienda compartida, sin renta

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

- (1) Un cuarto
- (2) dos cuartos
- (3) departamento
- (4) casa duplex o cuádruplex
- (5) casa sola

NUMERO DE HABITANTES EN EL HOGAR: _____ NUMERO DE CAMAS _____

ESPECIFICACION DE ESPACIOS DE LA CASA:

- (1) sala
- (2) comedor
- (3) sala-comedor
- (4) recámaras (No. _____)
- (5) estudio
- (6) baño comunitario
- (7) Baño incompleto (No. _____)
- (8) baño completo (no. _____)
- (9) otros espacios dentro de la casa (No. _____)
- TOTAL DE ESPACIOS _____

ABASTECIMIENTO DE AGUA POTABLE

- (1) Intradomiciliana
- (2) Hidrante común
- (3) La compra
- (4) Acarrear

CONSUMO DE AGUA DE LA FAMILIA

- (1) Hervida
- (2) Garrafón
- (3) Filtro
- (4) Otra

MANEJO DE BASURA INTRADOMICILIARIA

- (1) Bote con tapa
- (2) Bote sin tapa
- (3) Bolsa de polietileno
- (4) Bolsa de papel
- (5) Se quema
- (6) Se entierra
- (7) Otro

MASCOTAS: (1) Si (2) No FAUNA NOCIVA: (1) Si (2) No

MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN

Pared: (1) Pedacería (2) Lámina de cartón (3) Lámina de asbesto (4) Mampostería
(5) Madera (6) Adobe (7) Tubique

Material del techo: (1) Lámina de cartón (2) Lámina de asbesto (3) Teja (4) Loza

Material del piso: (1) Tierra (2) Madera (3) Cemento (4) Mosaico

Número de ventanas: _____

TRANSPORTE EMPLEADO

(1) Metro (2) Trolebús (3) Taxi (4) Automóvil propio (5) microbús (6) Otro

SERVICIOS

- (1) Alumbrado si no
- (2) Pavimento si no
- (3) Drenaje si no
- (4) Todos

ACCESORIOS DEL HOGAR

- (1) Estufa (2) Refrigerador (3) Plancha (4) Licuadora (5) Batidora
- (6) Televisor (7) Lavadora (8) Radio- Grabadora (10) Aspiradora (11) Ventilador
- (12) Calentador de ambiente (13) Boiler (14) Videograbadora (15) Secadora de cabello
- (16) Tenazas (17) Secadora de ropa (18) Lavadora de trastes (19) Horno de microondas

Comentarios. _____

ANEXO 3

Manual de la Prueba de Escrutinio del Desarrollo de Denver (Frankenburg y Dodds, 1967)

La prueba de escrutinio del desarrollo de Denver fue diseñada y estandarizada para resolver la necesidad de contar con un instrumento simple y sencillo en la detección temprana de niños con problemas de desarrollo. Fue diseñada para ser usada por personas que no han tenido un entrenamiento especial en la administración de pruebas psicológicas y es fácil de administrar y calificar. Al niño se le explora en 20 tareas aproximadamente.

I. Descripción de la prueba

La prueba de escrutinio del desarrollo de Denver se compone de 105 tareas o reactivos, descritos en forma progresiva en lo que se refiere al logro de estas por los niños en determinadas edades desde el nacimiento hasta los 6 años.

Los reactivos están ordenados en cuatro sectores:

- Personal-Social.- Son aquellas tareas que indican la habilidad del niño para convivir con las personas que lo rodean y bastarse a sí mismo.
- Adaptativa Motora-Fina.- Habilidad del niño para usar conjuntamente sus manos y su vista.
- Lenguaje.- Habilidad del niño para hablar y para seguir órdenes.
- Motora Gruesa.- Habilidad para movimientos gruesos, tales como la marcha, sentarse, brincar, etc.

II. Utilidad

Muchos casos de lento desarrollo no son descubiertos si no hasta que el niño ingresa a la escuela. Ya que muchas causas pueden ser tratadas si son diagnosticadas tempranamente, es importante detectar a estos niños lo más

pronto posible, por tal motivo se ideó la prueba de Denver.

III. Material y protocolo

El material que se utiliza en esta prueba es:

- Estambre rojo
- Pasitas
- Sonaja con asa angosta
- 8 cubos de diferentes colores (rojo, azul, amarillo, verde, naranja, morado, etc.), de 2.5 cm.
- Una botellita de vidrio o plástico transparente con una boca de 5/8 de pulgada de diámetro.
- Una campana pequeña
- Una pelota de tenis
- Un lápiz

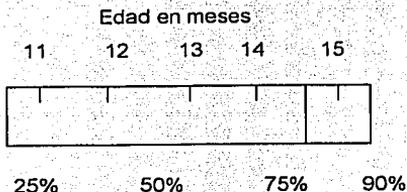
El protocolo consiste en una hoja estandarizada dividida horizontalmente en los cuatro sectores mencionados anteriormente, las tareas están jerarquizadas en orden de dificultad y están representadas por medio de una barra, la cual está colocada abajo de la edad correspondiente. En la parte superior e inferior del protocolo está la escala de edad en meses de 1 a 24 meses, y de 2 1/2 a 6 años de edad.

IV. Sistema de aplicación y calificación

Esta prueba depende básicamente de la observación del niño por parte del examinador, aunque algunos ítems pueden ser investigados a través de la información que proporcionen los padres.

En la parte superior e inferior de la prueba hay escalas de edad de 1 a 24 meses y de 2 1/2 a 6 años. Cada uno de los 105 reactivos de la prueba está

representado por una barra, la cual se encuentra colocada entre las edades que muestran cuando un 25%, un 50%, un 75% y un 90% de niños normales pueden efectuar la actividad. Ejemplo:



Porcentaje de niños que acreditan el ítem

Ítem: Camina bien

V. Instrucciones:

El examinador deberá calcular la edad del niño, para esto, deberá preguntar al padre la fecha de nacimiento del niño, y se hará una resta. Fecha del examen menos la fecha de nacimiento del niño, el cálculo se inicia en el extremo derecho de la forma impresa calculando días, meses, años. Por ejemplo:

Fecha de la prueba	Año	Mes	Día	
	99	11	25	
-				
Fecha de nacimiento del niño	98	06	06	

Edad del niño	01	05	19	

Así mismo, deberá preguntar al padre si su hijo es prematuro, ya que los

197

niños que hayan nacido 2 o más semanas prematuramente se le deberá restar el número de semanas prematuras a la edad del niño y marcar la línea con referencia a la edad ajustada o modificada del niño, se escribirá debajo de la fecha el número de semanas ajustadas.

Se prosigue a marcar en el protocolo la edad del niño con una raya que vaya a todo lo ancho de la hoja, cruzando los cuatro sectores del desarrollo. Una vez que se haya marcado la línea de edad se escribirá la fecha de la prueba en la parte superior de la línea de edad. Se empiezan a aplicar los reactivos anteriores a los correspondientes a la edad del niño y se continua en orden progresivo.

Los reactivos se califican con P si el niño logró la conducta, F si no la logró, R si se negó a ejecutarla y NO si no ha habido oportunidad de que el niño ejecute la acción.

El número de actividades que deberán ser administradas es variable y depende de la edad del niño. Todas las actividades que la línea de edad cruce deberán ser administradas. Además cada sector deberá tener por lo menos tres actividades que se logren con éxito y tres que sean calificadas con F.

Esta prueba depende de la observación del examinador sobre lo que el niño puede hacer, ya que es mejor ver lo que el niño realmente puede hacer, sin preguntarle al padre, sin embargo, hay algunas actividades que pueden ser pasadas por información, algunas veces es necesario preguntarle al padre si el niño puede realizar alguna actividad.

Debido a que se requiere de la cooperación del niño debemos hacer que este se sienta a gusto, por ejemplo podemos evaluar a un niño pequeño en las piernas de mamá, sentándolo a una altura y proximidad suficiente respecto a la mesa, para que pueda alcanzar con facilidad los materiales de la prueba.

Al examinar se deberán quitar todos los materiales de la prueba de la mesa dejando solo aquel que se va a usar, para que el niño se concentre en lo que se le va a pedir.

Se recomienda que la prueba sea administrada empezando por el sector personal-social, continuando con las motoras adaptativas finas, posteriormente con las de lenguaje y finalmente con las actividades de motora gruesa. Esto debido a que algunos niños podrán disfrutar tanto de saltar, aventar pelota, etc. (si se empieza por motora gruesa), que no mostrarán deseos de sentarse o hacer la actividad de algún otro sector.

Si el niño se rehúsa a hacer cualquiera de las actividades se le pide al padre que administre el reactivo. Es importante que al padre se le diga exactamente cómo debe administrarse las actividades, si el niño se rehúsa aún cuando se lo pide el padre, se califica el reactivo con una R en lugar de la F, y deberá colocarse sólo si el examinador cree estar seguro de que el niño puede hacer la actividad.

Se deben permitir tres oportunidades para lograr cada actividad, si es necesario antes de que presente el fracaso. Si se le dan muchas oportunidades, el niño puede aprender al observar al examinador.

La calificación N.O. no es considerada como P ni como F, por lo que no es tomada en cuenta para la interpretación.

Al terminar la prueba debe preguntársele al padre si la conducta del niño fue la común a sus actividades en otras ocasiones, ya que algunas veces el niño se puede encontrar enfermo, cansado o molesto cuando se examina para mostrar lo que realmente puede hacer.

La fecha de la prueba y las observaciones hechas por el examinador deberán ser anotadas en el reverso de la forma impresa. Las observaciones

pueden incluir por ejemplo: información de la conducta en general del niño, como reaccionó hacia el examinador, la relación padre-hijo, lapsos de atención del niño, etc.

Para reexaminar al niño usando la misma forma impresa use un lápiz de otro color para calificar y marcar nuevamente la línea de edad, escribiendo la nueva fecha, arriba de la línea de edad.

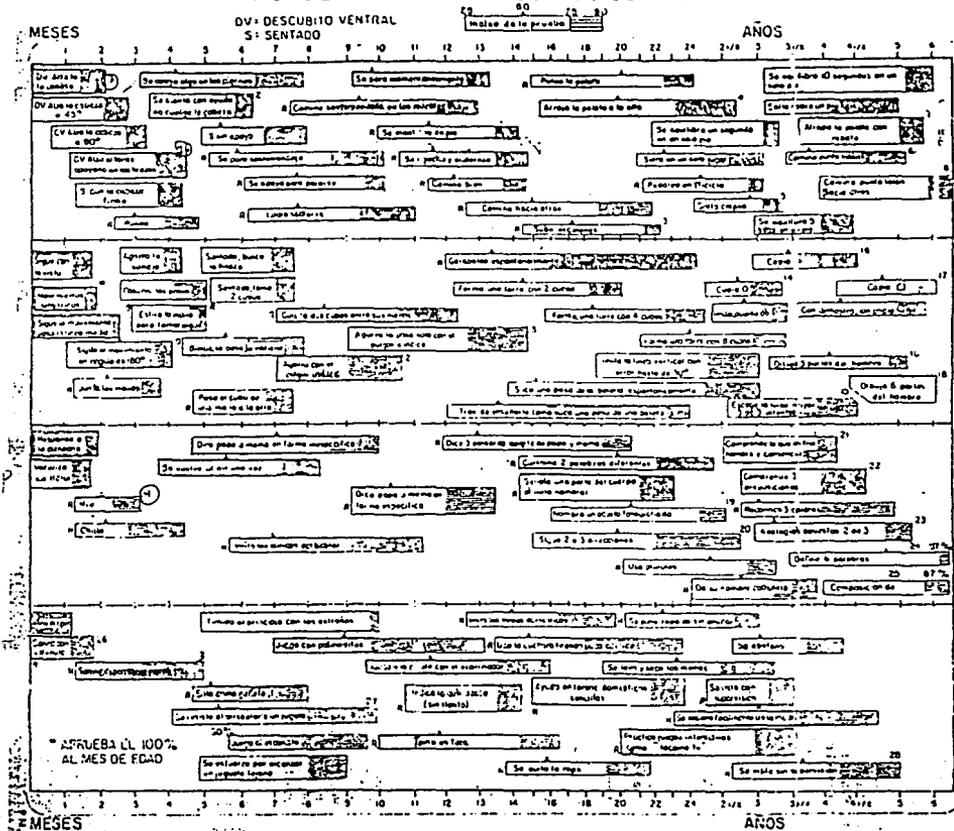
Se considerará un retraso en el desarrollo, cualquier actividad que el niño no logre y que esté totalmente a la izquierda de la línea de edad, ya que esto quiere decir que el niño ha fracasado en una tarea que es lograda por el 90% de los niños de su edad. Los retrasos son marcados con rojo en el extremo derecho de la actividad no lograda. Si la línea de edad toca el extremo derecho de la actividad no lograda no se considera retraso.

VI. Interpretación:

El resultado de la prueba se considera anormal si:

- 1.- Dos sectores, cada uno tiene dos o más retrasos.
- 2.- Un sector tiene dos o más retrasos y en otro sector tiene un retraso y en el mismo sector la línea de edad no atraviesa ninguna actividad que haya sido lograda.

PORCENTAJE DE NIÑOS APROBADOS



MOVIMIENTO GRUESO
MOVIMIENTO FINO-ADAPTABLE
LENGUAJE
PERSONAL-SOCIAL

NOMBRE DEL EXAMINADOR

PRUEBA DE INVESTIGACION DEL DESARROLLO DE DENVER

VEA EL REVERSO
R= PASAR POR RESPUESTA
AFIRMATIVA DE LA MADRE

1015

ANEXO 4

Valoración neurológica neonatal de 0 a 6 meses (Reflejos) (Craig, 1997)

Es una evaluación de los reflejos del niño, para establecer el perfil de desarrollo y maduración del individuo, con la especificación de sus acciones. Permite hacer la detección del Tono, Postura, Movimientos, Conductas, Adquisición de Conductas con Alteración en Calidad y Patrón de las mismas, Alteración de la presentación de los Reflejos, Alteraciones en Estados Funcionales Trastornos de la Sensopercepción y Retraso en la aparición de las Reacciones y Conductas del desarrollo.

Se evalúa al bebé en una mesa, cuando el bebé no tenga sueño, hambre, este tranquilo y sin llorar.

En la columna de la derecha de la tabla se calificará con una letra P si el reflejo está presente en el niño, o una A (ausente) si no lo presenta.

En la siguiente tabla, se mencionan los reflejos, su descripción, la edad en la que aparecen, la edad en la que desaparecen o se integran.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

REFLEJOS DEL NEONATO

Nombre del niño: _____

Edad del niño: _____

Fecha de evaluación: _____

Fecha de nacimiento: _____

Reflejos	Descripción	Tiempo de presentación	Tiempo de duración	P o A
Búsqueda	El neonato voltea su cabeza hacia cualquier objeto tibio que toque su carrillo y busca de manera activa el pezón.	Está presente al momento del nacimiento.	9 meses	
Succión	Extracción de algún líquido con sus labios	Reflejo bien desarrollado al momento del nacimiento		
Deglución	Cualquier estimulación en la parte posterior de la faringe por los alimentos o la introducción de una sonda provoca la deglución.	Presente al momento del nacimiento.	Continua a lo largo de la vida.	
Preñión	Se tocará la palma de la mano en las plantas de los pies, lo que ocasionará la flexión de los dedos. Su fuerza es tal que en la sujeción palmar, se puede levantar al neonato de la mesa de examen.	Presente al momento del nacimiento.	La sujeción palmar disminuye al término	
Babinski	Estimular la superficie plantar externa hace que el niño separe los dedos de los pies en forma de abanico	Presente al nacimiento.	Desaparece al término del primer año de vida.	
Marcha	Cuando se sujeta al	Al momento del	Presente hasta las	

	neonato en posición erecta, de manera que los pies toquen la superficie, hará movimientos de caminata.	nacimiento.	seis semanas de edad.	
Moro	Cualquier ruido de gran intensidad desencadena una abducción y la extensión de los brazos, todos sus dedos se separarán excepto el índice y el pulgar, que se flexionan en forma de letra "c".	Presente al nacimiento.	Persiste en los 5 meses de edad. Su presencia después de los 6 meses podría corresponder a lesión cerebral.	
Auditivo	Después de cualquier ruido de intensidad se presenta una abducción de los brazos y la flexión de los codos, permanecen cerradas las manos.	Presente al momento del nacimiento.	Su ausencia indica afección auditiva.	
Tónico del cuello	Cuando el neonato asume una posición defensiva, es decir, quedan recostados de espaldas con la cabeza rotada a un lado. La pierna y el brazo del lado hacia el cual están mirando se encuentra parcial o totalmente extendidos y el brazo y la pierna opuestos flexionados.	No siempre está presente en las primeras semanas de vida, se va dando por proceso de maduración.	Desaparece a los 6 u 8 meses de edad.	

700

ANEXO 5

Manual de valoración neuroconductual del desarrollo del lactante de 1 a 24 meses (Tamiz) (Benavides, 1986) (Ver Anexo 5).

Esta prueba surge de la necesidad de contar con un instrumento de detección del daño neurológico durante el desarrollo infantil cuyas características permitan la solución de problemas como: El inadecuado manejo tanto individual como colectivo; y la detección y el diagnóstico tardío.

Es una escala de valoración del desarrollo infantil para ser aplicada a niños de 0 a 2 años.

I. Características:

1. Puede ser aplicado por diversos profesionales con un mínimo de entrenamiento.
2. Por su diseño puede aplicarse en su totalidad.
3. La presentación gráfica facilita su aplicación.
4. Es aplicable en cualquier sitio y con un mínimo de materiales.
5. El sistema de calificación es sencillo y rápido.
6. El "pase" por pregunta es mínimo.
7. Simplicidad de las conductas.
8. Las conductas implican un nivel de integración y complejidad tales que están ausentes en los niños con daño neurológico.
9. Incluye criterios de canalización.
10. Se basa principalmente en indicadores del niño latinoamericano.
11. El tiempo de aplicación es de 12 minutos aproximadamente.

II. Forma de registro

Consta de 60 manifestaciones conductuales que pertenecen a las siguiente áreas:

702

- Alimentación
- Perceptual auditivo
- Perceptivo visual
- Reflejos, manipulación
- Coordinación
- Ojo-mano, motor fina
- Emocional social
- Cognitivo
- Postura antigravitatoria
- Deambulaci3n
- Movimientos gruesos
- Lenguaje expresivo
- Lenguaje receptivo

Estas 60 manifestaciones conductuales est3n distribuidas en 6 columnas correspondientes: 1, 4, 8, 12, 18, 24 meses de edad y 7 l3neas que representan en forma gr3fica una o dos conductas.

En la parte inferior, se encuentran uno o dos cuadros, seg3n corresponda a una o dos manifestaciones conductuales, que deber3n e total de respuestas.

III. Procedimiento

Se sugiere examinar al ni3o, siguiendo el orden por 3reas. Una vez que haya explicado a la madre el tipo de prueba y las actividades que ella va a realizar.

1. Se inicia por el 3rea de Alimentaci3n, que pasa por pregunta y permite que el ni3o se vaya familiarizando con el examinador.
2. Se contin3a con los indicadores que pertenecen a las 3reas motor fina, perceptual, cognoscitivo y emocional social, que son indicadores interesantes para el ni3o.

703

3. Se continúa con la postura antigravitatoria y deambulaci3n.
4. Por 3ltimo los indicadores de lenguaje que pudieron observarse durante la evaluaci3n.

Las instrucciones deben ser dadas con claridad. No pueden pasar por preguntas m3s indicadores que los se3alados por el formato.

Si tres indicadores son rehusados, o por el estado del ni3o no pueden aplicarse, se da nueva cita.

N3mero de indicadores a explorar:

10 indicadores por edad (el ni3o debe tener la edad cumplida en meses).

N3mero de ensayos permitidos:

Se permiten s3lo de dos a tres.

Registro:

Se utiliza una hoja de registro. El cuadro (s) en la esquina inferior indica una o dos conductas que deben registrarse.

Nomenclatura

Pase con el n3mero 1

Falla con el n3mero 0

Rechazado o no aplicado R

La prueba puede calificarse tomando en cuenta el n3mero de indicadores pasados, como:

10 normal

9 dudoso

8 dudoso

204

7 ó anormal

3 ó más rehusado: inaplicable

Calificación normal: cita a los 4 meses

Calificación dudosa: cita en un mes

Calificación anormal: cita en un mes

Calificación "inaplicable": cita en una semana



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
DIVISION DE PEDIATRIA - DEPTO. DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO
LA CONDUCTA DEL NIÑO NORMAL

NORMAL 10 PASADO 11
 OUDOSO 9-R PAJILLADO 7
 ANORMAL 7
 INAPLICABLE 3 H O MAS
 REMUSADO R

Calificación

	Nombre		Fecha de Nacimiento		Registro		
M E S E S	1- ¿RECHAZA LA PAÑAL? ¿COMIENZA MORADO?	2- ¿IMPRESION PALMAR (AMPAZ MANOS)	3- ¿OYE SONIDO DE LA SOBOLA Y DEVIENE O ALIMENTA EL MOVIMIENTO?	4- ¿CONTACTO VISUAL 4- B. SEGUIMIENTO 90°	5- ¿CABEZA BAMBOLEANTE CONTINENTES DE ENDERIZAR	6- ¿A FLECH MENSURAS BOCA ABARZO B. BURETA CARA	7- ¿AL TOCAR LEJOS LEJOS ESTA MIENTRO B SE TENDIENDE ADORNAR AL COMIENZO
M E S E S	1- ¿RECHAZA LA PAÑAL? ¿COMIENZA MORADO?	2- ¿IMPRESION DE CONTACTO (AMPAZ MANOS) 2- B. SE LO LLEVA A LA BOCA	3- ¿AL JUGAR PLATICA Y SE ME	4- ¿A BOMBUEMO A 180° 4- B. INTENTA TOCAR OBJETOS	5- ¿AL JALARLO A SENTARSE LA GANFA SIGUE AL CIEPPO	6- ¿A APOYA EN ANTERGOTOS Y LE VANTA 6- B. ME MOLESTA LA LUGOSION	7- ¿VOCALIZA CUANDO SE LE MUEVA PLATY?
M E S E S	1- ¿RECHAZA LA PAÑAL? ¿COMIENZA MORADO?	2- ¿A FLECH MANTENIENRE TENDIENDE UN BRUJOS 2- B. PUEDE TCMAR UN OBJETO Y CARA MIMO	3- ¿PUDE ENCONTRAR EL OBJETO ESPICAL MENTE ESCONDIDO	4- ¿EXPLORA CON INTERES LA CARA DE LA MADRE	5- ¿AL JALARLO A SENTARSE ADELANTA LA BARBEZA ESTIMA LAS PERNAS	6- ¿A SE APOYA EN ANTERGOTOS Y LE VANTA EL TORO? 6- B. SE APOYA EN LOS TOROZAS PARA ALCANZAR UN OBJETO	7- ¿A PARRICIBA BARRITA EN UN VASO 2- B. PUEDE TCMAR UN OBJETO
	1	2	3	4	5	6	7

905

EDAD

I X R

<p>1 2 M E S E S</p> <p>1- PUEDE BEBER EN TAZA O VASO</p> 	<p>2- PRENSION FINA</p> 	<p>3- HACE MIMERIAS Imitando</p> 	<p>4- A SENTADO AGARRA Y LEVANTA LA PELOTA 4- B REALIZA EL JUEGO</p> 	<p>5- SE PARA AGARRANDOSE DE LOS OBJETOS</p> 	<p>6- A SE DESPLAZA LATERAL A GATAS, ELEFANTE O SENTADO 6- B CAMINA BIEN SOSTENIENDO DE UNA MANO</p> 	<p>7- A PA-PA, MA-MA INESPECIFICO 7- B REALIZA ORDENES SEMILLAS CON GESTO VEHICULO, NO HAGAS TSO</p> 
<p>1 8 M E S E S</p> <p>1- PUEDE COMER SOLO CON LA CUCHILLO ANTES DE TIRARLE</p> 	<p>2- A PUEDE METER SEMILLAS O PIEDRITAS EN UN FRASCO 2- B SACIA LAS PIEDRITAS VOLTEANDO EL FRASCO</p> 	<p>3- RECONOCE DOS OBJETOS O PERSONAS EN FOTOGRAFIA</p> 	<p>4- A DE PIE PUEDE AVENTAR LA PELOTA CON UNA O DOS MANOS 4- B JUEGA ENTENDIENDO EL JUEGO</p> 	<p>5- PUEDE ACUCILLARSE Y VOLVER A PARARSE SOLO</p> 	<p>6- CAMINA BIEN SOLO</p> 	<p>7- A DICE PAPA Y MAMA MAS TRES PALABRAS 7- B SEÑALA UNA O MAS PARTES DEL CUERPO</p> 
<p>2 4 M E S E S</p> <p>1- PUEDE COMER SOLO CON LA CUCHILLO ANTES DE TIRARLE 1- B SE TIENE COME</p> 	<p>2- PUEDE COPIAR UNA LINEA EN CUADRO O RECTANGULO</p> 	<p>3- AYUDA POR IMITACION A LOS QUEDACERES</p> 	<p>4- PATEA LA PELOTA</p> 	<p>5- A PUEDE TREPANSE A UNA SILLA O A ADULTO 5- B PARA ENTENDER ALGO</p> 	<p>6- CORRE</p> 	<p>7- A HACE DE DOS PALABRAS 7- B SE LLAMA A UNO NOMBRE O VENE</p> 

ANEXO 6

209

Rutina Preparatoria

Ejercicios cefalocaudales

Los ejercicios se efectuarán en series de 15 repeticiones.

- 1.- Movimientos laterales de cabeza.
- 2.- Movimientos arriba abajo de la cabeza.
- 3.- Subir y bajar brazos alternando la posición.
- 4.- Abrir y cerrar brazos alternando la posición.
- 5.- Flexionar pierna y rodillas hacia arriba, alternadamente y luego juntas.
- 6.- Flexionar las piernas pedaleando.
- 7.- Disociación de cadera escapular con cadera pélvica con movimientos contrarios. (tomar al niño del hombro empujándolo hacia atrás al mismo tiempo que tomándolo de la cadera se empuje hacia adelante.)

709

ANEXO 7

213

Materiales:

Cajas de cerillos con galleta adentro, sube y baja, estambre, cubetas pequeñas de plástico, spaguetti, colorante, pan bimbo, ula-ula, cuchillos de plástico, palo fijo con aros para ensartar, rampa, queso, tenedores de plástico, pistolas de agua, gelatinas, papas cocidas, coches con hilo para jalar, sopa de coditos, platos, cascarones de huevo, esponjas, estropajos, algodón, vasos, pinzas de ropa, pintura digital, papel de estraza, tapete de texturas, chococrispis, tablero con orificio para pijas, alcancía, fichas, calcomanías, changos ensartables, unicel, boliche de juguete, cobija, lámpara, barril, resortes con cascabeles, amaranto, rompecabezas, botellitas de agua fría y caliente, tina de baño de plástico, cereal en polvo, diurex, panderos, globos, harina, tapas de gerber, agua.