

31921
17



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

EL PAPEL DEL PSICOLOGO EN LA APLICACION DE
TECNICAS DE ESTIMULACION TEMPRANA EN NEONATOS,
A TERMINO Y PREMATUROS, CON HIPOXIA

REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
QUE PRESENTA:
OLGA AMALIA BARQUERA RODRIGUEZ

ASESORA:

MTRA. LETICIA HERNANDEZ VALDERRAMA

DICTAMINADORAS:

MTRA. LAURA PALOMINO GARIBAY

MTRA. MARTHA ELBA ALARCON ARMENDARIZ



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, ESTADO DE MEXICO

2003

A

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**Mas Jesús, llamándolos, dijo: Dejad a los niños venir a mí,
y no se lo impidáis; porque de los tales es el reino de Dios.**

(Lucas 18: 16)

**Gracias SEÑOR por permitir acercarme a los niños,
entregarles mis conocimientos y aprender de ellos.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Agradezco enormemente a mis tres asesoras por aceptar dirigirme este trabajo, compartiendo conmigo sus experiencias y conocimientos; lo que me ayudó a crecer como persona y como profesional.

Dra. Leticia Hernández Valderrama: Le doy las gracias por darme la oportunidad de desarrollarme académica y personalmente, con su orientación profesional, así como su ayuda para la realización de este trabajo.

Mtra. Laura Palomino Garibay: Mi gratitud por sus observaciones y aportaciones realizadas al trabajo, las que fortalecieron mi desarrollo profesional.

Mtra. Martha Eiba Alarcón Armendariz: Mi reconocimiento a su experiencia en el tema, la que me ayudó para enriquecer mi trabajo.

A mis Sinodales:

Lic. Andrés Borbolla Soto

Mtra. Guadalupe Melendez Campos

Externo mi sincero agradecimiento por aceptar ser mis Sinodales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C

Mi más sincero agradecimiento al Dr. Carlos Aranza Doníz, director del Hospital General de Tlalnepantla, por la oportunidad de colaborar en esa institución.

Dr. Jorge Chi Chan y Dr. Juan Carlos Pérez; por permitirme formar parte del área de Perinatología, así como colaborar con ustedes, ya que esto me dio la oportunidad de llevar a la práctica los conocimientos adquiridos en mi formación académica.

Dra. Blanca Calderón Mandujano y Dr. Ernesto Méndez Fuentes; por su apoyo para realizar mi servicio social y brindarme un espacio para ofrecer mis conocimientos a un grupo de pequeños y a sus padres.

A las Damas Voluntarias; mi amplio reconocimiento por el trabajo que realizan en esta institución, así como por el apoyo que proporcionaron al área de Estimulación Temprana.

A los padres; que me permitieron transmitir mis conocimientos en beneficio de sus bebés y de ustedes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MIS PADRES: Enrique y Rosa (Q.E.P.D.) quienes me dieron lo más valioso, la vida.

A mi padre: Por tu enorme sabiduría para conducirme por la vida.

A mi madre: Por la vida y el amor que me dio.

A Oly (Q.E.P.D.):
Por presentarme a Cristo, Nuestro Señor y Salvador.

A MIS HERMANOS: Norma, Enrique y Myrna.

Norma: Por los mejores regalos que son tus cuidados, tus consejos y el cariño que me has brindado.

Enrique: Por tu amor y apoyo en todo momento.

Myrna: Por ser la menor, pero mi ejemplo en la carrera.

A MIS SUEGROS: Adolfo (Q.E.P.D.) y Modesta, por el amor que me han demostrado.

A MIS CUÑADAS, CUÑADOS, CONCUÑAS Y CONCUÑOS: Javier y Elsa, Martha y Raúl, Soledad y Filiberto. Y CUÑADAS Barbara y Susana. Por el aliento que siempre me brindaron.

JAVIER: Gracias por tu apoyo profesional.

A MIS SOBRINAS Y SOBRINOS:
Deyanira, Jonathan, Betzabé, Jéssica, Leticia, Alejandra, Sandra, Diana, Elisa, Beatriz, Laura, Javier, Mónica y Brenda. Quienes me acompañaron en este camino y me dieron palabras de aliento.

A MIS HIJOS: Esther y Ephraín; Doy gracias a Dios por estas dos joyas, tan valiosas, que depositó en mí para cuidarlos. Que me gustaría regresar el tiempo para poder gozar más cada momento de la vida que he compartido con ellos.

Teté: Porque me has enseñado que existe el amor, la entrega y la dedicación a Dios. Y por ese respeto y amor que me has demostrado.

Ephra: Porque siempre has tenido esa sensibilidad, cariño y respeto a Dios y hacia mí.

**A MI YERNO Y MI NUERA: Boris y Mary
Por que su relación de pareja con cada uno de mis hijos continúe cuesta arriba.**

**A MIS NIETOS:
Luis Eduardo, Ana Brenda y David: Por que continúen creciendo en el SEÑOR.**

ASÍ QUE, HERMANOS, ESTAD FIRMES, Y RETENED LA DOCTRINA QUE HABÉIS APRENDIDO, SEA POR PALABRA, O POR CARTA NUESTRA.

**(2ª. Tesalonicenses 2: 15)
(Efesios 6: 10-19)**

A MI MARIDO

RODOLFO: Que llegó cuando Dios quiso. Gracias por todo lo que me has dado, por todo lo que te has entregado, por todo lo que me has procurado. Yo se que podría seguir la lista de agradecimientos, pero sólo te puedo decir...

¡GRACIAS!

(Cantares 8: 7)

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO 1	
Psicología Social	5
1.1. Desarrollo Histórico de la Psicología Social.	6
1.2. Psicología Social de la Salud	8
1.2.1. Desarrollo histórico de la Psicología Social de la Salud	9
1.2.2. Aplicación	10
1.2.3. Papel e interés en la prevención	11
CAPITULO 2	
Investigaciones sobre el desarrollo normal del niño	15
2.1. Desarrollo psicomotor de cero a 52 semanas de edad	20
2.2. Inicio y evolución de la Estimulación Temprana.	30
2.2.1. Estimulación Temprana	34
CAPITULO 3	
La Estimulación Temprana como prevención de problemas en el Desarrollo	37
3.1. Neonato a Término y Neonato Prematuro.	43
3.1.1. Factores de riesgo que provocan un nacimiento prematuro.	45
3.1.2. Hipoxia o Apnea en recién nacidos a término y prematuros.	50
CAPITULO 4	
El papel del Psicólogo en la Estimulación Temprana.	55
4.1. La importancia de la participación madre - padre en la Estimulación Temprana	64
4.2. Relación afectiva	68
4.2. Lenguaje	71
4.3. Socialización	73
CAPITULO 5	
Metodología	80
Objetivo General	81
Objetivo Especifico	82
Instrumentación del proyecto de trabajo	84
Materiales e instrumentos	85
Sujetos	86
5.1. Procedimiento	87
5.2. Análisis de resultados	94
5.2.1. Análisis cuantitativo	95
Bebés a Término	96
Bebés Prematuros	111
5.2.2. Análisis cualitativo	126
Conclusiones	132
Bibliografía	139
Anexos:	
1- MANUAL DE ESTIMULACION TEMPRANA	
2- PROGRAMA DE CAPACITACION AL PERSONAL DE LA SALUD DEL H.G.T. "VALLE CEYLAN".	

RESUMEN

El interés de la Psicología Social de la Salud para el desarrollo correcto del bebé es un tema de actualidad en este país, debido a que por problemas de hipoxia al nacer, puede ocasionar retardo en su desarrollo. Para ello, la Estimulación Temprana se considera una técnica adecuada que ayuda a eliminar o disminuir dificultades que se presenten y para que el niño obtenga un crecimiento óptimo. No obstante, pocas instituciones públicas de salud cuentan con programas de Estimulación Temprana.

Lo anterior sirvió como referencia para el trabajo que se realizó en el Hospital General de Tlalnepantla "Valle Ceylán", en el área de Estimulación Temprana. Este servicio fue pionero por lo que permitió aplicar conocimientos adquiridos para potencializar el desarrollo psicomotor de los niños. Para ello se llevó a cabo la evaluación e intervención a 14 niños (7 prematuros y 7 a término) comprendidos en las edades de 0 días a 1 año, que presentaron problemas de hipoxia al nacer, remitidos por los Pediatras del Hospital de la sección de Perinatología o del área de Mamá Canguro. Esta población fue seleccionada de 113 bebés que se atendieron durante el periodo que se trabajó en el Hospital General de Tlalnepantla "Valle Ceylán".

En las sesiones se evaluó, diagnosticó e intervino a los bebés en presencia de los padres; a quienes se instruyó para que aplicaran diariamente, durante un mes, un programa elaborado para cada bebé, de técnicas de Estimulación Temprana. Cuando los pequeños alcanzaron su desarrollo cronológico pasaron a las sesiones de grupo de bebés de su misma edad. Tanto en las sesiones individuales como en grupo, se sugirió al padre y a la madre, aplicar los ejercicios mediante una interacción cara a cara y al ritmo de música. Al término de éstas se les impartió a los padres una técnica de relajación, con el fin de reducirles el estado de estrés, así como para mejorar la relación afectiva con sus bebés.

Como resultado de la estimulación aplicada a los bebés a término, éstos igualaron su edad cronológica con la de desarrollo normal, en su mayoría, desde la quinta o sexta sesión. En el caso de los bebés prematuros, la mayoría alcanzó su correcto desarrollo a partir de la tercera o cuarta sesión. Sólo en el caso de dos niños se presentó un retraso debido a que los padres faltaron a las sesiones: en el primer caso se ausentaron durante dos meses, periodo en el cual no realizaron los ejercicios indicados para el bebé, alcanzando éste su edad cronológica tres meses después de haber regresado, ya que sus progenitores atendieron las indicaciones proporcionadas. En el segundo caso, faltaron un mes, alcanzando su desarrollo en el tercer mes de su reingreso.

En el rubro de capacitación se realizó un taller de Estimulación Temprana para médicos y enfermeras de la sección de Perinatología con el objetivo de que iniciaran la aplicación de la técnica adecuada en los niños que por algún motivo de salud tuvieran que permanecer en esa sección.

La participación del Psicólogo Social de la Salud como parte del equipo multidisciplinario (pediatras, enfermeras, neonatólogo, trabajadora social), contribuye ampliamente al buen logro de los objetivos de la Estimulación Temprana con bebés que así lo requieran. Su labor contempla los elementos afectivos o emocionales y conductuales que están implícitos en todo desarrollo psicológico de un ser humano. Destacando la participación fundamental que tienen los padres durante todo el proceso.

INTRODUCCION

El avance de la ciencia y el interés por preservar la vida ha sido fundamental para que, cuando algún bebé prematuro o bebé a término presente problemas antes, durante, o después de nacer; pueda responder a los tratamientos y logren un desarrollo adecuado, o en caso contrario, su vida pueda ser óptima para él y para su familia. La intervención del psicólogo social en el campo de la salud, particularmente en el área de Estimulación Temprana, incluye conocimientos sobre el desarrollo psicofisiológico del ser humano; ya que resulta necesario para detectar a tiempo los signos de alerta que puedan presentarse en los niños.

El conocimiento sobre el desarrollo del niño permite efectuar la evaluación adecuada con el fin de canalizar al bebé con los especialistas y/o pediatras indicados. En el caso de que éste no requiera atención médica, es conveniente que un psicólogo social pueda aplicar los conocimientos adquiridos en dos niveles: primero, que el psicólogo aplique sus conocimientos sobre las técnicas de Estimulación Temprana y, segundo, que instruya a los padres y a los profesionales de la salud para que apliquen las técnicas de Estimulación Temprana a los infantes que lo requieran, para así prevenir algunos problemas que se puedan presentar por la falta de estimulación en el área correspondiente y, lograr el mejor desarrollo psicofisiológico del bebé.

Cada uno de los puntos que se llevaron a la práctica se desarrollan en el contenido de los capítulos que integran este reporte de trabajo.

En el capítulo 1, se describe cómo la Psicología de Salud tomando en cuenta las influencias sociales, interviene en la prevención, analizando los problemas de salud, creando programas para el cambio de actitudes de las personas y, así propiciar la disminución en la incidencia de enfermedades.

El capítulo 2 incluye investigaciones referentes al desarrollo del niño, desde 1800 hasta el año de 1994; las indagaciones proporcionan información que permiten conocer el comportamiento del bebé en sus etapas de desarrollo; como en el caso de los trabajos realizados por Arnold Gesell y otros autores, quienes con su trabajo de investigación indican cómo se obtiene el diagnóstico correcto, así como, los métodos para evaluar los problemas que puedan presentar los niños.

Por otra parte se describe la evolución de la Estimulación Temprana desde el siglo XIX, iniciando con Baptist Graser y Frances Galton (quienes siguen las teorías de Darwin), así como el trabajo realizado en Alemania en los años cincuenta y, en esta misma década, la aportación de los Estados Unidos de América. Asimismo, los aportes de México, desde la década de los sesenta, en el trabajo realizado en una escuela de educación especial, en la cual se aplicó un método de Estimulación Temprana; los trabajos de investigación e intervención hasta los años noventa, cuando se publica la Norma Oficial Mexicana, para evaluar el estado de salud de los niños e intervenir en éstos si existiera alguna alteración en su desarrollo.

Por último, se aborda la definición de Estimulación Temprana, que se dirige principalmente a niños con problemas prenatales, perinatales, o postnatales; así como a niños cuyo desarrollo pueda ser afectado por factores ambientales o nutricionales.

El capítulo 3 hace referencia al desarrollo del niño desde su nacimiento hasta el año de edad; los factores de riesgo de los bebés a término, prematuro, de bajo peso, y con hipoxia al nacer.

El capítulo 4, nos da a conocer la importancia del psicólogo en la estimulación temprana; mismo que forma parte de un grupo multidisciplinario, integrado por médicos, pediatras y enfermeras. La función del psicólogo es la detección de

problemas, promoción de cambios, y la planeación y prevención de estrategias en la estimulación temprana; en este perfil de trabajo, se incluye a los padres, que deben adiestrarse para aplicar las técnicas de estimulación en los bebés, así como propiciar la vinculación afectiva entre padre – madre – hijo.

Asimismo, se menciona la capacitación necesaria a médicos y enfermeras para que proporcionen estimulación a los bebés que se encuentran en el área de perinatología. También se refieren los métodos de intervención temprana empleados en esta actividad.

El capítulo 5, delimita la metodología empleada; la justificación, los objetivos, los instrumentos del programa de trabajo, el procedimiento, los sujetos y la situación experimental. En este capítulo se describen los resultados obtenidos por cada bebé, a través de un análisis cuantitativo y cualitativo; así como las conclusiones del trabajo realizado en Estimulación Temprana.

En los anexos se integra, El Manual de Estimulación para el trabajo con bebés de 0 a 1 año de edad, que contiene: 1) Características generales para la aplicación 2) Normas de aplicación, formatos de la entrevista, hojas de registro, formato carnet, hojas de materiales y diagnóstico de desarrollo, 3) Reflejos, 4) Programa de relajación muscular del (la) bebé, 5) Programa mensual; 6) Recomendaciones para el desarrollo óptimo del (la) bebé; 7) Relajación para padres; 8) La música en la estimulación temprana; 9) guía de estimulación para el área de Perinatología.

CAPITULO 1

PSICOLOGIA SOCIAL

CAPITULO 1

PSICOLOGIA SOCIAL

La Psicología Social ha dirigido su atención a solucionar problemas en cuestiones de salud personal, procesos legales y del comportamiento social del individuo, así, con la Psicología Social de la Salud pueden aplicarse conocimientos y técnicas para discernir los problemas de salud, diseñar y poner en práctica programas de intervención.

La Psicología Social de la Salud también analiza las conductas de salud-enfermedad, la interacción con otras personas, las técnicas diagnósticas, la promoción de la salud; desde la prevención y análisis de los problemas de salud, hasta la intervención en la solución a los problemas de salud.

Por otra parte el desarrollo de la Psicología Social de la Salud en las Instituciones, como uno de los objetivos de la misma en el campo de la salud; ésta, prevé que el psicólogo social deberá aplicar técnicas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud para que se dé el cambio de conducta en el individuo; puesto que, en el campo de la prevención, se orienta a que las enfermedades disminuyan. La promoción se puede realizar de forma individual, grupal o comunitaria, mediante campañas. El interés de la psicología de la salud para promover, mantener y mejorar la salud; mediante la prevención se apoya en los servicios de salud, como indica la meta que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS), de "Salud para todos en el año 2000". Sobre el trabajo a desarrollar, los psicólogos pueden participar en el desarrollo de políticas de salud mental y en la inclusión de factores psicosociales de los programas de promoción de la salud y el desarrollo humano.

Baron y Byrne (1998) señalan que durante muchos años la Psicología Social había intentado integrarse en diversas disciplinas, como la Biología, la Química y la Física, y que después de mucho tiempo los investigadores sociales han logrado ingresar a otros ámbitos, ya que para realizar sus investigaciones utilizan métodos similares a los de las otras ciencias; estos principios básicos se aplican a conocer las causas de la conducta y pensamiento social, además de identificar los factores que forman nuestros sentimientos, conductas y pensamientos en diferentes contextos. Asimismo, comentan que en la Psicología Social, desde sus inicios, se ha empleado el método científico en sus investigaciones, y obtenido información sobre el comportamiento humano.

1.1. DESARROLLO HISTORICO DE LA PSICOLOGIA SOCIAL

Alvaro, Garrido, y Torregrosa (1998), indican que, para explorar a la Psicología Social aplicada, es necesario conocer la aportación de la Psicología Social, ya que ésta última dió paso a la primera. Los autores consideran como antecedente el trabajo de Comte en el año de 1844, quien intenta se dé un cambio para el progreso del estado teológico, que redundará en mejores condiciones para la existencia humana. En 1888, George Herbert Mead al estar comprometido en los problemas sociales de Chicago, específicamente el de los derechos de las mujeres hasta la reforma del código penal juvenil, decidió especializarse en Psicología Fisiológica con el fin de tener los fundamentos básicos para la investigación social. La teoría de Mead se encarga de la búsqueda de soluciones a los problemas sociales, tomando la ciencia como método para el control del ambiente físico y social.

Aunque Baron y Byrne (1998) no contradicen a Alvaro, Garrido, y Torregrosa; los primeros afirman que la Psicología Social inicia en el año de 1908, cuando algunos

científicos se interesan por temas que le dan a ésta un carácter independiente. En 1908 William McDugall publica un texto con el nombre de Psicología Social, en éste, el autor afirma que el comportamiento social se origina por las tendencias o instintos innatos. En 1924 Floyd Allport publica un libro en el que sostiene que el comportamiento social se motiva por diferentes factores personales y el de la presencia de otras personas.

Vygotsky (1927/1991) (en Alvaro, et al., 1998), afirmó que la Psicología Aplicada tenía un papel principal en el desarrollo de la ciencia, ya que ofrecía trabajos metodológicos que indicaban lo que sucedía realmente en el área de la psicología al llevar a la práctica la teoría específica a los casos a investigar. Lewin (1947) (en Alvaro, et al.), agrega que, además de la metodología, era necesario que los experimentos realizados, ya fueran en el laboratorio o en el campo, dieran como resultado un cambio. El resultado se debe a que existe relación entre la Psicología Teórica y la Aplicada; el autor considera que no puede ir una sin la otra, ya que esta última no podría resultar sin un auxilio teórico en que apoyar su investigación.

Stephenson (1990) (en Alvaro, et al., 1998), declara que la Psicología Social se interesa en los problemas sociales y ha desarrollado teorías para responder a ellos, es por eso que puede compartir resultados con otras disciplinas como la medicina, las relaciones laborales y la educación.

Baron y Byrne (op.cit) (en Alvaro, et al., 1998; pág. 37), se apoyan en el hecho de que los psicólogos sociales centran su atención en comprender cómo y por qué los individuos piensan, sienten y se comportan como lo hacen; es por eso que la definición se considera como: "el campo científico que trata de entender la naturaleza y las causas del comportamiento y del pensamiento del individuo en situaciones sociales.

Utiliza métodos científicos para obtener nueva información sobre cómo interaccionamos y pensamos con respecto a las otras personas". Este interés por entender cómo una persona piensa respecto a otras y cómo se relaciona con los demás, es el papel del psicólogo en el ámbito de la Psicología Social.

Baron y Byrne (1998), indican que para los años 70 la Psicología Social, además de tomar los factores cognitivos, dirigió su atención a solucionar problemas en cuestiones de salud personal, procesos legales y del comportamiento social del individuo. Estos autores consideran, además, que la dirección hacia el año 2000 puede tomar muchos rumbos, aunque se propone que la Psicología Social cambiará en la influencia de la perspectiva cognitiva y el interés por su aplicación para entender el comportamiento y el pensamiento social; en el interés por adoptar una perspectiva pluricultural, y en la investigación de la diversidad cultural y sus efectos.

1.2. PSICOLOGIA SOCIAL DE LA SALUD.

Alvaro, Garrido y Torrentosa (1998), afirman que con la Psicología Social de la Salud se aplican conocimientos y técnicas para comprender los problemas de salud, el diseño y la puesta en práctica de programas de intervención y, el estudio del factor social que interviene en el contexto de salud/enfermedad. Para abordar este tema Rodín y Salovey (1989) (en Alvaro, et al., 1998), consideran que los psicólogos estudian cómo el factor psicológico puede afectar al factor físico. Glass (1989) (en: Gómez, 1999), afirma que a este estudio se le da el nombre de Psicología de la Salud; ésta investiga los procesos psicológicos que afectan el desarrollo, la prevención y el tratamiento de las enfermedades físicas. Pero para introducirse más al respecto, es necesario conocer el desarrollo histórico de la misma.

1.2.1. DESARROLLO HISTORICO DE LA PSICOLOGIA SOCIAL DE LA SALUD

Alvaro, Garrido, y Torregrosa (1998), refieren que, en la conferencia de Alma-Ata, efectuada por la OMS en 1978, una de los objetivos fue la necesidad de que la población mundial pudiera alcanzar el desarrollo necesario para acceder al bienestar social y económico. En el año de 1984 formulan el programa <<Salud para todos>>, mismo que consistía en tratar la enfermedad en tres niveles: proporcionar atención primaria o prevención de la enfermedad; la prevención secundaria implicaría acortar el periodo de la enfermedad; y la prevención terciaria o disminución de las secuelas de la enfermedad. En México, indican Fernández y Arroyo (1991) que, si bien la Secretaría de Salubridad y Asistencia había efectuado el Plan Nacional de Salud desde 1974, retomó los acuerdos de la conferencia y con los programas de salud que se realizaron de 1982 a 1988, se consolidó el Sistema Nacional de Salud.

En 1981 (Rodríguez y Palacios, 1992; pág 475), indican que La American Psychological Association definió a la psicología de la salud como: "El conjunto de contribuciones de la disciplina psicológica en lo científico y profesional dirigidas a: la promoción y mantenimiento de la salud; la prevención y tratamiento de la enfermedad; la identificación de los correlatos etiológicos y de diagnóstico de la salud, de la enfermedad y de las disfunciones relacionadas; en el análisis y mejoramiento de los sistemas de salud; y, la formulación de políticas de la salud". Esta definición es complementada por Alvaro, Garrido, y Torregrosa (1998; pág. 352), quienes aseveran que "la Psicología Social de la Salud aplica sus conocimientos y técnicas a la comprensión de los problemas de salud, y al diseño y puesta en práctica de programas de intervención".

1.2.2. APLICACIÓN.

Alvaro, Garrido y Torregrosa (1998), consideran que la aplicación de la psicología de la salud se centra en el estudio de las conductas de salud-enfermedad, la interacción con otras personas, las técnicas diagnósticas, la promoción de la salud, desde la prevención y análisis de los problemas de salud, hasta la intervención en la solución a los problemas de salud. Rodríguez y Palacios (1992), añan a lo anterior, la atención mediante el desarrollo de procedimientos para el seguimiento de los pacientes.

Por otra parte Rodríguez y Marín (1995) se refieren al proceso de "Enfermedad", indicando, que la Psicología Social de la Salud interviene en el estudio de las fases de ésta, que son: origen, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; al estudiar e interpretar los síntomas que le indican los pacientes, al relacionar el factor social; las actitudes de los médicos respecto al diagnóstico y el tratamiento; por último, la actitud del paciente y sus familiares.

Sobre el desarrollo de la Psicología Social de la Salud en las Instituciones, Barriga, et al. (1990); Rodríguez - Marín, (1986) (en Alvaro, et al., 1998); Rodríguez - Marín, Pastor y López (1993), afirman que la Psicología Social de la salud interviene dentro de los hospitales, rescatando los objetivos psicosociales orientados en lo que se conoce como <<programa de humanización de la asistencia hospitalaria>>. También diseña programas dirigidos a los profesionales de la salud, para que se presenten, por parte de éstos, actitudes que favorezcan la recuperación del enfermo y a una buena relación con las familias de éstos.

Barriga et al. (1990) (en Alvaro, et al., 1998); León y cols. (1987), sugieren que dentro de los programas para el personal de la salud se incluyan "técnicas de

entrenamiento en habilidades sociales y programas de manejo del estrés, técnicas de coordinación y funcionamiento de equipo sanitario y técnicas de organización y aprovechamiento de recursos. En el trabajo para la comunidad, Rodríguez-Marín, Pastor y López Roig (1993) (en Alvaro, et al., 1998), comentan que la Psicología Social interviene en la comunidad mediante el diseño y aplicación de programas, al estimular la participación en campañas; formando grupos de auto-ayuda y equipos de apoyo para el bienestar psicológico y social.

Respecto a la Investigación, Alvaro, Garrido y Torregrosa (1998), afirman que ligado al tema de enfermedad, la Psicología social interviene investigando la relación de la enfermedad con situaciones sociales (como el estrés); con estilos de vida relacionados con las enfermedades coronarias; en cómo el apoyo social contribuye a la salud física y mental al acortar la enfermedad y reducir los síntomas; por último se ha estudiado la relación entre el paciente y el médico, considerando que uno de los problemas es que el paciente no tiene la información que desea o resulta conveniente para conocer su estado y, que esto le ayude a conducirse como conviene a su salud.

Rodríguez- Marín, Pastor y López (1993), refieren que dentro de la importancia que tiene la organización sanitaria, en la realización del trabajo y la satisfacción de los profesionales al ejecutar el mismo, así como la de los que requieren los servicios, se ha investigado sobre el clima socio-laboral y asistencial en profesionales de enfermería y, sobre el estrés en profesionales de la salud. Un último rubro de investigación hospitalaria es el campo de la Política Sanitaria y mejora del cuidado de la Salud.

1.2.3. PAPEL E INTERES EN LA PREVENCIÓN.

Latirgue (1991), hace notar que, anteriormente, la salud o enfermedad era atendida exclusivamente por los médicos, y en la mayoría de los casos el aspecto

somático en el tratamiento era olvidado, dándole el servicio médico a la persona sólo por su enfermedad. La preocupación de los psicólogos al centrarse en el lado humano del paciente ayudó a contribuir para que la relación médico-paciente fuera más activa; de igual forma, el psicólogo actúa mediante la prevención para que el paciente se haga responsable de su salud, mediante conductas y costumbres que favorezcan a su salud.

Para Alvaro, Garrido, y Torregrosa (1998), la Psicología Social actúa en un contexto de salud, estableciendo una relación entre la familia y el enfermo; en la prevención de las posibles enfermedades y en la promoción del cumplimiento de un tratamiento; analizando también la relación que el enfermo mantenga con su médico; y que el paciente, finalmente, lleve a efecto los cambios de malos hábitos de salud. Otro nivel de atención de la psicología social de la salud es la investigación de variables que se presentan en el mantenimiento o cambios de conductas; dándose estas modificaciones por medio del aprendizaje, la motivación, la interacción que la persona tenga con su entorno social, su estructura biológica y psicológica. Costa y López (1986) (en Alvaro, et al., 1998) afirman que, como uno de los objetivos de la Psicología Social en el campo de la salud, el psicólogo social deberá aplicar técnicas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud para que se de el cambio de comportamiento en el individuo. Estos autores consideran que, en el campo de la prevención, la Psicología Social de la Salud se orienta a:

- a) Prevención primaria- que las enfermedades disminuyan.
- b) Prevención secundaria- que el periodo de la enfermedad sea más corta, al prevenir las fallas que puedan darse en los sistemas de salud.

- c) Prevención terciaria- que las secuelas y complicaciones de la enfermedad se reduzcan, al promover estilos de vida que fomenten la salud; con hábitos higiénicos, ejercicio, dieta.

La promoción de la salud desde la prevención se puede realizar de forma individual, grupal o comunitaria, mediante campañas. Estas campañas se relacionan con la *Educación para la Salud* o Educación Sanitaria. Kok (1988) (en Alvaro, et al., 1998), afirma que dentro de la acción preventiva se encuentra el promover la salud, al informar a las personas sanas sobre determinadas enfermedades, relacionar los estilos de vida de las personas con su salud, y relacionados con patologías específicas como el estilo de vida, asociado con enfermedades cardiovasculares.

Kok (1988) (en Alvaro, et al., 1998; pág. 360), indica que en la Educación para la Salud se "analizan los problemas, identifican los determinantes de conducta, intervención comportamental y evaluación". Las intervenciones son orientadas para obtener el cambio de conductas que permitan que el individuo tome actitudes positivas para la salud. Al respecto Glass (1989) (en: Baron y Byrne, 1998; pág. 110), indica que el interés de la psicología de la salud para promover, mantener y mejorar la salud; mediante la prevención se apoya en los servicios de salud, cuya meta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es "Salud para todos en el año 2000." Para poder cumplir esta meta, que los servicios de salud se integren a las comunidades e individuos. Dentro de este trabajo, los psicólogos pueden participar en: "1) El desarrollo de políticas de salud mental, 2) En la inclusión de factores psicosociales en los programas de promoción de la salud y el desarrollo humano. 3) La prevención y tratamiento de trastornos mentales y neurológicos" (pág. 110). Snyder (1989) (en: Gómez, 1999), Afirma que el psicólogo interviene en la prevención mediante la aplicación de técnicas de autocontrol, relajación, y con pláticas en las que

se sugiere seguir las indicaciones recibidas para mejorar la salud, y la relación interpersonal dentro del contexto sociocultural.

Figueroa (1991) (en: Latirgue, 1991), indica que en México, hasta el año de 1991, en la atención primaria de la salud, se instituyó un proyecto que contempló la atención a menores de cinco años, atención de las madres durante el embarazo, parto y puerperio, y planificación familiar; para ello se capacitó y supervisó al personal voluntario. Los problemas a los que se enfrentaron durante este proyecto fue que el personal asignado no contó con el material ni el apoyo financiero necesario para llevar a cabo sus actividades.

Así la Psicología de la Salud, es dirigida a la prevención y promoción de la salud mediante la identificación de problemas y el diagnóstico de la salud, con el propósito de que se dé el cambio de comportamiento de un individuo, y que, en el caso de presentar alguna enfermedad, éste se recupere en el menor tiempo posible. Esto se logrará promoviendo estilos de vida que contemplen hábitos higiénicos adecuados, ejercicios y dieta. La prevención se proporcione de forma individual, grupal o comunitaria, mediante campañas y con el apoyo de los servicios de salud; dichas campañas permitirán conocer los problemas de salud más frecuentes en la población y establecer las medidas preventivas necesarias para cada comunidad, grupo o individuo. Una de las medidas preventivas es la aplicación de las técnicas de Estimulación Temprana, que evitarán que el desarrollo de los niños sea inadecuado. Pero para esto es fundamental conocer primero el desarrollo normal del niño para poder realizar una intervención preventiva.

CAPITULO 2

**INVESTIGACIONES SOBRE
EL DESARROLLO NORMAL
DEL NIÑO**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 2

INVESTIGACIONES SOBRE EL DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO

Desde 1835 ha surgido un gran interés por el desarrollo normal de un niño y es James Mark Baldwin quien reúne en forma metódica datos sobre la conducta motora; lo cual marcó el inicio de la psicología evolutiva. A fines del siglo XIX se emprenden las investigaciones sistemáticas y longitudinales sobre el desarrollo conductual de los niños. En estados Unidos se investiga el desarrollo sensoriomotor en los primeros años de edad del niño.

A principios del siglo XX los estudios se realizan con trabajos de observación, monografías sobre el lenguaje infantil, el juego o el dibujo. Y del final de la primera guerra mundial hasta los años cincuenta, se inicia el periodo de la psicología del desarrollo. Desarrollo que, según J. Piaget, se manifiesta en fases o estadios, elementos para el análisis del proceso de desarrollo. A finales del siglo XX se aportaron elementos para estudiar al niño como un todo; por otra parte se implementa una técnica para evaluar y atender a niños que pudieran presentar trastornos al nacer y que no alcanzarán su desarrollo normal.

Delval (1998); Papalia y Wendkos (1988), manifiestan que la preocupación por seguir el desarrollo del niño empieza en la antigüedad, con los griegos; sus observaciones se encaminaban a resolver problemas educativos o definir el valor educativo de los juegos; por ejemplo, Aristóteles y Platón, dentro de sus diversas actividades (filosofía, matemáticas, etc.), se dedicaban a formar ciudadanos con hábitos higiénicos. A partir del siglo XVI empezaron las primeras observaciones

sistemáticas por estudiar el desarrollo de la salud en los niños, la forma de alimentarlos y cuidarlos; estos son una serie de consejos encontrados en la obra de Jean Héroar, médico francés.

Hurlock (1988), refiere que el primer registro científico del desarrollo, realizado por Pestalozzi cuando observó a su hijo de tres años y medio, se publicó en 1774. Papalia y Wendkos (1988); Gene (1994); Delval (1998), consideran que la observación naturalista es uno de los primeros métodos utilizados para observar el comportamiento del niño, en este método los padres anotaban los sucesos de la conducta realizada por el niño; aunque el problema era la interpretación, ya que los padres atribuían al comportamiento del niño los sentimientos e inclinaciones del mismo observador. Independientemente de la interpretación, esta observación ha proporcionado información para conocer el comportamiento del bebé en sus etapas de desarrollo, como el gatear, el sentarse, el caminar y el hablar.

Feldemann (1833) (en: Delval, 1998), indica que la preocupación por saber que la conducta de un niño estudiado se considere como normal, dio paso a las *investigaciones de tipo estadístico* en 1835, con Quételet, que reunió en forma sistemática datos sobre la conducta motora. Afirma Delval, que en la década de 1870, con el trabajo de William Preyer, en su obra *El alma del niño*, surge el interés por la psicología del niño al estudiar el desarrollo de éste, en las etapas previa y posterior al nacimiento; y con el trabajo que realizó Charles Darwin con uno de sus hijos, que se publicó en 1872 con el nombre de *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*. Tanto esta obra, como la influencia obtenida con su libro publicado anteriormente sobre el Origen de las Especies, fueron importantes y contribuyeron a que desde 1878 se publicaran libros sobre la adquisición del lenguaje y el desarrollo de la inteligencia.

Delval (1998), refiere que las investigaciones realizadas entre los años 1870 a 1883 se efectúan por medio de la aplicación de cuestionarios dirigidos a niños de seis años, para saber qué conocimientos tenían acerca de su ciudad, su religión, los cuentos famosos, las figuras geométricas y las costumbres sociales. En 1883 Stanley Hall replantea el trabajo de su antecesor, cuyos resultados no fueron estadísticos; y, a mediados del siglo XIX, la influencia de Charles Darwin con su libro *El Origen de las especies*, provoca que, desde 1895 hasta el final de la primera guerra mundial, cambie la forma de interpretar la conducta del bebé; se trata de descubrir las leyes del desarrollo, y se inicia la aplicación de los tests de inteligencia; este es el periodo considerado como el comienzo de la psicología evolutiva.

Los trabajos al final de ese siglo se realizaron con observaciones de James Sully en 1896 que integran aspectos cuantitativos acerca del desarrollo infantil. Esta preocupación por conocer los progresos cuantitativos hace que las investigaciones regresen a la importancia teórica que existía anteriormente. Esta influencia la reincorpora James Mark Baldwin en 1895 con su libro *El desarrollo mental en el niño y en la raza* y, en 1897, con otra publicación: *Interpretaciones sociales éticas del desarrollo mental*, libros que se consideran fundamentales para el inicio de la psicología evolutiva. Delval (1998), indica que a comienzos del siglo XX continua el estudio del desarrollo del niño con trabajos de observación, monografías sobre el lenguaje infantil, el juego o el dibujo. En este periodo, que continúa hasta el final de la primera guerra, aparecen los tests de inteligencia. Del final de la primera guerra hasta los años cincuenta, se inicia el periodo en que los científicos consideran que es necesario realizar observaciones e interpretaciones más cuidadosas respecto del desarrollo del niño, apareciendo los trabajos importantes de la psicología del desarrollo de Werner, Wallon, Piaget y Vigotski.

Alvarez (2000) afirma que para Piaget desarrollo se manifiesta en fases o estadios, elementos para el análisis del proceso de desarrollo. Piaget con su psicología evolutiva, o la teoría de Gesell y Spitz han aportado elementos para entender y estudiar al niño como un todo. Por consiguiente, Delval (1998), considera que uno de los autores dedicados a estudiar de esta forma a los bebé fue Arnold Gesell, cuyo trabajo, afirma Alvarez, consistió en considerar que la conducta humana se determina por leyes reguladoras, en las que "el desarrollo es un proceso morfogénico que tiene unos estadios de evolución que poseen principios propios y que requieren de instrumentos particulares para su medición" (pág. 20). Para Gene (1994), a fines del siglo XIX se inician las investigaciones sistemáticas y longitudinales sobre el desarrollo conductual de los niños.

Gene (1994), afirma que en el siglo XX se recurre nuevamente a la psicología experimental, siendo ésta una rama de la psicología dedicada a la conducta y al desarrollo del niño; indica que dentro del área experimental, al establecerse los primeros laboratorios psicológicos, investigadores, como Wundt, trabajaron para conocer el funcionamiento psicológico de los niños como: la percepción, la sensación, el rendimiento motor y sus interacciones, así como conocer algunos impedimentos que eran ocasionados por problemas del sistema nervioso.

La última etapa considerada por Delval (1998), como la convergencia entre la psicología evolutiva y la psicología experimental, aparece desde la mitad del siglo XX hasta la actualidad; en este periodo los trabajos realizados por Piaget se centran en los procesos del desarrollo. En estados Unidos en 1910, Dearbon, investiga el desarrollo sensoriomotor en los primeros años de edad del niño; por su parte, Jasso (1987), informa que Kulhmann y Gesell realizan una investigación en 1880, que se publicó hasta el año de 1926 con el título de *El crecimiento mental del niño preescolar*.

A partir de 1942 en Francia, Henri Wallon investiga la evolución de gemelos pequeños (Pérez, 1999). Al igual que Kagan y Moss, que realizan un estudio en función de la edad, en niños de 0 a 15 meses; confirmando que el niño con desarrollo normal mantiene erguido el pecho hacia los dos meses de edad, se sienta con ayuda hacia los cuatro, se sienta solo a los siete y gatea a los diez, hasta ponerse de pie por sí mismo a los doce meses”.

Para Spiker (1966) (en: Pérez, 1999), cuando en un estudio se relacionen conducta y edad, se hará más preciso el experimento como factor nivelador. Papalia y Wendkos, (1988); Pérez (1999), consideran que la influencia que ejercen los patrones biológicos predeterminados y las estimulaciones que tenga el bebé, son necesarios para la maduración, pero este proceso debe darse poco a poco y dependiendo de la aparición de conductas que darán paso a las siguientes, por ejemplo las conductas motrices, como gatear, caminar y correr se desarrollan en este orden.

Gesell y Amatruda (1992), realizan investigaciones sobre el desarrollo normal en los niños, mediante una técnica para evaluar y atender a niños que pudieran presentar o no trastornos al nacer. Alvarez (2000), indica que las evaluaciones, así como las intervenciones, están agrupadas en los inventarios del desarrollo infantil, en los que determina patrones de comportamiento divididos en cuatro áreas: motora, adaptativa, lenguaje y personal social. Así mismo, Gesell y Amatruda, agregan a lo anterior, que contiene los exámenes periódicos y la supervisión continua que se deberá realizar al bebé para que alcance un desarrollo correcto.

Los trabajos realizados para la observación del comportamiento de los niños desde el siglo XVI, aportaron la línea para conocer la conducta promedio de los mismos y, así realizar, en el periodo científico, las observaciones e interpretaciones

objetivamente. Al respecto existen las aportaciones de algunos autores, como Piaget a comienzos del siglo XIX, quien con su psicología evolutiva considera el desarrollo del niño mediante fases o estadios. Otros autores, como Gesell y Amatruda, y Spitz, aportaron estudios del desarrollo de los niños, así como técnicas para evaluar y atender a los niños que puedan o no presentar problemas al nacer. Además de la guía para examinar periódicamente a los bebés hasta que alcancen un desarrollo adecuado.

Las investigaciones realizadas para conocer el desarrollo del niño, desde las primeras observaciones naturalistas, seguidas de las investigaciones de la psicología evolutiva, hasta llegar a la psicología experimental; y en la última etapa, donde coinciden la psicología evolutiva y la psicología experimental, permitieron conocer el desarrollo psicomotor del niño.

2.1. DESARROLLO PSICOMOTOR DE 0 HASTA LAS 52 SEMANAS DE EDAD

El desarrollo se considera como los cambios progresivos debido a influencias biológicas y ambientales, esta unión produce transformaciones en el desarrollo perceptual, cognoscitivo y social del bebé; presentándose en cada etapa la conducta adecuada en el desarrollo del bebé, lo que propiciará su madurez durante el primer año de vida. En este primer año el control postural de los ojos y de la cabeza, que son importantes para el progreso de la prensión; el control oculomotor y postural lo ayudan a fijar la atención y alcanzar algún objeto con la vista antes de asirlo con la mano; en esta edad se presenta el gateo. Sobre la percepción del ambiente social, los niños interactúan más activamente con juegos y explorando su medio ambiente.

Es primordial que el profesional de la psicología conozca el desarrollo motor de los bebés de las 0 a las 52 semanas de nacido, ya que esto le proporcionará la comprensión que se requiere para tomar las medidas preventivas adecuadas en el caso

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de que se detecten problemas que puedan presentar los bebés en este periodo. Al respecto. Craig (1997) refiere que el desarrollo se trata de cambios progresivos debido a influencias biológicas y ambientales, esta interacción produce cambios en la conducta del bebé que lo llevan hacia la madurez; lo que se relaciona con el desarrollo perceptual, cognoscitivo y social del bebé. Lemkau (1974) considera que estos cambios se desarrollan con rapidez durante el primer año de vida, apareciendo en cada etapa la conducta adecuada en el desarrollo del bebé.

DE 0 DIAS A LA SEMANA CUATRO- Lemkau (1974), afirma que al nacer un bebé, sus movimientos se basan en reflejos, debido a que el funcionamiento del sistema nervioso no se ha completado, ya que, como indican Gene (1994); Gesell y Amatruda (1992), el desarrollo motor sigue un patrón basado en diferentes edades, que el neonato no ha desarrollado la capacidad de establecer una postura adecuada, la atención motriz es parcial, haciendo movimientos bruscos y contrayendo los puños fuertemente (fig. 2).



Fig. 2- Neonato de cuatro semanas de edad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El control postural de los ojos y de la cabeza son importantes para el progreso de la prensión, Gene (1994) refiere que a las 4 semanas, el bebé no puede sostener la sonaja que se le coloca en la mano. Gesell y Amatruda (1992), aseveran que a esta edad inmoviliza sus ojos y los fija indefinidamente sobre el contorno.

El control oculomotor y postural, según Gene, (1994); Gesell y Amatruda (1992), ayudan a la atención. A las 4 semanas atiende y responde al sonido con una reducción de la actividad corporal, escuchando los sonidos con plenitud. La respuesta a su entorno se hace más discriminativa.

SEMANA CINCO A LA DIECISEIS- La coordinación oculomotriz para Gesell y Amatruda (1992), el inicio de la quinta semana es decisiva para su crecimiento ya que presentará una mejor conducta sensoriomotriz, particularmente en (fig. 3 y fig. 4), para seguir con la vista su mano, y observará una bolita de 8 mm. de diámetro que se encuentre dentro del radio de su visión. Podrá alcanzar algún objeto con la vista antes de asirlo con la mano. El proceso de prensión le ayudará a ejercitar la misma, con un cubo de 2 ½ cm. de lado.

La atención motriz parcial, sus movimientos bruscos y la contracción de puños se conserva hasta las 8 semanas. A las 12 semanas comienza a relajar los dedos; entre las 16 y 20 semanas cambia su prensión, dirigida por la coordinación visual y táctil.; a las 8 semanas la sostiene durante un rato y a las 12 semanas además de sostenerla, la observa; a las 16 semanas la observa por más tiempo y a las 20 semanas toma el juguete con las dos manos y lo observa.

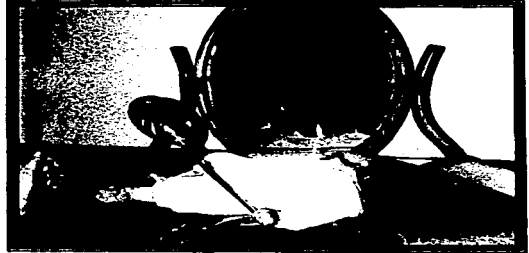


Fig. 3 y Fig. 4- En la quinta semana se presenta la coordinación oculomotriz

Gene, (1994); Gesell y Amatruda, (1992), aseveran que el control postural de los ojos y de la cabeza son importantes para el progreso de la prensión- A las 8 semanas abarca los 90 grados, y a las 12 semanas los 180 grados. A las 16 semanas prefiere la línea media, permitiendo un control de todo el panorama visual. En esta edad la erección de la cabeza ha pasado de la pendulación al bamboleo, apareciendo éste en ocasiones y por último la cabeza permanece erguida.

Se observa el progreso de prensión a las 12 semanas el niño tocará una taza y a las 16 semanas el cubo; según Gene (1994), en estas semanas el bebé está superando la asimetría del reflejo tónico-cervical, es ambidiestro y puede mover las manos simultáneamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sobre la respuesta a su entorno, Gene (1994; pág. 73), considera que a las 8 semanas su cara se anima, a las 12 emite sonidos en respuesta al estímulo y a las 16 semanas dará inicio la relación social. Este autor afirma que "la organización neuromotriz de la laringe y del tórax ha experimentado y experimentará, análogas diferenciaciones".

SEMANA DIECISEIS A LA VEINTIOCHO- La asimetría del reflejo tónico-cervical. Craig (1997) indica que hay un avance en su motricidad fina, ya que su prensión será más refinada al tomar un objeto pequeño. A las 24 semanas aún efectúa la aproximación bilateral y bimanual (ambidiestro) sobre un juguete; pero según Gesell y Amatruda (1992), a las 28 semanas supera esta simetría; asimismo, la unilateralidad ha cambiado a aproximaciones unimanuales.

El desarrollo de la cabeza y la coordinación oculomanual Gesell y Amatruda (1992), consideran que van de la mano, ya que el tronco en posición sentado con apoyo en su espalda no se encorva uniformemente, en la región cervical próxima a la cabeza tiene un mayor desarrollo.

Para Gene (1994), a las 24 semanas puede rodar de posición supina a la prona y, a las 28 semanas se sienta durante un momento inclinándose y apoyándose frente a él con las manos. Gesell y Amatruda (1992), indican que, debido a su desarrollo, durante la semana 28 cuando se le coloca en posición supina levanta la cabeza indicando su deseo por sentarse puede sentarse en forma erecta (fig. 5).

En posición vertical (sostenido del tronco por un adulto), sus piernas soportan su peso corporal (fig. 6). Al estar sentado frente a la mesa, su simetría bilateral es más flexible, ya que puede realizar un esfuerzo unilateral para alcanzar un objeto que se coloque frente a él, así mismo transfiere un objeto de una a otra mano.



Fig. 5- Desarrollo de la posición erecta



Fig. 6- En posición vertical con el apoyo materno

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gesell y Amatruda (1992), afirman que su atención ocular en objetos pequeños es mayor, pero todavía su prensión la realiza con torpeza; no así con los objetos de mayor tamaño, los cuales, al tomarlos los observa y los gira para inspeccionarlos y llevarlos a su boca. Gene (1994), considera que el comportamiento perceptivo-manipulatorio lo sitúa en el desarrollo y control de los músculos de la lengua, labios y boca, ayudándolo a emitir sonidos.

SEMANA VEINTIOCHO A LA CUARENTA- Craig (1997), indica que desde la semana 28 las habilidades motoras gruesas del bebé muestran su desarrollo al iniciar la permanencia sin apoyo cuando está sentado. Gesell y Amatruda (1992); Gene (1994) afirman que puede permanecer sentado más tiempo. Así mismo a esta edad el bebé utiliza su dedo índice para señalar. Al presentarle una bola pequeña puede tomarla con precisión de una pinza. Se presenta el gateo (fig. 7). El niño imita al examinador cuando éste introduce un cubo a la taza. Se sostiene del barandal de la cuna para ponerse de pie (fig. 8); de la posición supina se levanta mediante un giro del cuerpo.

Gene (1994) indica que además de las conductas anteriores, empieza a articular palabras sencillas, esperando a un receptor. Se integra más al círculo familiar participando en forma activa.

SEMANA CUARENTA Y UNO A LA CINCUENTA Y DOS (1 año)- Gene (1994) refiere que en esta edad el niño apoya un cubo sobre otro sin soltarlo, trata de construir una torre con dos cubos, entrega el juguete cuando se le pide; trata de introducir la bolita en la botella; sostiene el aro colgante por la cuerda, al balancear el aro, y se inicia el sentido de las relaciones espaciales.



Fig. 7- Se presenta el gateo.



Fig. 8 - Se sostiene del barandal para ponerse de pie.

Sobre la percepción del ambiente social, según Craig (1997), los niños interactúan más activamente con juegos explorando su medio. Gesell y Amatruda (1992) indican que el participar en los juegos lo lleva a la imitación, por ejemplo: Puede arrojar una pelota cuando ha recibido una demostración; al estar sentado frente al espejo ofrece un juguete (fig. 9); camina cuando se le sostiene de las manos (fig. 10). Frente a un juego con figuras geométricas, después de una demostración, colocará un bloque circular en el rompecabezas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Fig. 9- Camina con apoyo



Fig. 10 Ofrece un juguete

Para concluir la descripción del desarrollo del niño desde la primer semana hasta el año de edad, a continuación se proporciona la tabla que según Hurlock (1988) describe el desarrollo por regiones de las partes del cuerpo de los bebés.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REGION DE CABEZA	Movimientos oculares de seguimiento Sonrisas sociales (en respuesta de otras sonrisas). Coordinación de los ojos. Mantenimiento de la cabeza levantada, boca abajo. En posición sentada.	1 mes 3 meses 4 meses 1 mes 4 meses
REGION DEL TRONCO	Giros: De costado hacia atrás De atrás hacia el costado Completo. Sentarse: Adopta una posición sentada Con apoyo Sin apoyo	2 meses 4 meses 6 meses 4 meses 5 meses 9 meses
BRAZOS Y PIERNAS	Movimientos defensivos Chuparse el dedo Alargar las manos y sujetar objetos Sujetar objetos y sostenerlos Recoger un objeto con el pulgar opuesto	2 semanas 1 mes 4 meses 5 meses 8 meses
PIERNAS Y PIES	Movimientos a tirones (desplazamiento hacia atrás en posición sentada). Arrastrarse (cuerpo boca abajo, impulsado por movimientos de los brazos y piernas) Gatear: Sobre las manos y las rodillas Sobre las manos y los pies. Posición de pie: Con apoyo Sin apoyo Caminar: Con apoyo Sin apoyo	6 meses 7 meses 9 meses 10 meses 8 meses 11 meses 11 meses 12 - 14 m.

Tabla 1 - Secuencia de Desarrollo Motor (Fuente: Hurlock, 1988)

De igual forma, es necesario identificar las características de los menores que nacen a término y las de aquellos que nacen prematuramente, dichas particularidades permitirán efectuar la valoración correcta, con lo que se estará en posibilidad de aplicar las técnicas de estimulación indicadas para las áreas con problemas de desarrollo.

2.2. INICIO Y EVOLUCION DE LA ESTIMULACION TEMPRANA

Los estudios sobre Estimulación Temprana inician en 1800, en estos estudios se investigó la relación que existía entre las lesiones que presentaba el niño durante el periodo perinatal y su desarrollo intelectual y físico posteriores. Durante aproximadamente cien años la investigación sobre Estimulación Temprana se encauzó a la atención de los niños con problemas de retardo en su desarrollo o enfermedades congénitas. Posteriormente, la Estimulación Temprana se ha empleado para la atención de niños que presentan problemas genéticos, perinatales o postnatales, ésta se proporciona en cantidad, calidad y momento adecuados; reflejando su resultado en el correcto crecimiento y desarrollo.

Se considera a la Estimulación Temprana como un programa de rehabilitación que utiliza un grupo de medidas determinadas desde la detección de cualquier retraso o alteración del desarrollo psicomotor del niño, para obtener la mayor cantidad de estímulos que faciliten el desarrollo. Y va dirigida principalmente a niños con problemas de desarrollo debido a causas prenatales, causas de origen natal, o de origen postnatal. No obstante, la estimulación se dirige también a niños cuyo desarrollo puede ser afectado por factores ambientales, factores sociales o nutricionales. Dentro de este mismo rubro se atiende a niños prematuros, a niños con peso bajo o con problemas de anoxia al nacer.

Se indica también que el mejor momento para aplicar la estimulación es cuando los bebés son menores de cinco años, ya que su desarrollo neuronal y físico es más sensible para recibir estímulos externos, los que influirán en un mejor desarrollo.No obstante, la intervención temprana proporcionará mejores resultados si se maneja al

niño en un ambiente enriquecido durante un tiempo variable, dependiendo de las reacciones del bebé en riesgo.

El conocimiento del desarrollo en el niño ayuda al diagnóstico y a la evaluación antes de intervenir con la técnica correcta de estimulación; esto es fundamental para aplicar acciones preventivas primarias adecuadas para cada bebé.

Bayés (1979) (en: Ruiz y Vaquero, 1984), refiere que el interés por solucionar los problemas que manifiestan los niños se presenta desde el siglo XIX. Los estudios sobre estimulación temprana inician en los años 1800, en éstos se investiga la relación existente entre las lesiones que pudiera recibir el niño durante el periodo perinatal y su desarrollo intelectual y físico posterior. Dichas investigaciones confirmaron que existía un alto porcentaje de niños que presentaron disminución intelectual, por problemas que puede tener la madre durante el periodo de gestación; estos resultados abrieron la posibilidad de iniciar un tratamiento para el niño desde el momento de su nacimiento; por ejemplo, en el año de 1843 el catedrático Johann Baptist Graser se preocupaba porque los niños sordos fueran educados para hablar desde pequeños; para alcanzar ese objetivo era necesaria la colaboración de las madre de los educandos.

En la ponencia referente a la Intervención Temprana presentada por Rosales (2001) se señala que, durante aproximadamente cien años, los avances en la investigación sobre la Estimulación Temprana se orientaban a la atención de los niños con problemas de retardo en su desarrollo (parálisis cerebral), o enfermedades congénitas (Síndrome de Down). Alvarez (2000), indica que los trabajos en este siglo se centran en la recuperación de las habilidades cognitivas de los niños.

Alvarez (2000), reporta que, después de la primera guerra mundial, muchos niños huérfanos después de ser atendidos en instituciones de salud; al ser ubicados en hogares y aplicarles programas de estimulación temprana, se recuperaban y se integraban a la sociedad. Refieren Bayley, Palsha y Simeonson (1991) que, es hasta la década de 1940 cuando los educadores, médicos y profesionales de las ciencias de la conducta afirman que el desarrollo era determinado genéticamente, dicha afirmación implicaba que la conducta no era aprendida; sin embargo, a partir de los cincuenta se presenta el cambio de la creencia de un genetismo, por el reconocimiento de la influencia de la participación del medio ambiente. Para Guralnick (1991), en Alemania en el año de 1959 inicia la estimulación temprana en niños sordos.

En Estados Unidos, después de veinte años de investigación, se creó la "Public Law 99 - 457", (Federal Public Law, 1999) que permitió la aparición de un programa de servicios de intervención temprana para llevar a cabo un sistema coordinado a cargo de especialistas, apoyados por programas elaborados de acuerdo a la edad y desarrollo del niño además de evaluarlo periódicamente para conocer sus avances.

Rosales (2001), informó que en México en el año de 1968 se aplicó el método cinesiológico (motriz), en una escuela de educación especial; que consistió en que el niño adquiriera en lo posible su motricidad fina, o gruesa, según sea el caso. En 1975, el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación aplica el programa del centro de rehabilitación de la Universidad de los Angeles (U.C.L.A.), bajo un trabajo multidisciplinario, en el que se realizan actividades de valoración, diagnóstico e integración de programas individuales y de grupos.

En 1981, agregó Rosales (2001), la Asociación Pro- Paralítico Cerebral dedicó la atención en niños y jóvenes con daño cerebral e imparte cursos de actualización a

profesionales, instruyendo a los padres, actuando con la comunidad, con programas de prevención y capacitación. De los años de 1981 a 1997 en el Hospital General de México, la Dra. Sandra Olmos, jefa del área de Estimulación Temprana, dirigió su trabajo a niños cuyas madres habían presentado partos de alto riesgo. Por su parte, la Secretaría de Educación Pública (S.E.P), abrió en 1983 un centro de Estimulación Temprana en el que se aplica un programa a niños de 4 a 10 años; mismo que está basado en las publicaciones informativas de la U.N.I.C.E.F; el personal que labora lo conforma la "directora, un pedagogo, una educadora, profesores de adiestramiento manual, trabajadores manuales, un trabajador social, dos psicólogos, un médico general y un terapeuta del lenguaje" (Rosales, 2002; pág. 205).

El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano CLAP-OPS/OMS, (1994) indica que en 1994 se formaliza el trabajo en México, publicándose la Norma Oficial Mexicana para vigilar el control de la nutrición, el crecimiento y el desarrollo del niño. Con esta norma se evalúa el estado de salud, permitiendo identificar cualquier alteración que tenga el individuo y así poder intervenir con el tratamiento adecuado y la incorporación del niño a una vida productiva. En lo referente a la valoración del desarrollo, dicha norma indica que se debe intervenir en las funciones, adaptaciones, habilidades y destrezas psicomotoras, relaciones afectivas y socialización. Las investigaciones y las intervenciones que se han realizado en este ámbito han motivado a quienes han trabajado en ésta para definir el concepto de Estimulación Temprana.

Por último Rosales (2001) señaló en su ponencia que, en el DIF "Emiliano Zapata" hasta el año 2001 se atendieron a niños con problemas de parálisis cerebral; con la participación de un grupo multidisciplinario, integrado por un terapeuta del

lenguaje, un terapeuta ocupacional, un terapeuta físico, enfermeras, maestros especializados y un médico especialista en rehabilitación.

2.2.1. ESTIMULACION TEMPRANA

La Estimulación Temprana, como lo afirma Hesse (1996), se ha empleado para la atención de niños que presentan problemas genéticos, perinatales o postnatales, esta estimulación se proporciona en cantidad, calidad y en el momento adecuado; reflejando su resultado en el adecuado crecimiento y desarrollo. Por su parte, Biehler (1983); Cabrera y Sánchez (1980) indican que un bebé nace con posibilidades para desarrollarse tanto física como socialmente, recibiendo constantemente un conjunto de estímulos variados del medio que lo rodea; estudios neurológicos advierten que el ser humano no puede desarrollarse si no existen estímulos exteriores que permitan que sus funciones puedan iniciarse, perfeccionarse y desarrollarse completamente. Lo anterior evidencia que el desarrollo está en función del estado biológico y neurológico en el momento de nacer, pero después será necesaria una acción del medio para su mejor evolución, permitiéndole al niño pasar de una etapa a otra.

Iglesias, R. Iglesias, M. Iglesias, J. Sánchez, y De la Rosa (2000) consideran que, para que un individuo pase de una etapa a otra, debe tener una estimulación adecuada en edad temprana; esta postura fue llevada a la conferencia mundial Educación Para Todos, desarrollada en 1990 en Jomtien, Tailandia; en la que se afirmó que el aprendizaje comienza con el nacimiento. Al respecto el artículo 29 de la Convención sobre los Derechos de los Niños, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, indica que "Los Estados Partes convienen en que la educación del niño debe estar encaminada a: desarrollar la

personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades”, este desarrollo deberá integrar los aspectos biológico, cognitivo, psicomotriz y socioafectivo. Uno de los puntos sobresalientes en esta conferencia fue la investigación realizada por la Carnegie Corporation, en Estados Unidos. En ella se asegura que si el cerebro del neonato es estimulado antes del año, tendrá un efecto inmediato en las funciones psíquicas relacionadas; de otro modo las consecuencias podrán ser nocivas para su desarrollo. Además se refiere que la estimulación temprana no sólo evita el déficit o carencia con la que nazca el niño, sino que tiene efectos positivos a futuro.

Por su parte, Ramírez, C. (2000; pág. 41) afirma que “los estímulos externos son los causantes de la movilización interna del sistema nervioso, activando el proceso de aprendizaje, la formación de las estructuras cerebrales no es independiente de los procesos cognitivos, sino que además está profundamente impregnada por ellos, que el recién nacido está en inmejorables condiciones de aprender, para posteriormente analizar, procesar y generar su propia información”. Al respecto González (2000) agrega que los estímulos que reciben los bebés, a) hacen funcionar su sistema nervioso; b) aumentan la capacidad sensorial y de madurez en los sentidos del tacto, olfato, vista, gusto, y oído; c) en el área motora; al control cefálico (control de la cabeza) y la postura de sedestación (sentado); la estimulación que se aplique al bebé favorecerá la maduración y desarrollo del bebé.

Por lo antes indicado, es importante que la estimulación se dé desde el nacimiento, ya que el bebé posee la capacidad de asimilar la experiencia que le transmite el adulto. Esa experiencia transmitida es definida por la UNICEF (1981) (en: Rosales, 2001; pág. 202), como “el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que éste necesita desde su nacimiento, para desarrollar el

máximo potencial psicológico” A lo anterior, Alvarez (2000) agrega que, “las experiencias se logran a través de la presencia de personas y objetos en cantidad y oportunidad adecuados en el conjunto 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”. Naranjo (1980; pág. 202), complementa la definición como “toda actividad que oportuna y acertadamente enriquece al niño en el desarrollo físico y psíquico, involucra al adulto con gesticulaciones, murmullos, actitudes, palabras y todo tipo de expresión”.

Ramírez, C.J.F. (1992) (en: González, 2000; pág. 39), considera la estimulación temprana o precoz como un “programa de rehabilitación que emplea un conjunto de medidas establecidas desde el mismo momento de la detección de cualquier retraso o alteración valorable del desarrollo psicomotor del niño, para conseguir el mayor número de estímulos que faciliten dicho desarrollo”. Cabrera y Sánchez (1980) añaden que el conocimiento del desarrollo del bebé, y al mismo tiempo las técnicas que se apliquen, servirán para que se alcance el objetivo deseado.

Con lo anterior, se puede decir que, la Estimulación Temprana incluye todas las acciones de intervención en las diferentes áreas motrices y socioafectiva, que se aplican a los bebés que puedan presentar problemas genéticos, perinatales o postnatales; y, que al proporcionar adecuadamente la estimulación, tanto los profesionales (psicólogos, médicos y enfermeras) como los padres, la acompañarán con expresiones faciales, murmullos y palabras; lo que ayudará al niño en su desarrollo físico y psicológico para así acceder de una etapa de desarrollo a otra.

CAPITULO 3

LA ESTIMULACION TEMPRANA
COMO PREVENCION DE
PROBLEMAS EN EL DESARROLLO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.LA ESTIMULACION COMO PREVENCION DE PROBLEMAS EN EL DESARROLLO DEL NIÑO

Se considera a la Estimulación Temprana como un programa de rehabilitación que utiliza un grupo de medidas determinadas desde la detección de cualquier retraso o alteración del desarrollo psicomotor del niño, para obtener la mayor cantidad de estímulos que faciliten el desarrollo. Va dirigida principalmente a niños con problemas de desarrollo debido a causas prenatales, causas de origen natal, o de origen postnatal. No obstante, la estimulación se dirige también a niños cuyo desarrollo puede ser afectado por factores ambientales, factores sociales o nutricionales. Dentro de este mismo rubro se atiende a niños prematuros, a niños con peso bajo o con problemas de anoxia al nacer.

Se indica también que el mejor momento para aplicar la estimulación es cuando los bebés son menores de cinco años, ya que su desarrollo neuronal y físico es más sensible para recibir estímulos externos, los que influirán en un mejor desarrollo; sin embargo, la intervención temprana proporcionará mejores resultados si se maneja al niño en un ambiente enriquecido durante un tiempo variable, dependiendo de las reacciones del bebé en riesgo.

El conocimiento del desarrollo en el niño ayuda al diagnóstico y a la evaluación antes de intervenir con la técnica correcta de estimulación, es fundamental para aplicar acciones preventivas primarias, secundarias y terciarias adecuadas para cada bebé. La aplicación de las acciones preventivas pueden centrarse en los bebés a término o prematuros nacidos con problemas de hipoxia o apnea.

Un bebé a término es aquel que nace alrededor de la 37ª semana de gestación; y La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como prematuro al bebé nacido antes de la 37ª semana de gestación, o de 259 días; a niños de bajo peso al nacimiento, y a niños de periodo de gestación corta. Algunos factores de nacimientos prematuros son la salud de la madre, el estado del feto y las condiciones de vida de la madre durante el embarazo. Es por ello que se sugiere que las madres se realicen exámenes médicos prenatales durante el embarazo para diagnosticar anomalías.

La hipoxia o apnea es una de estas anomalías descrita como la pausa respiratoria de 20 segundos o más, que puede deberse a la edad gestacional y postural, factores maternos, factores placentarios, factores fetales, factores obstétricos, o, factores iatrogénicos. Es por ello que la reanimación oportuna ayudará al bebé a llevar una vida sin problemas en su desarrollo; por el contrario, en algunos casos, cuanto más tiempo se tarde el cerebro en recibir oxígeno, se dañarán las neuronas, provocando parálisis cerebral. Como los bebés son más sensibles los dos primeros años de vida, al no ser estimulados pueden presentar retraso postural, en la marcha, verbal y en el control de esfínteres. Para prevenir estas anomalías lo más posible, es importante que el psicólogo social domine y aplique las técnicas de estimulación temprana, así como el empleo de música adecuada para la estimulación del bebé.

Alvarez (2000) considera el grupo de riesgo biológico, principalmente a niños con problemas de desarrollo debido a causas prenatales, causas de origen natal, o causas de origen postnatal. Por otra parte Guralnick (1991) indica que se tomará en cuenta algunos elementos de la madre como peso, talla, edad, paridad, antecedentes del embarazo o partos normales y antecedentes de enfermedades durante el embarazo; así como el peso del bebé al nacer.

Guralnick (1991) indica que la estimulación se dirigirá también a niños cuyo desarrollo puede ser afectado por factores ambientales, factores sociales (como la pobreza, la falta de formación educativa) o factores nutricionales. Resulta necesario considerar el tipo de incapacidad, como por ejemplo, en los niños que pertenecen a grupos identificables desde su nacimiento, ya que si reciben la estimulación temprana en los primeros meses de vida, el problema que presenten en su desarrollo podrá disminuir considerablemente. Al respecto, González (2000) indica que cuando la estimulación se recibe antes de los cuatro años de edad, la capacidad de conexión entre las neuronas del cerebro así como los estímulos recibidos del medio que rodea a un bebé ayudarán a un mejor desarrollo cognitivo. Guralnick afirma que la estimulación temprana se considera como asistencial o preventiva:

Asistencial – Porque su función es aminorar los déficits físicos e intelectuales debido a causas de origen prenatal, natal o postnatal. El diagnóstico precoz aunado al asesoramiento a los padres, por parte de un especialista en el área, es fundamental para la prevención.

Preventiva- Se refiere a la identificación de factores de riesgo de orden no biológico, enfocado a niños provenientes de hogares con problemas económicos, en los cuales se carece de alimentación balanceada, y por ende se ha demostrado que los bebés tienen una disminución intelectual debido a este problema. Dentro de este mismo rubro se atiende a niños prematuros, a niños con peso bajo o con problemas de anoxia al nacer. De igual forma promueve la identificación de factor de riesgos y la manipulación de eventos que los eviten, pospongan o aminoren.

Por su parte Gordon (1983) (en: Ruiz y Vaquero, 1984), afirma que la prevención e intervención temprana deberán proporcionar solución a problemas con el

apoyo de la medicina, la psiquiatría y la psicología, las cuales coinciden en considerar como prevención tres rubros a saber:

1) PREVENCIÓN PRIMARIA - Enfocada a evitar o impedir la presentación de factores que alteren la salud física y psicológica de la población de riesgo, además de promover soluciones a problemas como sobrepoblación y contaminación ambiental. En una estrategia de prevención primaria se deben crear técnicas accesibles para la familia y la comunidad, transmitidas por los profesionales involucrados. Las estrategias deben contemplar: a) conocer los conceptos sobre el desarrollo del niño; b) intercambiar experiencias entre padres y expertos; Ruiz y Vaquero (1984) coinciden con Gordon (1983), en lo siguiente: c) la correcta elección de métodos de intervención que se adapten a la familia respetando su condición social, sea rural o urbana; d) "preparación y entrenamiento a nivel institucional, así como el entrenamiento a no - profesionales, en la comunidad" (Ruiz y Vaquero; pág. 13); e) conocer el manejo del material que se usará.

Ribes (1975) (en: Phares, 1996; pág. 9), menciona que 1) "la dificultad para prevenir a un nivel primario la aparición del retardo es dada por la diversidad de factores que intervienen en su determinación pues aún los aspectos biológicos que son más tangibles y perceptibles a cambios a través de intervenciones médicas son difíciles de prevenir, y aun más limitadas son las intervenciones en los factores ambientales y sociales" Por ello, indica como estrategia de mayor accesibilidad la detección temprana del retardo como medida de prevención (nivel secundario), haciendo posible la detección de anomalías biológicas que suelen ser irreversibles.

Alvarez (2000) afirma que la estimulación temprana se considera como una prevención primaria ya que se inicia desde el momento en que nace el bebé, en que

se establece un diagnóstico y un tratamiento por haber sufrido lesiones producidas en el periodo prenatal, como que la madre haya sufrido alguna enfermedad viral o infecciosa durante el embarazo. Nacimiento (2000) (en: Alvarez, 2000), agrega que el mejor momento para aplicar la estimulación es cuando los bebés son menores de cinco años, ya que su desarrollo neuronal y físico es más sensible para recibir estímulos externos, los que influirán en un mejor desarrollo.

2) PREVENCIÓN SECUNDARIA - Se refiere al trabajo multidisciplinario, eligiendo los programas de Intervención Temprana que se requieran. Desde el punto de vista conductual, la prevención abarca el diseño de ambientes institucionales, educativos y de trabajo; y el trabajo multidisciplinario, capacitando a profesionales y no profesionales.

3) PREVENCIÓN Terciaria - Considera la elaboración y aplicación de programas de rehabilitación encaminados a reducir la incidencia del problema cuando éste se ha manifestado, así como a identificar la incidencia del mismo.

Para Cabrera y Sánchez (1980) la intervención temprana proporcionará mejores resultados si al niño se le maneja en un ambiente enriquecido durante un tiempo variable, dependiendo de las reacciones del bebé en riesgo. El tratamiento se concluye cuando se tiene la certeza de que el niño evoluciona conforme a la media de la población de su misma edad. En todo caso, las medidas preventivas posibilitan la detección y eliminación de trastornos leves, que la mayoría de las veces no son percibidos sino hasta que el niño ingresa a la escuela, cuando el problema se ha agravado al punto de ser irreversible. Bayley (1989) (en: Bayley y Wolley, 1989) sugiere que la valoración para tomar una decisión respecto al programa que se llevará con el niño deberá contemplar:

- 1- La presentación del problema- Para identificar el tratamiento en niños pequeños o preescolares.
- 2- El diagnóstico multidisciplinario- Determinará cuando los niños son considerados como de riesgo.
- 3- Toma de decisión- Se deberá tomar en cuenta la edad de desarrollo del niño y la categoría del problema en que ha mostrado retardo en el desarrollo, en las siguientes áreas: cognitiva, física, lenguaje, psicosocial y de autocuidado. Bayley, Palsha y Simeonson (1991) agregan que en la evaluación se determina si los niños pueden tratarse en una o más áreas, según la categoría del diagnóstico.
- 4 - Planeación- Bayley (1989) (en: Bayley y Wolley, 1989), indica que el trabajo se realice individualmente.

Alvarez (2000) apoya lo anterior y agrega, que la intervención deberá ser individual y de acuerdo al problema de cada bebé; continúa, esto es, se debe aplicar diariamente; y evaluar al bebé periódicamente para conocer su avance o retroceso y así corregir los problemas que se presenten. En el examen que se realice al bebé se tomarán en cuenta los patrones normales de la población estándar. En la estimulación o estrategia de prevención primaria, se considerará a la madre, al padre y a miembros de la familia, con el fin de capacitarlos para que conozcan como alimentar al bebé y darle calidad de vida, procurando que se desarrolle en un ambiente que garantice su desarrollo psicológico.

El conocimiento del desarrollo en el niño ayuda al diagnóstico y a la evaluación antes de intervenir con la técnica correcta de estimulación; esto es fundamental para aplicar acciones preventivas primarias adecuadas para cada bebé. En la prevención secundaria el trabajo multidisciplinario ayuda a que el tratamiento sea el óptimo, ya que este grupo puede identificar el problema del bebé para que el profesional de la psicología tome la decisión de intervención, independientemente que el problema se ubique en cualquiera de las áreas, física, de lenguaje o psicosocial.

3.1. NEONATO A TÉRMINO Y NEONATO PREMATURO

NEONATO A TÉRMINO - Lemkau (1974) considera que, en el momento del nacimiento de un bebé sano a término, éste tiene sus facultades desarrolladas; mismas que mediante estímulos, la reacción a los factores ambientales y por las experiencias adquiridas, serán mayores después de un tiempo, a diferencia de cuando estuvo en el útero.

Lemkau, agrega que, a diferencia del niño a término, los niños prematuros son inmaduros desde el punto de vista de la conducta, su tono muscular es bajo y sus reflejos alimenticios son incompletos, también se observa que se fatiga más rápido que el bebé a término. Es por ello que se requiere de un medio donde pueda reproducir, en la medida de lo posible, el ámbito intrauterino; donde la luz sea suave y el calor uniforme, con el fin de evitar alteración. Así como continuar con esa relación cercana y de afecto con la madre, el padre y el resto de la familia.

Papalia y Wendkos (1992), afirman que un bebé a término es el que nace 266 días después de la concepción. Por su parte Vizzielo, Fava, Zorzi y Botton (1993), consideran un bebé a término el que nace entre la 37ª. Y 42ª semana; a pre-término

antes de la 37ª semana y de post-término, el nacido después de la 42ª semana de gestación (fig. 11).



Fig. 11. Neonato a Término

NEONATO PREMATURO- Papalia y Wendkos, (1992); Vizziello, Fava, Zorzi y Botton, (1993); indican que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como prematuro, al bebé nacido antes de la 37ª semana de gestación o de 259 días, contando el primer día del último período menstrual de la madre. Por su parte, Craig (1997), afirma que la OMS considera prematuro al bebé cuando éste pese menos de dos y medio kilogramos al nacer.

Tanner (1970), afirma que la palabra "prematuro" ha sido sustituida por las frases "niños de bajo peso al nacimiento y niños de periodo de gestación corto". Davidoff (1994), agrega a la definición anterior que el peso deberá ser de menos de tres kilos. Lézine (1979), considera como niño prematuro al que nace en menos de 35

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

semanas contadas a partir del primer día del último período menstrual, además de que su peso es menor de dos kilogramos. (fig. 12).



Fig. 12 – Neonato Prematuro

3.1.1. FACTORES DE RIESGO QUE PROVOCAN UN NACIMIENTO PREMATURO

Vizzielo, Fava, Zorzi y Botton (1993), indican que es primordial considerar independientemente del tiempo en que nace un bebé, la evaluación de riesgo, como la asfíxia, las infecciones, la aspiración de meconio, la isoimmunización, los problemas metabólicos, las anomalías congénitas, los incidentes intraparto y los postparto; como la asfíxia, que puede aparecer al momento de nacer.

Biehler (1983); Hurlock (1988), Vizziello et al. (1993), describen como factores de nacimientos prematuros: la salud de la madre, el estado del feto y las condiciones de vida de la madre durante el embarazo. Hay que considerar si la madre presenta problemas como: hipertensión arterial, excesos en el hábito de beber o fumar, su condición socioeconómica, la edad, si trabaja, si es embarazo de gemelos y las

anomalías dentro del útero, la incompatibilidad sanguínea feto-maternal, factor Rh no controlado, la inyección de inmuno-globulina anti-D a la madre en los tres días anteriores al parto. Asimismo, algunas de las enfermedades que pueden provocar un parto antes de término son: la sífilis, las infecciones virales de tipo 'gripe fuerte', rubéola, sarampión y la tuberculosis. Craig (1997), agrega que la diabetes o la polio también pueden provocar un parto prematuro. Lemkau (1974), afirma que la fatiga de la madre, produce un aumento de la actividad fetal; la tensión emocional que influye en el feto, durante períodos cortos; la diabetes de la madre, hace que el feto produzca excesiva insulina a fin de producírsela a la madre, teniendo como consecuencia que al nacer presente esa insulina acumulada en su cuerpo.

Otros factores que inducen el embarazo antes de término son: a) riesgos demográficos y, b) factores psíquicos.

a) Riesgos demográficos: Papalia y Wendkos (1992); Vizziello, et al. (1993), coinciden que los niños prematuros se dan principalmente en jóvenes primíparas de menos de 20 años y en madres en edades de 40 años o más. Lo antes indicado se asocia a la mala nutrición; a la fatiga ocasionada por algunos trabajos que requieren el empleo de fuerza y también a trabajos que se realicen bajo tensión nerviosa (por ejemplo: telefonista, mecanógrafa, enfermera, docente, etc.).

b) Factores psíquicos: Vizziello, et al. (1993) toman en cuenta los nacimientos ilegítimos, el 'estrés psíquico', y el duelo familiar.

PREVENCIÓN DE NACIMIENTOS PREMATUROS

Vizziello, et al. (1993) sugieren que, para prevenir los problemas debido a nacimientos prematuros, las madres se realicen exámenes médicos prenatales por lo menos cuatro veces durante el embarazo, para que se diagnostiquen anomalías, y si existen, se considere como embarazo de riesgo. Otra forma de prevención será el que a las madres que trabajen se les otorguen licencias por maternidad cuando se les diagnostique agotamiento. Por último, que reciban orientación psicológica y educativa, para que la madre evite durante su embarazo consumir tabaco, alcohol, tranquilizantes y otras drogas. Asimismo, que el matrimonio que espera un hijo, reciba información de la dieta alimenticia, el ejercicio, y las consultas que llevará la madre durante el periodo de embarazo; así como prepararla para el parto.

Salinas-Martínez y Martínez-Sánchez (1991) indican que en México, en el año de 1990, el Comité de Mortalidad Materna y Perinatal en el D.F realizó un análisis de 195 casos, que mostró que la prematuridad es una causa de muerte, en segundo término ubicó a la hipoxia. Es por ello, que este comité sugirió que desde el inicio del embarazo se deberá atender a la mujer, para identificar oportunamente los síntomas de parto pretérmino, así como la variación del reposo, y los problemas uterinos, hasta considerar el servicio de urgencias en cualquier momento. Además de dotar de un Programa Educativo en autodetección de síntomas, para diferenciar los mismos respecto a las contracciones, incluyendo el entrenamiento y educación del personal de obstetricia para atender los casos que se les presenten.

EVOLUCIÓN PSICOMOTRIZ DEL PREMATURO

Davidoff (1994) considera que, según el tiempo de nacido, el prematuro pierde la estimulación que pueda recibir en el útero; asociado a lo anterior, el que requiera de

atención médica en el área de perinatología y que no tenga el contacto con los padres propician el descenso de la estimulación normal. Craig (1997), sugiere que cuando el bebé se encuentre en la incubadora, la vinculación afectiva con sus padres mediante las caricias y el hablarles con palabras gratas ayudará a que el bebé sea dado de alta en el menor tiempo posible. Córdova y Latirgue (1991) (en: Latirgue, 1991), consideran que el tipo y la calidad de interacción materno-infantil durante la alimentación redundarán en la ganancia de peso, talla y maduración del bebé.

Hurlock (1988), indica que el desarrollo del prematuro se encuentra por debajo de lo normal en los cinco o seis primeros meses de vida, y al llegar a la edad de dos años alcanzan el desarrollo con sus pares. Lézine (1979) afirma que los niños prematuros son más sensibles en los dos primeros años de vida, ya que si no son estimulados puede presentarse el retraso postural en la adquisición de posición y de la marcha, que pocas ocasiones es alcanzable antes de los 17 o 19 meses de edad del niño; que a diferencia del niño a término, el prematuro inicia su caminar entre los 12 y los 15 meses; también puede observarse un ligero retraso verbal y en el control de esfínteres.

Vizziello, et al. (1993; pág. 62), afirman que debido a la prematurez y a otros problemas aunados a ella, se ha detectado que existen en estos niños "dísfunciones motoras ligeras, leves déficit del desarrollo nervioso, problemas de fonación y de lenguaje, déficit de la atención en escolares, hiperactividad, a pesar de una inteligencia normal". Investigaciones realizadas por Martin y Braine en 1966, concluyeron que los niños prematuros presentaban un leve retraso en las pruebas de desarrollo motor y en el funcionamiento cognoscitivo; de igual manera, la prematurez se asocia a un desarrollo mental más lento, retraso en la capacidad de andar, dificultades en el lenguaje y mala percepción visual.

Hurlock (1988) considera que de acuerdo al tiempo de nacimiento, se ha observado que los niños nacidos al final del sexto mes de gestación alcanzan su desarrollo correcto entre los 4 y los 6 años de edad. Los niños que nacen a los siete meses compensan los retrasos verbales y de esfínteres antes de los 3 años. Los niños que nacen a los ocho meses casi no presentan diferencia comparándolos con los niños nacidos a término. Lo anterior indica que el mes de nacimiento influye en la recuperación de la edad de desarrollo.

Gutiérrez y Méndez (2001), estiman que dentro del desarrollo existe una relación con la plasticidad dada en el Sistema Nervioso Central (SNC), que comienza a las pocas semanas de gestación en la que se establecen las primeras conexiones; al nacer, el desarrollo del niño se da paso a paso, apareciendo los reflejos sensoriomotores necesarios para la alimentación, como el succionar e ingerir los alimentos, y otros como el de prensión y el de marcha automática; estos dos últimos desaparecerán en las primeras semanas de vida, pero darán paso a la adquisición de habilidades motoras y cognitivas que van desde el control postural, hasta los movimientos complejos como el movimiento, el lenguaje oral y el escrito; todo con la maduración del SNC. En los casos que alguna neurona tenga la incapacidad de reproducirse, otra tendrá que responder y reparar el daño, apareciendo la plasticidad cerebral que realizará la sinapsis con otras para recuperar la función.

Por su parte Jasso (1987) afirma que el emplear música suave para la estimulación del bebé, servirá para el desarrollo visual, auditivo y motor. Davidoff (1994) indica que existen periodos sensibles en las etapas de crecimiento, en las que los organismos son susceptibles a la estimulación, produciéndose efectos duraderos. Esto es posible involucrando a los padres en la interacción con sus hijos desde que estén en la incubadora y después en el hogar.

3.1.2. HIPOXIA O APNEA EN RECIEN NACIDOS A TERMINO Y PREMATUROS.

Para que el recién nacido realice su primera inspiración, es requisito que el sistema respiratorio funcione íntegramente; Pérez (1999) considera algunas causas que pueden provocar alteraciones en el sistema respiratorio: a) obstrucción del cordón umbilical en el cuello; b) que no se realice correctamente la aspiración de las mucosidades y secreciones bucales faríngeas, nasales, etc., ya que en la primera inspiración el recién nacido podrá succionarlas, impidiendo el paso del oxígeno. Si sucede lo anterior, el recién nacido sufrirá de 'depresión neonatal', presentando en el centro respiratorio apnea o problemas en el Sistema Nervioso Central (SNC), con hipotonía (disminución del tono muscular). Los reflejos en las vías respiratorias desempeñan un papel primordial en el inicio y término de la apnea, así como la inmadurez del centro regulador respiratorio del SNC.

Las pausas respiratorias prolongadas de 20 segundos o más, las define Pérez (1999) como hipoxia o apnea, éstas pausas respiratorias van acompañadas con cianosis (coloración azul, negruzca o lívida de la piel, debido a anomalías cardíacas) palidez o hipotonía (disminución del tono muscular). Cuando aparece la apnea es necesario investigar algunos factores como:

- Edad gestacional y postural.
- Regulación de la temperatura (hipertermia o hipotermia).
- Neurológico: Hemorragia intraventricular o intracraneal, asfisia perinatal o cualquier patología que pueda aumentar la presión intracraneal.
- Conocer historia perinatal y test de Apgar.
- Drogas: Exposición prenatal por vía transplacentaria a drogas como narcóticos o beta-bloqueantes. Exposición postnatal a sedantes hipnóticos o narcóticos.

- **Metabólico:** Hipercalcemia (aumento normal del calcio en la sangre) hipoglucemia (disminución de la cantidad normal del azúcar contenida en la sangre), hiponatremia o acidosis (estado anormal producido por exceso de ácido en los tejidos y en la sangre).
- **Cardiovascular:** Empeoramiento de la oxigenación por insuficiencia cardíaca o edema pulmonar.
- **Hematológico:** Anemia (disminución de los glóbulos rojos o de la hemoglobina).
- **Pulmonar:** Empeoramiento de la oxigenación o ventilación por daño pulmonar (déficit de surfactante o neumonía).

En la hipoxia o apnea en el recién nacido tienen lugar tres mecanismos fundamentales: 1) Apnea central; 2) Apnea obstructiva; y 3) Apnea mixta.

- 1- **Apnea central:** Es la pausa de la ventilación alveolar por cese de la actividad diafragmática al no mandar estímulo al centro respiratorio del SNC.
- 2- **Apnea obstructiva:** Pausa de la ventilación alveolar por obstrucción al flujo aéreo en la vía aérea superior, principalmente a nivel de la faringe, bien por contenido líquido como ocurre en el reflujo gastroesofágico o por la flexión del cuello en el prematuro.
- 3- **Apnea mixta:** Combinación de los dos tipos de apnea anteriores. Suponen más del 50% de las apneas.

FACTORES QUE PROVOCAN LA HIPOXIA O APNEA

Altirriba (1980); Pérez (1999), indican que los factores que se presentan más frecuentemente son: 1) Los maternos; 2) Los placentarios; 3) Los fetales; 4) Los obstétricos; 5) Los iatrogénicos y, 6) Los asistenciales.

- 1- Factores maternos: Se consideran dos tipos, directos e indirectos.
 - a) Directos: Las hipotensiones bruscas (hemorragias, cardiopatías, etc.), hipoxias crónicas (anemias, etc.).
 - b) Indirectos: Las enfermedades como la diabetes, los procesos infecciosos, etc., que pueden actuar sobre la placenta, el aparato respiratorio.
- 2- Factores placentarios: Que pueden actuar sobre el feto manifestándose después de su nacimiento. Al respecto, Quisber (1993), agrega el desprendimiento prematuro de la placenta, placenta previa y colapso de cordón umbilical.
- 3- Factores fetales: Como las neumonías intrauterinas, los trastornos anémicos (hemorragias fetales), los retrasos de crecimiento, etc.
- 4- Factores obstétricos: Las maniobras realizadas, como la anestesia y la cesárea.
- 5- Factores iatrogénicos: Los medicamentos que se le administran a la madre, actuando sobre el feto o el recién nacido. Los analgésicos, sedantes y anestesia que se le aplica a la madre durante el parto.

- 6- Factores asistenciales: Altirriba (1980); Pérez (1999), consideran las maniobras de asistencia realizadas de manera incorrecta. Afirma Quisber (1993), La aplicación de sedación o anestesia; y la atención inmediata del recién nacido, además de las maniobras de reanimación.
- 7- Factor uterino: Quisber (1993), indica la desproporción fotopélvica y la multiparidad.

PREVENCIÓN DE LA HIPOXIA O APNEA

Refiere Murguía (1997), que, como medida preventiva por la presencia de apnea en algunos neonatos, la Secretaría de Salud en México ha llevado a la práctica el Programa Nacional de Reanimación Neonatal; con este programa se capacita a los pediatras, neonatólogos y enfermeras para que apliquen la reanimación correcta en el bebé nacido con hipoxia o apnea. Para llevar a cabo el programa, como primer punto, el pediatra recibirá el informe del médico obstetra respecto a los antecedentes de la madre durante el embarazo y el trabajo de parto. En seguida, la sala de partos deberá tener una cuna térmica que proporcionará calor al bebé al momento de nacer. Y para finalizar, el pediatra contará con el equipo necesario para la reanimación del mismo.

Indica Murguía (1997; pág 1), en el caso de que el bebé al nacer no inicie la respiración, se le proporcione reanimación consistente en una estimulación táctil, "ya sea frotando su espalda o con pequeñas palmadas o percusión en las plantas de los pies"; si no reacciona, se inicia la respiración asistida por una máscara y una bolsa autoinflable conectada a una fuente de oxígeno; en otro caso se colocará un tubo directamente a la tráquea del bebé para que reciba respiración artificial, y cuidar su frecuencia cardíaca, para que adquiera buena coloración. Murguía, concluye que la reanimación correcta ayudará al bebé a llevar una vida sin problemas en su desarrollo;

por lo contrario, en algunos casos cuanto más tiempo no reciba oxígeno el cerebro, se dañarán las neuronas provocando parálisis cerebral infantil.

Bonnet, Monique y Gerard (1979) indican que, cuando un recién nacido necesite de cuidados en el área de perinatología, es necesario que el personal a cargo del área además de la atención médica, sepa que tiene el cometido de proporcionar al bebé calidez y trato amable, como hablarle tiernamente, arrullarlo, etc.; lo que ayudará a la evolución satisfactoria y que se dé la posibilidad de salir más rápido del hospital.

El que un bebé sea considerado a término por haber nacido entre la semana 36 a la 42, ó prematuro por nacer antes de la 36 semana de gestación, no implica que no pudiesen presentarse dificultades; como sufrir hipoxia al nacer debido a problemas intraparto o postparto, y por tal motivo tener como consecuencia un retraso en el desarrollo. Es por ello que el psicólogo, además de conocer el desarrollo psicomotor del niño, deberá dominar las técnicas de estimulación temprana que, al aplicarlas al niño, permitirán optimizar su desarrollo hasta que alcance el estipulado. Por esto, se requiere que el profesional de la psicología adquiera un amplio conocimiento de la estimulación temprana, sus antecedentes históricos y teóricos.

CAPITULO 4

EL PAPEL DEL PSICOLOGO EN LA ESTIMULACION TEMPRANA

TESIS COM
FALLA DE ORIGEN

4. EL PAPEL DEL PSICOLOGO EN LA ESTIMULACION TEMPRANA

Es importante la intervención del psicólogo social para promover la participación de la comunidad, así como para realizar el enlace entre ésta y los equipos de salud; así como para identificar factores de riesgo; proyectar intervenciones para eliminarlos, atenuarlos o modificarlos; elaborar diagnósticos e instrumentar programas de educación para la salud.

El trabajo educativo lo sitúa dentro de una gama de actividades en la prevención de problemas en el desarrollo que puede ser directa, indirecta y mixta, estableciendo criterios para determinar el momento en que un bebé se anticipe o retrase en cualquier área de su desarrollo. con programas de estimulación temprana, con entrenamiento a profesionales (médicos y enfermeras) y no profesionales (padres).

El trabajo del profesional en psicología social, también, consiste en orientar a los padres por medio de pláticas, referentes al desarrollo infantil y en los programas de intervención, así como, en orientarlos a través de diversos programas para realizar las actividades adecuadas a cada estadio de desarrollo y aplicarlos en sus hogares en tiempo y forma servirá para que los bebés alcancen su desarrollo correcto en el menor tiempo posible.

Durán, Becerra, Torrejón (1991) (en: Durán, Hernández y Becerra, 1995), aseveran que la atención primaria de la salud para el cuidado de los habitantes de un entorno social ha sido estudiado por la medicina en su aspecto biológico, por la psicología que se profundiza en el comportamiento del género humano y, por la sociología que se enfoca a la población y su condición socioeconómica, cada una de

éstas áreas ha abordado el estudio de la salud bajo su propia perspectiva dejando de lado las posibles interrelaciones con las otras disciplinas y sin tomar en cuenta un manejo integral que considera al individuo como un ser biopsicosocial.

Altirriba (1980) indica que la intervención del Psicólogo Social es importante para promover la participación de la comunidad, así como, para realizar el enlace entre ésta y el equipo de salud. De igual manera, deberá identificar factores de riesgo, proyectando intervenciones para eliminarlos, atenuarlos o modificarlos; elaborando diagnósticos e instrumentando programas de educación para la salud.

Bayés (1979) (en: Ruiz y Vaquero, 1989); Gene (1994) agregan a lo anterior, acciones activas o preventivas primarias, para lo cual el profesional deberá conocer los conceptos básicos del aprendizaje; no perder la objetividad al definir las deficiencias del niño; identificar las variables ambientales que mantengan, disminuyan o aumenten los comportamientos; así como, tener los conocimientos suficientes para poder introducir variables que propicien cambios; participar con programas y, por último, publicar los resultados de la intervención en el trabajo para que se puedan comprobar o replicar (figura 13).

Durán, Hernández, y Becerra (1995) contemplan dentro de la acción preventiva la capacitación de las madres como parte de la Estimulación Psicomotora; este programa se centra en las áreas sensoriales (propiocepción, visión, audición, tacto y gusto). Periódicamente deberán efectuarse evaluaciones a los sujetos para observar los grados de desarrollo que cada uno obtiene. Ruiz y Vaquero (1984) indican que, al mismo tiempo el psicólogo deberá estar atento para brindar apoyo psicológico, establecer un control del desarrollo del infante y llevar un seguimiento de cada caso.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Fig. 13- La Psicóloga de la Salud en una sesión de capacitación a las madres

Para Gesell y Amatruda (1992); Gordon (1983) (en: Craig, 1997) el psicólogo y la familia juegan un papel importante ya que entre ambos se realiza un esquema de actividades que contemplan desde tiempo que los padres dedican a la estimulación del menor, intensidad y amplitud de esta actividad, en una intervención directa e individual. Estas estrategias, según Phares (1996), al iniciarse de manera temprana y constante, darán como resultado que el niño generalice las habilidades aprendidas en un tiempo más corto, además de que los efectos del programa le ayuden para el momento de su ingreso a la escuela y asimismo adquiera la habilidad de poder interactuar con la sociedad que lo rodea.

Stith, Williams y Rosen (1992) (en: Castañeda, 1993) afirman que la intervención con la familia y con el niño deberá ser multidisciplinaria, incluyendo la valoración del niño tanto por los terapeutas, como por otros profesionales (pediatras y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

neurólogos, por ejemplo). Pérez (1999) propone que la participación del médico 58 implica la valoración del niño, ya que el diagnóstico resultará indispensable para que el psicólogo pueda planear y establecer los programas de estímulos que deberá recibir el niño, así como el entrenamiento que dará a los padres para la mejor aplicación del mismo.

Pérez (1999) manifiesta que en la Estimulación Temprana las acciones preventivas se ha abordado desde las perspectivas de la medicina y desde del ámbito psicológico. El médico ha participado en la elaboración de programas de salud pública, programas informativos y educativos, los cuales comprenden factores genéticos, prenatales, perinatales y postnatales. La perspectiva educativa trabaja, dentro de una gama de actividades, con programas de estimulación temprana, con entrenamiento a profesionales y no profesionales. En el trabajo de entrenamiento es donde se involucra el psicólogo con las funciones de:

- 1) Detección de problemas identificando factores tanto biológicos como ambientales, así como en hábitos alimentarios y en la crianza de los niños.
- 2) Promoción de cambios de acuerdo a los objetivos individuales o de grupo de educación y capacitación, adiestramiento a profesionales y no profesionales, incluyendo a médicos, enfermeras, educadores y miembros de la familia.
- 3) La planeación de las estrategias de estimulación temprana.

Integrado a lo anterior, Urbina (1992) (en: García, 1992) indica que la intervención del psicólogo puede ser:

- Directa- Interactuando el psicólogo y el niño.

- Indirecta- El trabajo es entre el psicólogo, el niño y los mediadores del niño, como los padres, los maestros, el personal de la institución, etc.
- Mixta- En el que se combinan los trabajos anteriormente descritos.

Asimismo Urbina (1992) (en: García,H.V. 1992) amplía los trabajos anteriormente indicados, donde la intervención del psicólogo también se dé en las modalidades:

- a) Individual- En ésta se beneficia sólo al niño.
- b) Grupal - En la que se integran niños y/o adultos.
- c) Institucional - El trabajo realizado es interdisciplinario o multidisciplinario, beneficiando a grandes grupos.

En todas las intervenciones se puede incluir:

- Orientación- Proporcionando "información y educación tendiente a la comprensión de factores que coadyuvan a la prevención, promoción y corrección" Urbina (1992; pág. 603) (en: García,H.V. 1992).
- Asesoría- Corroborando que los objetivos se apliquen en la intervención.
- Tratamiento- El conocer, analizar, planear, modificar o transformar los estados, niveles o problemas que lleven a la solución del problema.

Urbina (1992) (en: García, 1992), resalta las fases que se describen en la Tabla 1.

Cravioto y Arrieta (1982) (en: Latirgue, 1994) indican que, antes y durante la estimulación, el psicólogo procurará que la interacción entre la madre y su bebé sea cara a cara y manifestándole con palabras tiernas y caricias el amor que se le tiene, ya que esto dará como consecuencia una ganancia de peso, talla y maduración.

Objetivos	PROMOCION	PREVENCION	CORRECCION
DETECCION	Criterios normativos y Condiciones óptimas que Propicien el desarrollo Integral.	Identificación de riesgos probables en el desarrollo del niño.	Identificación de problemas, desórdenes y condiciones determinantes
EVALUACION	Conocer de manera cuantitativa y cualitativa el proceso y condiciones en que se da el desarrollo integral	Conocer de manera cuantitativa y cualitativa el proceso de desarrollo de problemas y condiciones determinantes	Conocer de manera cuantitativa y cualitativa la naturaleza, estado y evolución de problemas, desórdenes y condiciones
DIAGNOSTICO	Determinación del estado de las condiciones y posibilidades de acción para lograr un desarrollo integral	Determinación de problemas potencialmente prevenibles.	Determinación de problemas, desórdenes y condiciones a cambiar o modificar.
INTERVENCION	Acciones concretas para el establecimiento y mantenimiento de las condiciones óptimas que garanticen el desarrollo integral.	Acciones para evitar o minimizar problemas y efectos nocivos sobre la integralidad del proceso de desarrollo.	Acciones para remediar o minimizar problemas y condiciones que impiden un desarrollo integral.
COMUNICACIÓN	Resultados	Resultados	Resultados

Tabla 1- Matriz de objetivos y fases del trabajo profesional del psicólogo. (Urbina, op.cit, pág. 604).

Drotar y Sturm, (1987) sugieren que, durante la alimentación, además de continuar con la interacción cara a cara; se le permita al bebé que haga pausas, en las que se podrá proporcionar estimulación en su cuerpo, mediante caricias, palabras y

sonrisas. Satter (1990) (en: Córdoba y Latirgue, 1991) considera que la relación positiva entre la madre su bebé durante la alimentación ayudará al desarrollo psicosocial adecuado del bebé.

González (2000); Horowitz (1982) (en: Craig, 1997); Korner (1987) (en: Craig, 1997) consideran que el psicólogo interviene en la prevención de problemas en el desarrollo, estableciendo criterios para determinar el momento en que un bebé se anticipe o retrase en cualquier área de su desarrollo. El identificar grupos de riesgo, como: bebés prematuros o de bajo peso al nacer; así como hijos de madres en cuya situación económica no permite alimentarles adecuadamente. González (op.cit) agrega que el trabajo del psicólogo en la prevención será el de diseñar programas para detectar, evaluar e intervenir en cada área de desarrollo del bebé; en forma directa con éste, y de manera indirecta con los padres y el personal de salud; y por último, en la modalidad grupal integrando a la familia y al niño. González (2000); Ramírez (1992) indican que el trabajo de estimulación aplicado en el hogar de los padres del bebé, será supervisado periódicamente.

Gordon (1969) (en: Craig, 1997), señala que el psicólogo deberá orientar a los padres mediante pláticas, en la disciplina del desarrollo infantil y en los programas de intervención, así como en enseñarlos a realizar programas o actividades adecuadas a cada estadio de desarrollo. Brazelton (1991) (en: Latirgue, 1991) sugiere que dentro de las pláticas se les indique que su bebé cuenta con un proceso de reacciones complejas y progresivas, es por ello que la estimulación que se le proporcione será del programa que recibieron, indicando a los padres no estimularlo más allá, ya que es necesario que ésta se proporcione de acuerdo a su capacidad de respuesta.

Para las actividades realizadas con los bebés, La Asociación Nacional Estadounidense para la Educación Infantil (1988) (en: Craig, 1997) sugiere algunos requerimientos para complementar el aprendizaje de los padres y para el mejor desarrollo del bebé: El contar con un medio seguro para que explore y manipule los objetos; establecer una relación íntima y cálida antes, durante, y después de la estimulación; detectar las necesidades y considerar al bebé un receptor activo. Al respecto Craig (1997) indica que la estimulación se aplique con la acción lúdica mediante el diálogo, ya que al presentar un objeto nuevo, el imitar los sonidos y las acciones del bebé ayudarán a que sea más receptivo.

González (2000) afirma que tanto los padres como los profesionales de la salud al intervenir al bebé, trabajarán el potencial con que éste nace; deberán estimular y proporcionar actividades adecuadas a su edad; respetando el avance y la hora. Pero al proporcionarle la estimulación, ésta será adecuada y no excesiva, para que en cada experiencia se enriquezca la maduración. González propone un método para la adquisición de conductas en relación: a) Estimular la vista con el seguimiento de objetos, cosas o personas, dentro de su campo visual; b) Estimular el lenguaje con la comunicación manifestada con palabras, gestos o expresiones corporales por parte de los padres o adultos que rodean al bebé; c) Estimular su motricidad gruesa con ejercicios que fortalezcan la espalda, los que ayudarán a que en un futuro el bebé logre el control de su cuerpo.

En el caso de que el psicólogo trabaje en la comunidad con otros niños, La Asociación Nacional Estadounidense para la Educación Infantil (1988) (en: Craig, 1997) sugiere que el lugar en que se reúnan los padres para aplicar la estimulación será un espacio amplio, para que los bebés exploren y manipulen los objetos para su estimulación; los espacios amplios ayudarán a los bebés a observar, imitar y

socializarse con otros bebés. Así mismo se fomentará el progreso de las habilidades cognitivas y de lenguaje de los bebés.

González (2000) considera que en el trabajo con los profesionales de la salud (médicos, pediatras y enfermeras), además del trabajo multidisciplinario para identificar grupos y factores de riesgo, el psicólogo detectará problemas de desarrollo en los bebés. Así mismo, en la capacitación que se suministre a éstos, se les instruirá para trabajar la estimulación, proporcionando actividades que ayuden a la maduración del bebé, para adquirir las conductas de cada edad, mediante un ambiente cálido y afectivo.

La intervención del psicólogo en la estimulación temprana, según González (2000), permitirá identificar los problemas que presenten los niños antes, durante o después de nacer; para elaborar diagnósticos, e instrumentar programas de educación para la salud. Dichos programas servirán para detectar, evaluar e intervenir las áreas que presenten problemas para el correcto desarrollo del bebé; para la aplicación de la estimulación temprana, con el entrenamiento a profesionales de la salud y a no profesionales (padres y familiares). El mismo autor considera que, en lo que se refiere al entrenamiento de los profesionales de la salud, éste contendrá la orientación para mejorar la estimulación en las áreas donde se encuentren atendidos los bebés; en lo que se refiere a los padres, la instrucción que reciban se enfocará a la adecuada aplicación de los programas de estimulación que se aplicarán en el hogar.

En suma, el equipo multidisciplinario, que incluye al psicólogo que atiende el área de Estimulación Temprana, tiene por objetivo: Detectar problemas en el desarrollo del bebé, así como establecer acciones en las que se integra a los padres, para que éstos apliquen las técnicas a sus bebés en sus hogares en tiempo y forma. El

trabajo realizado por el psicólogo y los padres servirá para que los bebés alcancen su desarrollo correcto en el menor tiempo posible.

4.1. LA IMPORTANCIA DE LA PATIRCIPACION MADRE – PADRE EN LA ESTIMULACION TEMPRANA.

El ser padre significa tener cambios en la vida desde el momento de la espera de un bebé y al nacimiento de éste. Al relacionar al bebé con su madre y con su padre, se infiere que serán los encargados de proporcionarle el amor que complementará la triada padre-madre-hijo.

La interacción del bebé con sus padres es básica para el desarrollo psicológico del bebé ya que es el inicio de la socialización, que tendrá resultados a medida que éste crece y aprende a relacionarse. El aspecto social del bebé se inicia antes de que nazca, cuando los padres piensan en él como integrante de la familia; siendo esta pertenencia una característica de ser social; como una indicación de su desarrollo psicosocial que el niño asciende a cada etapa de desarrollo cumpliendo una serie de características y acontecimientos.

El acercamiento de los padres con su bebé prematuro ayuda a que se presenten lazos de afecto, la relación cara a cara facilitará la capacidad del bebé para reconocer a sus padres. Esta relación, además de interacciones mediante vocablos, tendrá resultados cuando el niño puede hacerse entender por medio del lenguaje.

Craig (1997) manifiesta que el ser padre o madre incluye cambios en su vida, tanto físicos en la madre, como emocionales en ambos padres; estas permutas, serán el inicio al proceso de incluir al bebé en la familia. Para que se de ésta pertenencia Bonet, Monique y Gerard (1979) consideran que la espera del bebé por ambos padres,

el elegir su nombre, la forma en que se imaginan que será el niño o la niña; son pensamientos y sentimientos que crean un espacio psíquico dentro de la familia, mismo que ayudará al bebé, en un futuro, a tener confianza en sí mismo. Esta confianza también se obtendrá después de hacer sentir al bebé que están cubiertas sus necesidades de alimento y amor, mismo que se logrará primeramente con la madre por ser la primer persona con la que tiene contacto, y el padre, la segunda persona en proporcionarle ese amor que complementará la triada padre-madre-hijo (fig. 14).



Fig. 14- Interacción padre – madre – hijo.

Altirriba (1980); Iglesias, Iglesias, Iglesias, Sánchez, y De la Rosa (2000) refieren que, desde el momento en que se presenta la triada padre-madre-hijo, los progenitores aprenden a reaccionar y conocer las señales del bebé, así como la forma que éste se comunica con ellos. Una forma de comunicación de los padres es mediante

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

la estimulación, que al realizarse lúdicamente ayudará al niño a observar, manipular, buscar o recoger los juguetes, y a explorar objetos. Otro beneficio de la intervención de los padres es la estimulación cara a cara, con la que se enseña al niño la capacidad de actuar y esperar de forma alterna ante el interlocutor, así como al conocimiento de su entorno social.

Aunado a lo anterior, para Bonnet, Monique y Gerard (1979) el nombrarle cada parte de su cuerpo no sólo ayuda a que se conozca, sino que ese contacto con afecto hace que el niño se sienta feliz. Farré y Sebellica (1985) sostienen que la relación positiva que tengan los padres con su bebé resulta ideal para favorecer un buen desarrollo y las competencias cognoscitivas; complementando su interacción con el juego y otros estímulos, que provocarán que se perfeccionen los potenciales y capacidades presentes en el nacimiento.

Parke (1986) indica la interacción del bebé con sus padres como el inicio de la sociabilidad que empieza en el hogar mediante ese nexo afectivo; tendrá resultados a medida que el niño crece y aprende a relacionarse con otras personas. Tanto la interacción como el cuidado ayudarán a una mejor estimulación, influyendo ambos elementos para la adquisición y el desarrollo del lenguaje, que será necesario para la vida social y para el futuro éxito escolar. Esto lo confirman Enesco, Deval y Linza (1989) (en: Turiel, Enesco y Linaza, 1989) en el hecho de que, aunque el bebé nace con una predisposición social innata, la relación con las personas favorecen su desarrollo neurológico y psicológico, para de ello partir hacia sus conductas repetibles y así el niño aplicará lo aprendido a una situación determinada.

García (1998); Guralnick (1991), afirman que el estímulo que el bebé recibe de sus padres es importante, pero es indispensable que cuente con una guía para que los

resultados sean óptimos, siendo necesaria la intervención de especialistas en el desarrollo infantil; éstos aportarán nuevas estrategias de intervención, lo que redundará en beneficio del pequeño. La participación de los expertos en estimulación, la edad de inicio y el compromiso de la familia juegan un papel importante para prevenir el déficit en el desarrollo, además de darse cambios en el mismo, lo que permitirá que más adelante sean personas independientes. Lézine (1979) manifiesta que la ayuda que reciban los padres de parte del psicólogo para comprender las necesidades y dificultades de los niños, permitirá que puedan darle la solución que se requiera mediante un buen entrenamiento en la estimulación que el niño necesite, según la edad. La función del psicólogo será comprobar el desarrollo motriz y sensorial, la adquisición del lenguaje, y la expansión de las relaciones afectivas y sociales que observe el niño.

Brazelton (1991) (en Latirgue, 1991) sugiere algunos puntos que el psicólogo indicará a los padres para la aplicación de la estimulación: a) Que al momento en que se estimula al bebé, éste reciba seguridad; b) No estimular más de lo propuesto por el psicólogo; c) Conocer las conductas de su bebé cuando se haya estimulado de más, como el llanto o una conducta corporal rígida; d) En cada momento tener un contacto físico y amoroso, esperando captar la atención del bebé para propiciarle la estimulación adecuada. Esta estimulación abarcará particularmente cuatro áreas psicomotrices.

Gesell y Amatruda (1992) indican las siguientes áreas psicomotrices para niños de 0 a 52 semanas de nacido, que serán estimuladas para lograr su mejor desarrollo:

Adaptativa, Motriz Gruesa, Motriz Fina, de Lenguaje y Social, que describen de la siguiente forma:

Adaptativa: Adecuaciones sensoriales de movimientos oculares y manuales para alcanzar o manipular los objetos. Así como la capacidad para utilizar con propiedad la motricidad en la solución de problemas.

Motriz Gruesa: Comprende las reacciones posturales, el equilibrio de la cabeza, y las conductas de sentarse, gatear, pararse y caminar.

Motriz Fina: Uso de manos y dedos para la aproximación, prensión y manipulación de un objeto.

Lenguaje: La utilización de toda forma de comunicación (gestos, movimientos posturales, vocalizaciones, palabras, frases).

Social: Las reacciones personales del niño ante la cultura en que se desarrolla. La participación en juegos sencillos.

Gesell y Amatruda (op.cit) afirman que la preparación que reciban los padres para proporcionar estimulación al bebé en cada una de las áreas antes descritas, así como la interacción afectiva que establezcan con él, influirán para el mejor desarrollo cronológico del mismo.

4.2. RELACION AFECTIVA

Diane (1995) menciona que la preocupación por vincular afectivamente a los padres con su hijo se estableció en los años sesenta, en los hospitales donde los neonatos tenían que estar hospitalizados por algún problema al nacer, como el ser prematuro; el acercamiento de la madre con su hijo ayudó a que, al darlos de alta no

regresaran por cualquier otro problema. En 1970 se observó que el contacto de la piel de la madre y su bebé generó el proceso de apego (fig.15).



Fig. 15 – Relación afectiva de la familia

Katchadurian (1992) (en: Diane, 1995), considera que el amor maternal es innato en la mujeres, este amor, al reflejarse en el niño, presentará su primera respuesta de manera refleja; como en el reflejo de "hozar" donde la estimulación de la mejilla provoca movimientos exploratorios que ayudan a localizar el pezón, asir y adherirse. En el mismo plano, el amor paternal se puede presentar tan intenso como el amor maternal, ya que en ocasiones el padre realiza algunas funciones de crianza, proporcionando el amor y nutrición emocional durante el crecimiento y desarrollo del niño. John Bowlby (1951) (en: Alvarez, 2000) afirma que es fundamental que durante

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

los dos primeros años de vida, el bebé se desarrolle en un ambiente de estímulos y de relaciones afectiva.

Galinsky (1989) considera que al aceptar los padres que el bebé les pertenece, inician el proceso de una relación afectiva. Para Berryman (1994) lo significativo es reconocerlo desde antes de que nazca como parte de la familia. Dentro de la misma, la relación que tenga en primera instancia, con la madre al momento de nacer, ayudará al desarrollo del bebé. Aunque siempre se consideró a la madre como cuidadora directa y al padre como proveedor familiar, después de los años sesenta se consideró el papel afectivo del padre con el hijo; observando que la relación que tienen tanto el padre como la madre con su hijo, determina funciones que se complementan. Craig (1997), indica que el contraer lazos afectivos entre padres e hijo, que se inician desde el nacimiento, son primordiales para el desarrollo psicológico del bebé.

Davidoff (1994); Parke (1986) manifiestan que en la actualidad los padres participan en el parto de la mujer, pudiendo establecer un acercamiento con el bebé con caricias y besos. Este acercamiento en los niños prematuros hospitalizados ayuda a que se presente esta relación, ya que en muchos casos es necesaria la participación del padre por la convalecencia de la madre. Estas manifestaciones de amor ayudarán a que el padre, al igual que la madre, pueda ser capaz de comunicarse y aprender a entender las manifestaciones de su hijo. Parke declaró que, a medida que los padres interactúan emocionalmente con el bebé por medio de las caricias y del juego, existe una mejor y mayor identificación; esos factores son importantes para establecer contacto. Berryman (1994); Craig (1997); Lamb (1981); Schaffer (1985) afirman que la relación cara a cara facilitará el desarrollo de la capacidad del bebé para reconocer a sus padres.

Parke (1986) indica que la relación de afecto, conjuntamente con una acción de juego, se puede dar cara – cara; por ejemplo: cuando a los siete meses el niño está más erguido; a los diez meses el niño se puede sentar en el regazo de sus padres y jugar tomando su juguete favorito y la madre estimular al niño para que juegue con el objeto; al año el niño podrá jugar con los padres participando más activamente. “los juegos realizados por los progenitores con sus hijos lactantes pueden ejercer una influencia sobre el posterior desarrollo social y cognitivo del niño” (pág.77).

Al respecto Nágera (1972) (en: Parke, 1986, pág.17) afirma que sólo a través del afecto se puede desarrollar un bebé, y así llegar a ser “un adulto con las características y bondades que enaltecen al hombre” al respecto Ainsworth et al. (1978) (en: Baron y Byrne, 1998); Bartholomew y Horowitz (1991) (en: Baron y Byrne, op.cit) agregan que esa demostración de amor ayudará a la formación de su autoconcepto.

4.3. LENGUAJE.

Bruner (1986) afirma que el lenguaje está influido por el conocimiento del mundo, que el desarrollo del lenguaje depende de varios factores, entre ellos la maduración, la interacción con su familia, así como el estímulo que reciba de parte de la misma. Además, el lenguaje “está influido por el conocimiento del mundo que posee quien lo adquiere, ya sea antes de dicha adquisición o en el momento de ella” (pág. 176); así como contribuir a la maduración, y a la relación entre el adulto y el niño (fig. 16).

Para Hollander (2001, pág. 252) desde el punto de vista psicológico, el lenguaje es “un conjunto de estímulos vocalizados con los que nos encontramos a nuestro alrededor”. Davidoff (1994.); Hollander (2001) señalan que estos estímulos son dados

por las personas que rodean al bebé, con interacciones como la mirada y los vocablos, los que pronto tendrán resultados cuando el niño puede hacerse entender mediante el lenguaje.



Fig. 16 - Desarrollo del lenguaje

Clark y Clark (1977) (en: Berryman, 1994; pág. 175) afirman según la teoría de los actos del habla, que "los niños en edad prelingüística saben ya como declarar y pedir" empleando diferentes representaciones como el gesto, la entonación, etc.; el sustituir las representaciones se dará con el modelamiento y ayuda de un adulto. Bruner (1986), considera que de lo anterior se desprende que, al participar el niño en su sociedad e interactuando con los adultos, será el paso de las representaciones no verbales al lenguaje.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Davidoff (1994); Hollander (2001) aseguran que el modelamiento, las interacciones y la relación que el niño tenga con los padres, podrán ayudar al individuo a lograr el desarrollo del lenguaje, en el cual se consideran varias etapas. En la primera se presenta la vocalización casual, con arrullos, chillidos, llantos y gorgoteos. En la siguiente etapa comienzan los balbuceos, y la repetición de sonidos (que estimulan la nueva vocalización). La siguiente etapa, dada alrededor del año de edad, el niño imita lo que escucha de las personas que lo rodean. Y en la última etapa, después del año, el niño se expresa al principio generalizando las palabras, y después puede particularizar. El desarrollo del lenguaje, además de la interacción y el modelamiento, se presenta también por medio del juego, que es una actividad en la que el niño puede explorar e inventar; esta acción lúdica, que se proyecta al mundo interior y exterior, podrá ser utilizada para su socialización.

4.4. SOCIALIZACION

Schaffer (1989) considera que, desde antes de que un niño nazca, los padres deben pensar en él como integrante de la familia; siendo esta pertenencia una característica de ser social. Para que se inicie esta pertenencia, en el momento del parto el niño se deberá quedar al lado de la madre, acción que marca el principio de la socialización. Por su parte Hurlock (op.cit), complementa lo anterior indicando que, además de la madre, el ambiente del hogar es el que favorece que el niño sea sociable (fig.17).

Bowlby (1989); González (2000) afirman que la conducta social de una persona se origina y se fundamenta en la calidad que tuvo en la relación con su madre durante los primeros meses de su desarrollo, lo que se convertirá en un sentimiento de confianza y seguridad que influirá desde su infancia hasta que sea adulto, en sus relaciones con las demás personas. Este inicio, afirma MacFarlane (1975) (en:

Davidoff, 1994) lo llevará a aprender esos intercambios personales de acuerdo a la actividad o al sentimiento que demuestre la madre, como primer experiencia, misma que afectará su vida cuando sea adulto; por el contrario si fue niño sin atención no podrá aprender la misma actitud y tendrá problemas para relacionarse con los demás.



Fig. 17 - Inicio de la socialización

Schaffer (1985) indica que la socialización del niño implica también su desarrollo psicológico, en el que se considera el contexto social; y que entre más pequeño, deberá ser más importante para sus progenitores; esto resulta de participar en un diálogo vocal con el niño y en la respuesta del adulto. Para que el bebé se integre a la siguiente etapa de desarrollo, la labor de los padres cambia en el transcurso del desarrollo del bebé; esta afirmación fue examinada por

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

McCall, et.al (1977) (en: Schaffer, 1989) mediante test aplicados a los padres, en los que se manifiestan cambios en el desarrollo mental de acuerdo a cada etapa; Indicando que, al inicio la principal ocupación del niño es la regulación entre el sueño y la vigilia; a partir de la séptima u octava semana, el niño es más receptivo a la estimulación externa; estos cambios se detectan en la sonrisa social y en el contacto visual con las demás personas.

Goslin (1969) (en: Craig, 1997) afirma que al convertirse el bebé en parte de un grupo social, aprenderá de éste las actitudes, creencias, costumbres y valores; los que le ayudarán a pertenecer a otros grupos. Este proceso de socialización ocurrirá en todas las etapas de la vida. McCall, et.al (1977) afirman que en el curso del desarrollo psicosocial del bebé, cada etapa comprende una serie de características y acontecimientos. La primer etapa se encuentra de los 0 días a los 2 meses; a los seis días de nacido, el bebé detecta y prefiere el olor de su madre, esta actitud es un inicio de la socialización; de las cuatro a seis semanas principia la relación sencilla con el padre, ya que en esta etapa el contacto visual es mayor; asimismo, balbucea y sonríe; actitudes que producen un mayor acercamiento con sus padres. Es en esta etapa donde el rasgo característico es el control endógeno sobre la conducta del niño. Se presenta el inicio de la socialización a los dos meses, edad en que las relaciones cara a cara resultan estimulantes para el niño. Ainsworth (1973) (en: Hurlock,1988) agrega que en esta edad los bebés se comportan de igual manera con todas las personas.

McCall, et.al (1977) indican que la segunda etapa se da de los dos a los siete meses, en ésta el conocimiento del mundo es subjetivo; los niños están adquiriendo la interacción social. Craig (1997) afirma que a los dos meses conocen mejor a las personas que los cuidan; siendo la madre o el adulto el que dirige la atención del niño hacia situaciones como señalar, mirar, manipular objetos y emitir gestos.

Davidoff (1994) considera que a los tres meses aparecen los signos de sensibilidad y apego, es entonces cuando el bebé reconoce la expresión de la cara que hace la persona con la que interactúa. Para Tantermannova (1972) el bebé, al establecer sus primeros contactos personales, expresa las *sonrisas sociales* a las personas cercanas.

Para Hurlock (1988), al cuarto mes mira a la persona que se aleja de él, sonríe a quien se dirige a él hablándole o cuando juega con él. A los cuatro y cinco meses observa a otros niños, le sonríe y muestra interés cuando escucha llorar a otros bebés; también, del quinto al sexto mes distingue los tonos de voz (amistosas o irritadas), reconoce a los familiares. Al sexto mes explora con torpeza los rasgos faciales, y es capaz de tomar o jalar los anteojos de algunas personas.

Bowlby (1980) (en: Shaffer, 1985); Decarie (1974) (en: Davidoff, 1994); Feiring y cols. (1984) (en: Davidoff, op.cit) aseveran que a los seis o siete meses los niños muestran un especial apego a miembros cercanos de la familia (padre, madre y hermanos), y manifiestan temor ante los extraños. Hurlock (1988) refiere que desde los siete meses tratan de imitar a las personas cercanas a ellos, con sonidos, gestos y otros actos. Muestran contactos amistosos con otros bebés mirándolos, y tendiéndoles las manos para tocarlos.

En la tercera etapa, de ocho a doce meses; Hurlock (1988) indica que en su octavo mes el pequeño continúa con los contactos anteriores, pero cuando otro bebé trata de quitarle un objeto, éste responde defendiéndolo. Entre los nueve y doce meses exploran a otros, les tiran de los cabellos o de la ropa; por primera vez comparten sus juguetes, y en las acciones del niño se pueden distinguir los fines y los medios para explorar objetos. En este periodo el niño es más capaz de conectar los

acontecimientos mediante el diálogo, principalmente dado en el juego, y presentando además destrezas sensomotrices y a la vez sociales.

Por último, a los doce meses los logros se unen y aparecen las capacidades integradas aprendidas con anterioridad, pudiendo interactuar con otras personas, siempre con el apoyo del adulto. A los doce meses agrega Hurlock (1988; pág. 251) "pueden dejar de hacer ciertas cosas cuando se les dice 'no' ", así como mostrar temor y desagrado hacia los desconocidos alejándose o llorando. Craig (1997), afirma que al año los bebés interactúan más con sus padres, comienzan a utilizar palabras para comunicarse y demostrar sus emociones como el enojo, la tristeza o la felicidad.

Hollander (2001) considera que la interacción directa del niño con sus padres es importante, ya que ésta, como 'socialización primaria', ayudará al niño a identificarse en primera instancia dentro de un círculo; mismo que le orientará para ingresar al siguiente. En la socialización primaria el niño aprenderá y se identificará con un modelo; aunque exista la identificación, el aprendizaje se adquirirá ya sea por reglas o por imitación. Cualquiera que sea la vía para llegar al aprendizaje es necesario que el niño aprenda de sus padres las actitudes y valores, que deberán ser proporcionados con equilibrio entre disciplina y afecto; dando como resultado la identificación y el deseo de estar cerca de sus padres, para que más tarde pueda tener una conciencia personal y aplique lo aprendido en la estructura familiar.

Davidoff (1994); Hollander (2001); Munné (1980) afirman que la familia es la que transmite la cultura, interioriza las normas y los valores sociales; y dota al individuo del concepto de sí mismo, que le ayudará a interactuar y a adaptarse a la sociedad; pudiendo aplicar el aprendizaje obtenido en la familia, como la cooperación, la competencia, la sumisión, el dominio, etc., en la sociedad a la que se integrará.

Parke (1986) confirma que la relación afectiva y lúdica que el hijo tenga con sus padres desde el nacimiento, así como que éstos sean los que transmitan la socialización primaria, ayudarán al niño a mostrarse seguro; demostrándolo durante su desarrollo. Al respecto Ann y Alan Clarke (1976) (en: Berryman, pág 51), reiteran que en el desarrollo es importante la vinculación, pero más importante, es "la calidad de cada fase del desarrollo".

Hurlock (1988) engloba en la tabla 1, los fundamentos de conducta social establecidos en los bebés por sus padres; estas bases o fundamentos repercutirán cuando el niño sea adulto.

El trabajo que el psicólogo social de la salud realiza con la comunidad en lo que respecta al área de estimulación temprana, la que incluye al padre y la madre, en un vínculo de entendimiento a los requerimientos de su bebé; asimismo, ayuda a que, al proporcionarse lúdicamente y cara a cara se propicie el inicio del lenguaje y la socialización, con otros bebés y adultos, así como el desarrollo adecuado en las diferentes áreas.

IMITACION	Con ella se hacen parte de un grupo social. Imitando primeramente las expresiones faciales, luego gestos y movimientos; a continuación sonidos del habla y finalmente los patrones totales de conducta.
TIMIDEZ	Hacia el tercero o cuarto mes pueden distinguir entre personas familiares y desconocidas. Hasta el primer año reaccionan ante los desconocidos mediante llanto, ocultando sus cabezas y aferrándose de la persona que los sostiene.
CONDUCTA DE AFECTO	Cuando la primera relación que presentan con su madre, es de demostración de amor por parte de ellas, esto servirá para establecer relaciones amistosas con otras personas.
DEPENDENCIA	El cuidado que reciban de parte de otras personas deberá ayudarle para que cuando se presente el momento puedan realizar cosas por ellos mismos.
ACEPTACION DE AUTORIDAD	Las actitudes de los padres en la educación ayudará a que se adapten socialmente. Por ejemplo: Los niños educados en hogares democráticos, se adaptan mejor socialmente, son activos y comunicativos. Los niños que reciben mucha tolerancia: tienden a hacerse inactivos y retraídos. Los hogares con métodos autoritarios: son calmados, su curiosidad y creatividad son limitadas por los padres. (Friedland, 1973) (Marshall, 1961)
RIVALIDAD	Se desarrolla al interactuar con otros bebés. Esta rivalidad se da para afirmar su superioridad

Tabla 1- Fundamentos de conducta social (Fuente: Hurlock (1988).

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

CAPITULO 5

METODOLOGIA

CAPITULO 5

METODOLOGIA

Como respuesta al crecimiento de la población y la demanda de servicios de salud de la comunidad, surge el Hospital General de Tlalnepantla, con el fin de dar respuesta a las mismas, Mireles y Olguín (2000) refieren que las actividades se iniciaron el 2 de diciembre de 1972. Desde ese año hasta 1976 el Hospital dependió de la Dirección General de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de México; en 1978 se subordina a la Subsecretaría de Asistencia; y a partir de 1979 se subordina a la Dirección General de Asistencia Médica en la Subdirección de Hospitales Foráneos. Actualmente depende del Instituto de Salud del Estado de México (I.S.E.M.).

Este hospital atiende a la comunidad por medio de las especialidades de gineco-obstetricia, cardiología, pediatría, cirugía, dermatología, psicología, geriatría y servicio dental. La Institución cuenta con recursos para atender y resolver problemas medico-quirúrgicos, crear programas que brinden atención preventiva, de asistencia y rehabilitación a la población.

La atención preventiva que existe en el Hospital General de Tlalnepantla y la preocupación de los Pediatras de la sección de Perinatología involucró a un grupo de psicólogos para el trabajo de Estimulación Temprana, debido a que, de acuerdo a la información obtenida en una entrevista efectuada a los responsables de la sección de Perinatología del 1º de mayo de 2000 al 30 de abril de 2001, nacieron 387 bebés, de los cuales ciento veinticinco (32%), nacieron con problemas de hipoxia; de éstos, 35 niños fueron prematuros o a pretérmino (28%) y 90 niños a término (72%).

Por lo antes expuesto y como una acción preventiva, como Psicóloga del área de Estimulación, se presentó a la Jefatura de Enseñanza y a los responsables de la sección de Medicina Perinatal Pediátrica, para su revisión, el manual de Estimulación Temprana para niños de 0 a 1 año de edad, para dar atención a niños prematuros o a término con problemas de hipoxia al nacer.

Con el objeto de prevenir problemas en el desarrollo de niños a término (que nacieron entre la 36ª y 42ª semana), o prematuros (que nacieron en la 35ª semana de gestación), que presentaron hipoxia al nacer, se formuló un Manual de Estimulación Temprana, basado en la Psicología del Desarrollo y en el trabajo realizado por Arnold Gesell. Este manual está dirigido para niños de 0 meses a 1 año de edad para realizar evaluaciones que tengan por objetivo: 1) detectar alteraciones en el desarrollo en las áreas de motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje, y social. 2) instrumentar intervenciones para eliminar, atenuar o modificar los factores de riesgo que pudieron presentarse en la evaluación practicada a los menores.

Paralelamente, se contemplaron actividades como el entrenamiento a los padres en el manejo de técnicas de estimulación; y la capacitación a los profesionales de la salud (médicos, pediatras y enfermeras), para la aplicación de las tareas en las áreas del hospital (Perinatología, Mamá Canguro, y de Estimulación Temprana).

OBJETIVO GENERAL

Destacar la importancia del psicólogo en el diseño de un nuevo programa alternativo de evaluación e intervención con técnicas de estimulación temprana; y el manejo de neonatos a término y prematuros con hipoxia paralelamente realizar la capacitación e integración de padres, médicos y enfermeras, en el desarrollo del programa.

OBJETIVO ESPECIFICO

Atender a niños nacidos a término y prematuros con problemas de hipoxia, elaborar un Manual de Estimulación Temprana fundamentado en la Psicología del Desarrollo y en el trabajo efectuado por Arnold Gesell. De igual forma aplicar el manual mediante tres etapas: 1) Programa de estimulación para los bebés de 0 meses a 1 año de edad; 2) Capacitación para los padres; 3) Capacitación para el profesional de la salud (médicos y enfermeras).

- 1) Programa de estimulación para los bebés de 0 meses a 1 año de edad; bajo condiciones controladas, en las que se procurará un ambiente especial que facilite las manipulaciones y procedimientos para los ejercicios, contando con la presencia de los padres; la atención se dio individualmente o en grupo, en las áreas:
 - a) Adaptativa, en la que desarrolló la habilidad para utilizar con propiedad la dotación motriz; adaptación sensorial de movimientos oculares y manuales; desarrollo de conductas de percepción de relaciones; b) Motriz Gruesa, que contempló el desarrollo de las reacciones de postura, equilibrio de cabeza, sentarse, pararse, gatear y caminar; c) Motriz Fina, incluyó el uso de dedos y manos para la aproximación, prensión y manipulación de un objeto; d) Lenguaje, consistió en utilizar y comprender toda forma de comunicación con gestos, vocalizaciones, palabras, frases; e) Social, que generó las reacciones del niño ante las personas con quien interactuó y participó en juegos sencillos con sus padres y con otros niños.
- 2) Capacitación para los padres - Considerando que la familia es el punto principal para que el niño se desarrolle, la función del psicólogo fue apoyar a los padres desde el momento del nacimiento de su bebé para prevenir daños que se

presentaron. Después de aprender la estimulación requerida para el bebé, y para que no se interrumpiera el programa asignado, los padres lo ejecutaron en casa diariamente media hora antes de comer o 15 minutos antes de bañarlo; acompañados con alguna música suave y con el volumen bajo en todo momento. La estimulación además de ayudar al desarrollo del bebé, sensibilizó los lazos afectivos entre los padres y su bebé.

- 3) Capacitación para el profesional de salud (médicos y enfermeras) - Ya que el primer contacto de los niños prematuros y a término con problemas de hipoxia al nacer son los médicos y enfermeras del área de perinatología, son éstos los que pueden proporcionar el inicio de la estimulación para prevenir daños en el desarrollo del bebé; al proporcionar la estimulación visual, auditiva, táctil y postural.

INSTRUMENTACION DEL PROYECTO DE TRABAJO

La atención en el Hospital General de Tlalnepantla fue proporcionada por la psicóloga y en el hogar la proporcionaron los padres.

1. EN EL HOSPITAL.- En el área de Estimulación Temprana, se recibió a los niños enviados del área de perinatología, de pediatría y de mamá canguro. Después de evaluar a cada niño, se le atendió y se le dio seguimiento mensual, hasta que alcanzó su desarrollo; integrándose a las sesiones grupales, donde hubo niños de su misma edad de desarrollo y cronológica. En este lugar se contó con un ambiente tranquilo, con un espacio ventilado, libre de corrientes de aire, con luz natural suficiente y música tranquila.

DESCRIPCION DEL LUGAR

El lugar en el que se evaluó e intervino al recién nacido, fue en un consultorio (3 ½ X 6 ½ metros) con:

- 1- Una mesa de exploración (2 X 1 metros) con superficie plana, lisa, donde permaneció el niño acostado, sentado o parado; en la misma se revisaron las capacidades posturales y motrices gruesas de cada bebé.
- 2- Una superficie de menor dimensión - escritorio de 1.10 x .70 metros - sobre el que se colocaron los juguetes que se emplearon como reactivos para estudiar la conducta adaptativa y la motricidad fina.

2. EL HOGAR .- El trabajo realizado en el hogar del bebé correspondió fundamentalmente a los padres, en particular a las madres. En este caso se sugirió que la estimulación se aplicara, de preferencia, media hora antes de comer o antes de bañarlo.

CONDICIONES FISICAS SUGERIDAS EN EL HOGAR:

Un lugar libre de corrientes de aire, luz natural y sobre una superficie firme y cómoda. Ambientando, de ser posible, con música tranquila

MATERIALES E INSTRUMENTOS

A) Manual de Estimulación Temprana para niños de 0 meses a 1 año de edad, a saber:

- 1- Materiales Para Niños De 0-1 Año
- 2- Historia Del Desarrollo (Entrevista)
- 3- Hoja de registro para los padres
- 4- Hoja de seguimiento para el área de Estimulación Temprana
- 5- Carnet de Pediatría
- 6- Carnet de "Mamá Canguro"
- 7- Tablas de: Reflejos
- 8- Tablas de prueba de desarrollo de 0 - 52 semanas
- 9- Sugerencias para la relajación muscular del bebé
- 10- Relajación muscular del bebé
- 11- Programa mensual de 0- 1 año (52 semanas)
- 12- Estimulación temprana para el área de perinatología
- 13- Entrenamiento A Padres
 - Entrenamiento a padres para una mejor Estimulación Temprana
 - Recomendaciones para el desarrollo optimo (del) de la bebé
- 14- La música en la Estimulación Temprana.
- 15- La relajación a los padres en la Estimulación Temprana
- 16- Capacitación Al Personal De La Salud Del Hospital General Tlalnepantla "Valle Ceylan"

B) Radio-grabadora

C) Casetes

D) Tapete de 2 ½ X 2 ½ mts.

E) 4 colchonetas de 0.90 X 1.20 cms.

SUJETOS

Un grupo de 14 bebés, 7 bebés prematuros (menos de 35 semanas de gestación) y 7 bebés a término (de 36 a 42 semanas de gestación), todos por haber nacido con problemas de hipoxia; y cuyas edades fluctuaron entre los 0 meses y 12 meses de edad.

Los bebés fueron remitidos al área de Estimulación Temprana por los pediatras de la sección de Perinatología, Pediatría o del área de Mamá Canguro.

- a) Perinatología: Es un espacio en el que se ubican los niños prematuros que, aunque se encuentran fuera del útero, debido a su edad gestacional requieren de una estimulación; ésta se considera como el proceso que promueve el aprendizaje en los bebés aún en útero, optimizando su desarrollo mental y sensorial.
- b) Pediatría: En esta área se valoraron a los niños que presentaron problemas después del nacimiento y que no estuvieron en el área de perinatología.
- c) Área de Mamá Canguro: En esta área las enfermeras atienden a las madres que no saben cómo amamantar, que tienen el pezón invertido, o que afirman que su leche "no es espesa", o no es suficiente.

5.1. PROCEDIMIENTO

Antes de iniciar el trabajo de Estimulación en el Hospital fue necesario realizar las siguientes actividades.

Etapa I. Ambientación y sondeo (mayo 2000 – junio 2000).

- Consulta de la información bibliográfica y hemerográfica de las diferentes escuelas de estimulación temprana.
- Selección de la bibliografía adecuada.
- Recabar la información para el proyecto de trabajo.
- En el Hospital se investigaron los antecedentes sobre las acciones desarrolladas sobre Estimulación Temprana, para identificar: Si anteriormente se realizaron actividades de estimulación; quién había dirigido o coordinado las mismas; qué personas o profesionales participaron; con qué apoyos contaron. Se identificó que sólo en el área de rehabilitación las Fisiatras atendían a niños con problemas físicos, pero no a nivel preventivo en lo que se refiere a Estimulación Temprana.
- Respecto al espacio físico para el trabajo de Estimulación Temprana. Al ser un área de nueva creación, se proporcionó por parte del hospital el área de Mamá Canguro para valorar a los niños, y para aplicarles los ejercicios, un cubículo pequeño. Aunque los pediatras responsables de la sección de Perinatología solicitaron el área de rehabilitación para trabajar conjuntamente con las fisiatras, debido al espacio y a la atención constante que se daba a personas con problemas de rehabilitación, fue necesario permanecer en el cubículo del área de Mamá Canguro.

Los materiales para trabajar con los bebés de 0 meses a 1 año de edad. Ya que el Hospital no contaba presupuesto para este rubro, en primera instancia el material fue aportado por las psicólogas del área de Estimulación Temprana y por las Damas Voluntarias del Hospital.

Esta etapa concluyó:

- Con la realización de un proyecto de trabajo para el Hospital General de Tlalnepantla "Valle Ceylán".

Etapa II- (julio 2000 – noviembre 2000).

En esta etapa se determinaron los procedimientos y actividades que se llevarían a cabo redactadas en el Manual de Estimulación Temprana para niños de 0 meses – 1 año de edad, cuyo contenido es el siguiente:

- Las características generales de aplicación, que integran a) Ficha técnica; b) Fin de la Estimulación Temprana; c) Criterios de evaluación; d) Quién lo aplica; e) Lugar dónde se aplica.
- Normas de aplicación: a) Instrucciones generales b) Material para la estimulación en niños de 0 meses a 1 año de edad.
- El diagnóstico para el desarrollo.
- Programa mensual y programa para el área de Perinatología.
- Entrenamiento a padres a) Para aplicar una mejor estimulación; b) Sugerencias para la relajación muscular de los bebés; c) Recomendaciones para el desarrollo óptimo del bebé.
- La música en la Estimulación Temprana.

- El grupo en la Estimulación Temprana.
- La relajación a los padres en la Estimulación Temprana.
- Capacitación al personal de salud para la aplicación de la Estimulación Temprana.

Etapa III – (noviembre 2000 a junio 2001).

La forma en que se aplicó y evaluó la Estimulación Temprana fue la siguiente:

- **Historia de Desarrollo- Entrevista** en la que los padres proporcionaron información para conocer el desarrollo del bebé antes y después del parto. Así como para conocer si existían algunas patologías perinatales que pudieran afectar su desarrollo. En dicha Historia se anotaron:
 - La edad del padre y de la madre, el nivel de educación de ambos y su domicilio.
 - Se incluyeron preguntas obstétricas, como el número de embarazos, cuántos hijos tenían, qué lugar ocupaba el bebé.
 - Antecedentes de su embarazo, y si había existido alguna enfermedad durante la gestación.
 - Si había ingerido algún medicamento, recetado o no por el ginecólogo.
 - La alimentación de la madre durante el embarazo.
 - Antecedentes del parto: la edad gestacional del bebé, tipo de parto, problemas de éste al nacer.

DEL BEBÉ:

- Si había sufrido de problemas para respirar al momento de nacer.
- Si había estado en terapia intensiva, en la incubadora.

LA RELACIÓN AFECTIVA MADRE- PADRE- HIJO

- Con qué frecuencia sus padres lo acariciaban, lo abrazaban o le mostraban de otra forma su cariño.
 - Si dormía el bebé con ellos o en su cuna. Esta pregunta se requería, ya que en los niños prematuros o de bajo peso al nacer, principalmente, es indispensable que la madre o algún familiar lo tenga siempre pegado al pecho (Terapia de "Mamá Canguro"), para que el desarrollo que le faltó en el seno materno se concluyese mejor y con mayor afecto.
-
- Diagnóstico de Desarrollo- Cuando se presentaba el bebé por primera vez se le realizaba un examen físico para corroborar los diferentes reflejos, cuidando que cuando un bebé fuera prematuro o menor a 36 semanas de edad gestacional, se corrigiera su edad de desarrollo restándole a la edad cronológica aquellas semanas que le faltaran para llegar a los 9 meses de gestación.
 - Entrenamiento a padres- Se realizó una plática previa a la aplicación de la estimulación, en la que se entregó un formato de cuatro hojas con las siguientes recomendaciones: a) para el desarrollo óptimo del bebé; b) para que se aplicara una mejor estimulación; c) para una relajación muscular antes trabajar con el bebé; d) para protegerlo de cualquier peligro dentro de la casa; en esta se incluía el cuidado del bebé en su cuna, en su persona, y sugerencias para que en el caso de cualquier problema físico no se olvidaran de asistir con su pediatra.
 - Evaluación- Después de la entrevista se revisaban, a) los reflejos arcaicos, teniendo cuidado cuando persistían más allá de la edad esperada, ya que si sucedía podría suponerse un problema de Parálisis Cerebral; en sentido contrario, constituía un signo positivo de maduración del SNC. b) En la primera sesión se evaluó al bebé

para detectar si existía alguna anomalía neuromotora, aplicándole exámenes de tono muscular, para que las respuestas se centraran en lo establecido en la edad cronológica correspondiente. c) En el diagnóstico por etapas se utilizó también la evaluación para localizar alguna anomalía en su motricidad gruesa y fina, no olvidando los patrones motores; teniendo cuidado, al momento de la evaluación, que cuando los recién nacidos, prematuros o a término, demostraran flojedad en los músculos en alguna etapa del primer año de vida, se considerase como signo de alarma.

- **Evaluación por sesiones-** En cada sesión se evaluó el desarrollo psicomotor de los bebés de acuerdo a su edad cronológica considerando cuatro áreas: motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje y sociabilidad, en caso de que existiera algún retraso, se indicó a la madre y al padre que le realizaran, al bebé, los ejercicios tres veces al día, media hora antes de comer o de bañarlo.
- **Intervención en cada sesión-** Se modeló a los padres, con una muñeca, primeramente los ejercicios de relajación muscular, y enseguida los ejercicios de atención, de acuerdo a la edad de desarrollo; para que los padres realizaran los mismos con su bebé. Al final de la sesión se respondieron las dudas de los padres para realizar la estimulación en sus bebés.
- **Música -** En las sesiones de intervención (individuales y de grupo), se empleó la música como fondo, para que se redujera el nivel de molestia que pudieran presentar los bebés, por el hecho de que se le proporcionaran los estímulos táctiles. En cada sesión, además de recomendarles el empleo de la música y mostrar a los padres cómo realizar los ejercicios, se les sugirió que éstos se ejecutaran mediante una interacción cara a cara y siguiendo el ritmo de la música.

- **Grupos-** Cuando el niño alcanzaba su correcto desarrollo, pasaba a la sesión grupal; en ésta, además, se dirigió la retroalimentación entre los diferentes padres y madres. Cuando se realizaba la estimulación en grupos, las experiencias de las madres respecto a la estimulación, ayudaban a que otras madres se interesaran por que sus niños avanzaran. El grupo a que pertenecía el niño de acuerdo a su edad cronológica, permitió que, además de estimularlo, socializara con otros niños y con las personas mayores que asistían con sus bebés.
- **Relajación-** Después de la estimulación en grupo se aplicó a las madres, padres y a sus bebés, la Técnica de Relajación Muscular Progresiva, acompañándola con música para que, como progenitores, se integraran afectivamente con su bebé; para esto se les pedía, antes de iniciar la relajación, que le expresaran su amor con palabras o con alguna canción de cuna. La técnica de relajación sirvió para que los padres aprendieran a tener control en cualquier situación de estrés o ansiedad.
- **Hoja de Registro para Padres-** Para que los padres aplicaran a sus bebés los ejercicios en su casa; antes de que se retiraran del área de Estimulación, se les entregó una hoja donde registrarían la hora y el día en que realizaran la intervención.
- **Carnet de Pediatría y del área de Mamá Canguro –** Se les entregó a las madres el carnet de citas de acuerdo al área de la que habían sido enviados (Pediatría, Mamá Canguro), con el fin de que no se les olvidara la siguiente cita, y que en caso necesario se lo mostraran a los responsables del área si era requerido.

- Hoja de seguimiento para el área de Estimulación Temprana. Como control de seguimiento de cada bebé, se registraron los avances o problemas encontrados en el desarrollo, así como la fecha de la siguiente cita.
- Hoja de registro para bebés con problemas de hipoxia al nacer- Cada mes se informó a los médicos responsables de la sección de Perinatología, de los bebés que habían sido atendidos.
- Invitación - Cuando algún niño no se presentaba a alguna sesión, se llamaba por teléfono a los padres para invitarlos a continuar estimulando a su bebé; explicándoles los beneficios que podían tener ellos como padres y su bebé al desarrollarse de manera correcta.

Etapa IV- Capacitación al personal de Salud del Hospital (conclusión del procedimiento).

Los médicos y enfermeras del área de Perinatología recibieron una plática cuya temática fue:

- a) Areas de desarrollo (adaptativa, motriz gruesa, motriz fina, lenguaje y social.
- b) La importancia de la participación Madre - Padre - Hijo, para un mejor desarrollo del bebé.
- c) Aplicación de la Estimulación Temprana para la sección de Perinatología. En las áreas de estimulación visual; estimulación táctil; estimulación auditiva; y estimulación postural.

5.2. ANALISIS DE RESULTADOS

En el análisis de resultados se integró el trabajo efectuado desde: 1- La llegada al hospital. 2- La descripción de la historia del embarazo en la que se mencionan los factores de salud, tipo de alimentación, adicciones, y tipo de parto. 3- Incorporación de los bebés al programa de estimulación, que integró: el tiempo de permanencia en la incubadora, la evaluación y la estimulación aplicada, y por último, el trabajo en grupo. 4- El papel de la afectividad en la evolución psicomotriz de los bebés antes y después de su nacimiento. 5- El entrenamiento a padres. 6- La capacitación al personal de salud.

1- Desde la llegada al hospital, independientemente de la atención que se prestó a todos los solicitantes; inicié la selección de los bebés que se analizan en este trabajo, contando con el respaldo de los Departamentos de Enseñanza y de Perinatología, quienes habían aprobado el Proyecto de Estimulación Temprana. La atención individual a los bebés se inició en el mes de julio de 2000. Se formaron los primeros grupos de bebés en noviembre de 2000. Por tal motivo se nos proporcionó un espacio amplio, en el que se pudo valorar y aplicar los ejercicios a los niños, tanto individualmente como en grupo.

Debido a las necesidades y demandas de la población, tuve que hacer algunas modificaciones al formato de entrevista y al manual para adaptarlo a las mismas. En el cuerpo del manual se incluyó la participación de los padres; quienes recibieron un entrenamiento para que ellos sostuvieran la aplicación ininterrumpida del programa en sus hogares (ver anexo).

Para iniciar el trabajo se tomó en cuenta a los bebés prematuros o a término que habían tenido problemas de hipoxia (siete bebés a término y siete bebés

prematurros); que hubieran nacido de junio del 2000 (uno a término y dos prematurros), a febrero del 2001 (seis a término y cinco prematurros), de ahí que se pudo observar el progreso de su desarrollo y se dieron de alta dentro de las edades de los seis meses a un año de edad.

5.2.1. ANALISIS CUANTITATIVO

Previamente a las gráficas, se presentan la tabla 1 de los bebés a término y la tabla 2 de los bebés prematurros, en ellas se muestran los aspectos particulares de cada bebé (nombre, fecha de nacimiento, tipo de alumbramiento, problema asociado a la hipoxia al momento de nacer y permanencia en la incubadora).

Posteriormente a las tablas, se cita la historia de embarazo. A continuación las gráficas de barras que describen el proceso de desarrollo evaluado en las citas, de cada bebé. El eje de las abscisas muestra la edad cronológica; el eje de las ordenadas muestra el avance o retroceso que observó con la aplicación de las técnicas de estimulación temprana.

NIÑOS A TERMINO

1ª. Cita en días o meses de edad	Nombre del bebé	Fecha de nacimiento	Duración del embarazo	Tipo de alumbramiento	Tiempo en la incubadora	Problema asociado a la hipoxia presentado por el bebé en el momento de nacer
16 días	1- Eduardo	1 Oct/00	9 meses	Cesárea	12 días	Colapso de cordón umbilical
16 días	2- Esperanza	16 Nov/00	9 meses	Parto Normal	7 días	Pulmón no terminó de Desarrollarse
1 mes	3- René	12 Jun/0	9 meses	Cesárea	2 días	No presentó
1 mes	4- Yuritzí	30 Sep/0	9 meses	Cesárea	6 días	No presentó
12 días	5- Zoe	31 En/01	9 meses	Cesárea	2 días	Venía atravesada en forma transversal
4 meses	6- Omar	3 Mar/00	9 meses 1 semana	Cesárea	17 días	Se le realizaron estudios por haber nacido una semana después.
19 días	7- Jonathán	6 Oct/00	9 meses	Cesárea	7 días	No presentó

Tabla 1- Datos particulares de los bebés a término.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

EDUARDO**HISTORIA DEL EMBARAZO****SALUD**

- Desde el principio del embarazo asistió con regularidad a revisión médica, al DIF de Cartagena; se presentó al hospital General de Tlalnepantla unas horas antes de parir.
- A partir del primer mes de embarazo presentó presión baja; y en el tercer mes, infección vaginal, erradicada en el cuarto mes.

ALIMENTACION

- Su alimentación consistió además de verduras, una vez a la semana carne.

ADICCIONES

- Negó tener cualquier tipo de adicciones (tabaco, alcohol, droga).

TIPO DE PARTO

- Se le practicó cesárea, ya que su hijo presentó colapso del cordón umbilical.

EDUARDO

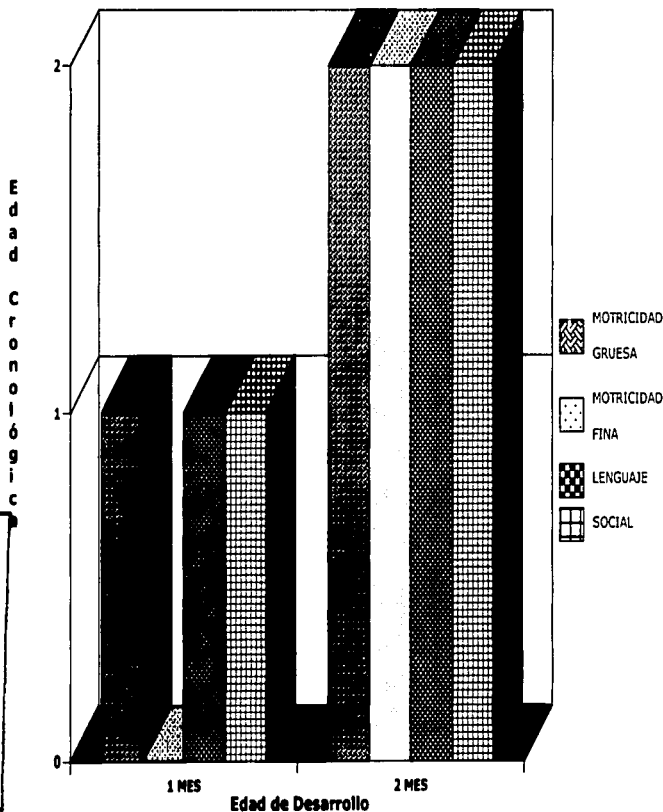


Figura 1

Figura 1.

- Niño a término, nacido por cesárea; al nacer estuvo 12 días en la incubadora por haber presentado hipoxia debido a un colapso del cordón umbilical.
- Fue presentado por su madre a los 16 días de nacido. Después de evaluarlo se le entregó trabajo de 0-1 mes.
- En su segunda cita (1 mes) continuó con conductas de 0 meses en su motricidad fina; se le dieron ejercicios para niños de 0-1 mes. En las demás áreas se le entregaron ejercicios para un mes. En su segundo mes alcanzó su edad de desarrollo correcta.
- Para el tercer mes pasó a la grupal por no presentar problema en ninguna de sus áreas.
- Continuó en la grupal hasta su noveno mes, en el que se le dio de alta.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ESPERANZA**HISTORIA DEL EMBARAZO****SALUD**

- Hasta el quinto mes de embarazo inició su atención médica en el DIF de su colonia. Llegó al hospital General de Tlalnepantla unas horas antes de parir.
- En el séptimo mes de embarazo presentó amenaza de aborto.

ALIMENTACION

- Realizaba una o dos comidas en el día. La cual consistía, en la mañana, café con leche y pan; en la tarde o noche sopa aguada, o de arroz, frijoles, y una vez a la semana carne de res o de pollo.

ADICCIONES

- Negó tener cualquier tipo de adicciones (tabaco, alcohol, droga).

TIPO DE PARTO

- Parto normal.

ESPERANZA

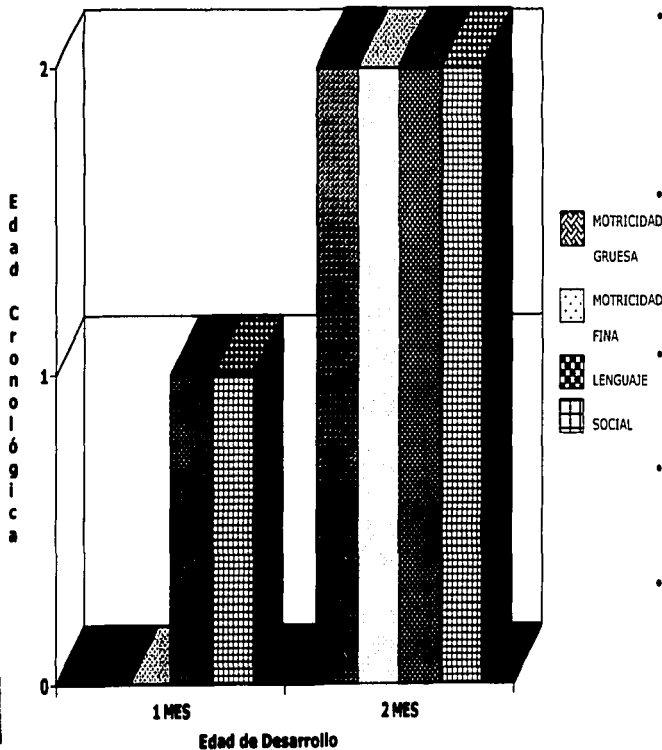


Figura 2.

- Niña nacida a término, estuvo una semana en la incubadora por haber nacido con hipoxia debido a que su pulmón no terminó de desarrollarse.
- Tenía 16 días de nacida en su primera evaluación, por lo cual se entregaron a su madre ejercicios para bebés de 0-1 mes de edad.
- Al primer mes de edad, se sugirió a la madre el trabajo de motricidad gruesa y motricidad fina.
- Al tercer mes se pasó a la grupal, debido a que no existía ningún problema en su desarrollo.
- Continuó en la grupal hasta el séptimo mes, en el que se le dio de alta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 2

RENE

HISTORIA DEL EMBARAZO

SALUD

- Desde el principio del embarazo hasta el séptimo mes asistió a revisión médica en una clínica particular. En el octavo mes de embarazo se presentó al hospital General de Tlalnepantla para su atención.
- En el séptimo mes de embarazo presentó infección en la garganta.

ALIMENTACION

- Su alimentación consistió en verduras, una vez a la semana carne de res y dos veces a la semana carne de pollo.

ADICCIONES

- Negó tener cualquier tipo de adicciones (tabaco, alcohol, droga).

TIPO DE PARTO

- Se le practicó cesárea (los médicos no le indicaron la causa).

RENE

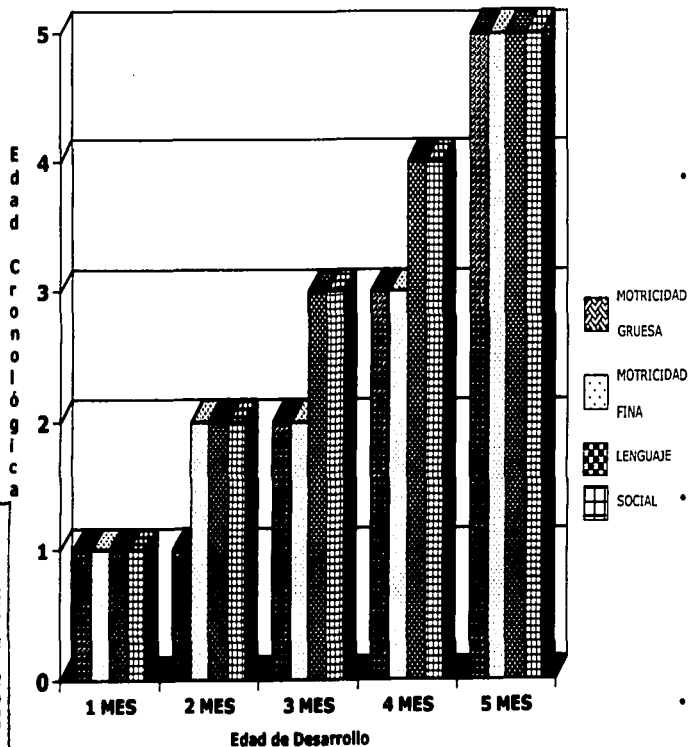


Figura 3

Figura 3.

- Bebé nacido por cesárea, estuvo dos días en la incubadora. La madre lo presentó para valoración al mes de edad. Después de evaluarlo se entregó a su madre el trabajo de estimulación para el mes de edad.
- En el segundo mes, el área de motricidad gruesa presentó el desarrollo de un mes de edad, motivo por el que se entregaron ejercicios para un mes; asimismo, se le pidió a la madre que enfatizara los ejercicios de motricidad gruesa, además de realizar los ejercicios para las demás áreas comprendidas en el segundo mes,
- En los meses tercer y cuarto, aunque había avanzado un mes en su motricidad gruesa y fina, continuaba con un mes de atraso en estas áreas. Hasta el quinto mes ambas áreas alcanzaron su correcto desarrollo.
- Pasó a la grupal. Se le dio de alta en el onceavo mes, cuando empezó a caminar

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

YURITZI

HISTORIA DEL EMBARAZO

SALUD

- Desde el tercer mes del embarazo asistió al Hospital General de Tlalnepantla.
- A partir del cuarto mes de embarazo presentó problemas del riñón.

ALIMENTACION

- Su alimentación consistió en verduras, una vez a la semana carne.

ADICCIONES

- Negó tener cualquier tipo de adicciones (tabaco, alcohol, droga).

TIPO DE PARTO

- Se le practicó cesárea, por tener matriz cristalina.

YURITZI

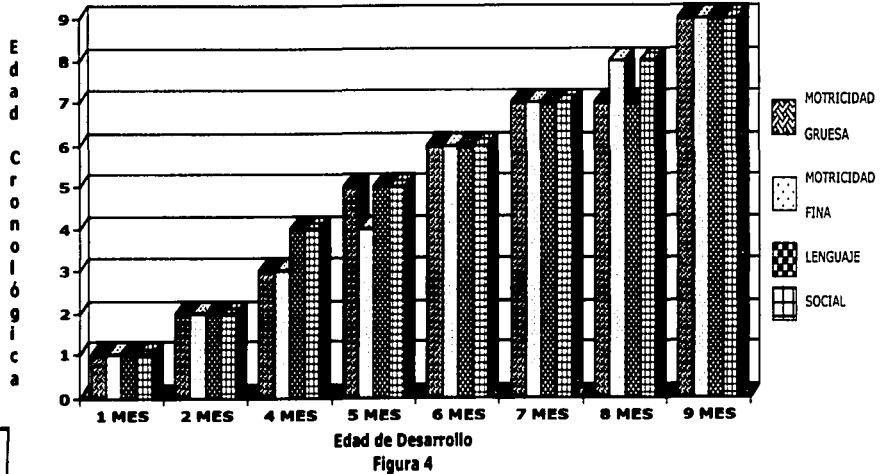


Figura 4.

- Bebé nacido por cesárea; por presentar hipoxia, la bebé estuvo seis días en la incubadora.
- Al valorarla contaba con un mes de edad, se le dieron ejercicios de 0-1 mes y a los 15 días se le entregaron ejercicios para un mes de nacida.
- No se presentó hasta el cuarto mes, en el que se observó un retroceso en sus motricidades fina y gruesa. Se pidió a su madre que, además de las otras áreas, trabaja éstas.
- En el quinto mes, su motricidad fina continuó con problemas
- En el sexto mes se recuperó. Pasó a la sesión grupal.
- No presentó problemas en ninguna de sus áreas, hasta el octavo mes, en el que tuvo un retroceso en su motricidad fina y lenguaje.
- Al noveno mes su edad cronológica y la edad de desarrollo se emparejaron e inició su gateo. En este mes se le dio de alta.

ZOE

HISTORIA DEL EMBARAZO**SALUD**

- A partir del mes y medio de embarazo asistió al Centro de Salud de su colonia a atención médica. Se presentó en el hospital General de Tlalnepantla en el noveno mes de embarazo, días antes de parir.

ALIMENTACION

- Afirmó que su alimentación; fue regular; no estableció un horario de alimentación, que consistió en verduras, carne, huevos, y fruta.

ADICCIONES

- Negó tener cualquier tipo de adicciones (tabaco, alcohol, droga).

TIPO DE PARTO

- Se le practicó cesárea, ya que su bebé venía atravesado en forma transversal.

ZOE

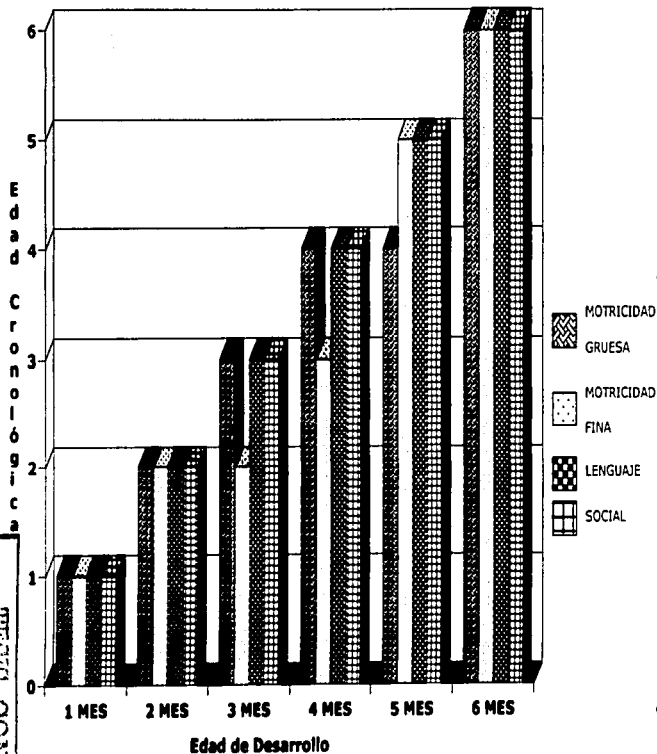


Figura 5

Figura 5.

- Bebé nacida por cesárea ya que venía acomodada en forma transversal. Presentó hipoxia al nacer, por lo que permaneció dos días en la incubadora.
- En su primer evaluación tenía doce días, por lo que se le entregaron ejercicios para bebés de 0 - 1 mes de edad. A los quince días se le entregaron los ejercicios para 1 mes.
- Al segundo mes pasó a la grupal.
- El tercer mes tuvo problemas de motricidad fina en su mano izquierda, se le recomendaron ejercicios de segundo mes; sugiriendo a la madre que no olvide los ejercicios de las otras áreas de desarrollo.
- En el cuarto mes recupera un mes en su motricidad fina. En el quinto mes alcanza su desarrollo en esta área.
- Al quinto mes se sugirieron ejercicios de motricidad gruesa para fortalecer su espalda. Se le pide a la madre que no olvide ejercitar las otras áreas.
- Al sexto mes alcanzó su correcto desarrollo. En éste se le dio de alta del programa Estimulación

OMAR

HISTORIA DEL EMBARAZO

SALUD

- Desde el tercer mes de embarazo asistió al hospital General de Tlalnepantla a revisión médica.
- A partir del primer mes de embarazo presentó presión baja; y en el tercer mes, infección vaginal, erradicada en el cuarto mes.

ALIMENTACION

- Su alimentación consistió en verduras, fruta, leche y carne.

ADICCIONES

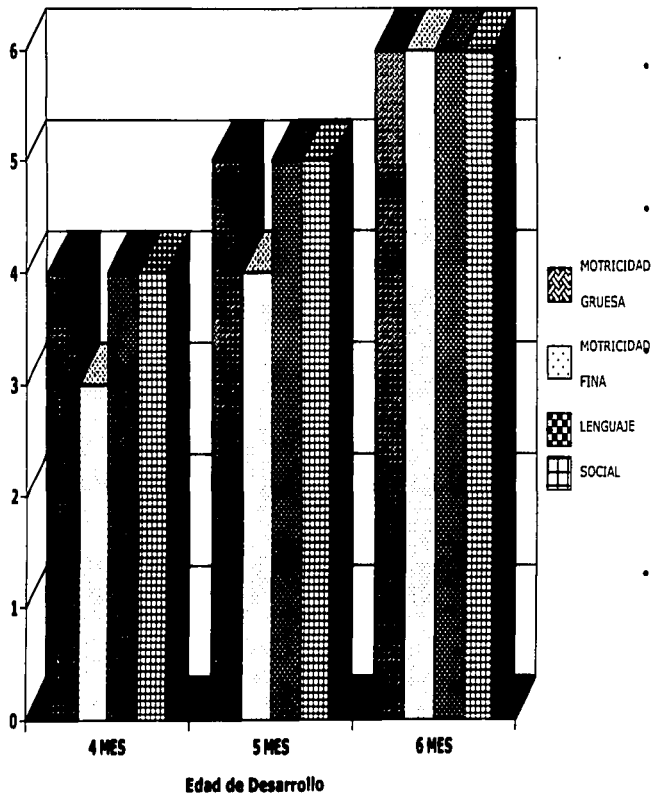
- Negó tener cualquier tipo de adicciones (tabaco, alcohol, droga).

TIPO DE PARTO

- Parto normal.

OMAR

E d a d C r o n o l o g i c a



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 6

- Figura 6.
- Nació una semana después de los nueve meses, de parto natural; al nacer presentó hipoxia, por tal motivo estuvo 17 días en la incubadora.
 - En su primera valoración contaba con cuatro meses; su motricidad fina tenía un desarrollo de tres meses, se le sugiere que realice ejercicios de tres meses; En el quinto mes, en su motricidad fina alcanza el desarrollo de cuatro meses; se indica a la madre proporcione ejercicios de cuatro meses al bebé, y a mediados del mes le aplique los ejercicios para bebés de cinco meses.
 - Al sexto mes alcanzó su desarrollo en todas las áreas; pasó a la grupal, se dio de alta hasta el año de edad, cuando empezó a caminar

HISTORIA DEL EMBARAZO

SALUD

- Desde el principio del embarazo asistió al DIF de Tultitlán para revisión médica; Al hospital General de Tlalnepantla desde el tercer mes.
- En el tercer mes presentó amenaza de aborto.
- Se consideró embarazo de alto riesgo.

ALIMENTACION

- Su alimentación consistió en leche, huevos, verduras, una vez a la semana carne de res y carne de pollo, tres veces a la semana.

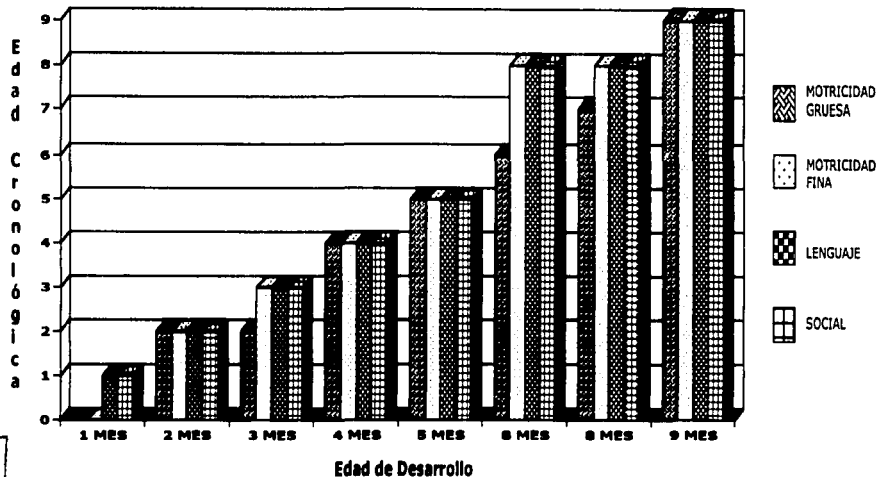
ADICCIONES

- Negó tener cualquier tipo de adicciones (tabaco, alcohol, droga).

TIPO DE PARTO

- Se le practicó cesárea.

JONATHAN



Edad de Desarrollo

Figura 7

Figura 7.

- El bebé fue remitido a estimulación temprana ya que estuvo en la incubadora por sufrir asfisia neonatal severa.
- La primer ocasión que se presentó tenía 19 días de nacido, por lo que se le dio el programa de 0-1 mes de edad.
- En su primer mes se observaron problemas en sus motricidades fina y gruesa; se sugirió a su madre que enfatizara los ejercicios de estas áreas sin dejar los de las otras. En el segundo mes no presentó ningún problema.
- En el tercer mes presentó problemas en su motricidad gruesa, se le dejaron ejercicios para ésta área.
- Alcanzó su desarrollo en el cuarto mes; desde este mes se integró a la sesión grupal.
- Faltó los meses sexto y séptimo; después de comunicarse con su madre e invitarla volver al trabajo de estimulación, se presentó el octavo mes y el bebé presentó conductas de seis meses en su motricidad gruesa; se le dieron ejercicios para esta área. Se le citó ese mismo mes para valoración y presentó conductas de siete meses; se le dejaron ejercicios para esa edad.
- Se recuperó en su motricidad gruesa en el noveno mes, dando inicio al gateo. En ese mismo mes se dio de alta.

NIÑOS PREMATUROS

1ª. Cita en días o meses de edad	N o m b r e del bebé	Fecha de Nacimiento	Nacimiento del bebé	Tipo de alumbramiento	Tiempo en la incubadora	Problema asociado a la hipoxia presentado por el bebé en el momento de nacer
2 meses	1- Arturo	6 Jun/00	7 meses	Cesárea	2 días	No presentó
2 meses	2- Yuliana	20 May/0	8 meses	Cesárea	52 días	Mala adaptación pulmonar Apgar 5/7/8
2 meses	3- Angel	23 Di/00	7.5 meses	Cesárea	20 días	No presentó
2 meses	4- Gustavo	23 Di/00	7.5 meses	Cesárea	20 días	No presentó
24 días	5- Fernanda	4 Jun/00	8.5 meses	Cesárea	1 días	No presentó
2 meses	6- Alvaro	19 Jul/0	8 meses	Parto Normal	5 días	No presentó
2 meses	7- Brayán	8 Nov/00	8 meses	Cesárea	12 días	Apgar 4/7/8 Venía sentado

Tabla 2 - Datos particulares de los bebés prematuros.

ARTURO

HISTORIA DEL EMBARAZO

SALUD

- Desde el principio del embarazo asistió con un médico particular. Llegó al hospital General de Tlalnepantla antes de parir.
- Le detectaron Preclampsia - se caracteriza por presión arterial alta, edema y ematuria (sangre) en la orina

ALIMENTACION

- Su alimentación consistió en leche, huevos, y una vez a la semana carne de pollo.

ADICCIONES

- Negó tener cualquier tipo de adicciones (tabaco, alcohol, droga).

TIPO DE PARTO

- Se le practicó cesárea a los siete meses de embarazo, por el problema de Preclampsia.

ARTURO

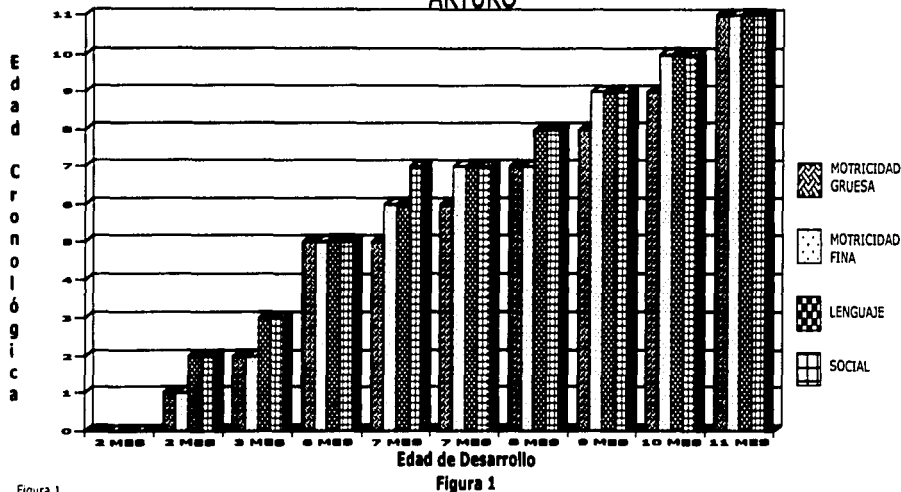


Figura 1

Figura 1.

*Bebé que nació a los siete meses de gestación, al nacer presentó hipoxia, por lo que estuvo dos días en la incubadora.

*En su primer evaluación a los dos meses de edad, se entregaron a la mamá ejercicios para bebés de 0-1 mes por presentar su desarrollo en esa etapa. En la segunda evaluación ese mismo mes, presentó un avance en sus áreas de lenguaje y social, en las áreas de motricidad gruesa y fina sus conductas eran de un mes; se entregaron a su madre ejercicios para dos meses y se le pidió que no dejara de estimular ningún área.

*En el tercer mes continuó avanzando en sus áreas de lenguaje y social; en sus motricidades gruesa y fina tuvo un avance pero no alcanzó su desarrollo; se le dejaron ejercicios para dos meses en estas áreas, pidiendo a su madre que no dejara de estimular las otras áreas de acuerdo al programa que se le dio. No se presentó en los meses cuarto y quinto.

*En el sexto mes presentó un retroceso de dos meses en todas sus áreas, mostrando conductas de cinco meses; se le dejaron ejercicios para esta edad. En el séptimo mes, hay avance de un mes en su motricidad fina y lenguaje, presentó conductas de seis meses; en su motricidad gruesa siguió presentando conductas de cinco meses. Su área social tiene su correcto desarrollo. Se le dejaron ejercicios para todas sus áreas, pero por los problemas que presentó en su desarrollo se le citó en quince días. En la segunda cita alcanzó su desarrollo en sus áreas de motricidad fina, lenguaje y social; en su motricidad gruesa aunque habla avanzado un mes en su desarrollo al no alcanzar el correcto se sugirió a su madre que enfatizara ejercicios para esta área sin descuidar los ejercicios para las demás áreas.

*En el octavo mes continuó su desarrollo correcto en sus áreas de lenguaje y social; se percibió un avance de un mes en su motricidad gruesa, aunque le faltaba un mes para su desarrollo correcto y su motricidad fina permaneció en el séptimo mes de desarrollo. Se sugirieron, a la madre, ejercicios para estas áreas de acuerdo a la edad de desarrollo y que continuara ejercitando las otras áreas. En el noveno y décimo meses alcanzó su desarrollo correcto en sus áreas de motricidad fina, lenguaje y social; en su motricidad gruesa, aunque hubo un avance de un mes, no alcanzó su desarrollo; en ambos meses se le dejaron ejercicios correspondientes al mes y a las áreas respectivas.

*En el décimo primer mes alcanzó su correcto desarrollo en esa fecha se le dio de alta

TESIS CON
VALIA DE ORIGEN

YULIANA

HISTORIA DEL EMBARAZO**SALUD**

- Desde el principio del embarazo asistió con un médico particular. Llegó al hospital General de Tlalnepantla antes de parir.
- Durante su embarazo presentó problemas de estrés (factor psíquico)

ALIMENTACION

- Su alimentación consistió en leche, huevos, verduras, una vez a la semana carne de pollo y dos de carne de res

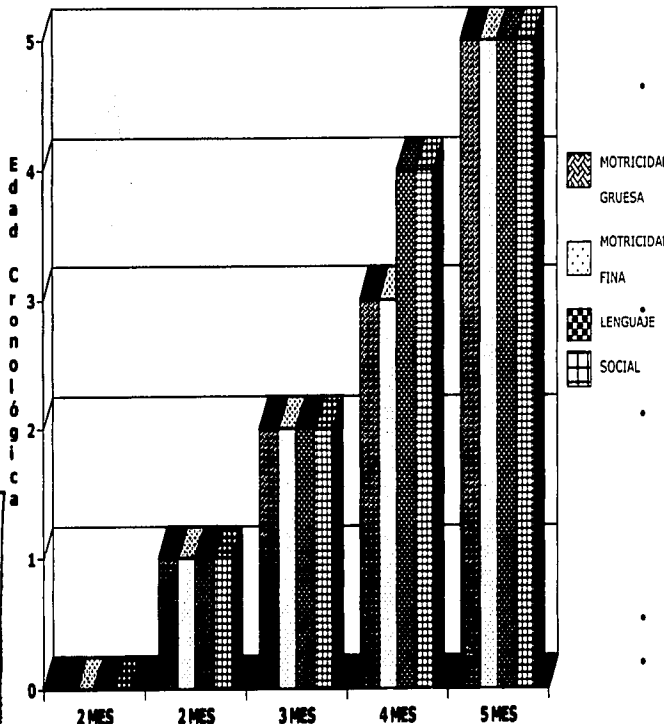
ADICCIONES

- Negó tener cualquier tipo de adicciones (tabaco, alcohol, droga).

TIPO DE PARTO

- Se le practicó cesárea a los ocho meses de embarazo, por tener su matriz estrecha.

YULIANA



Edad de Desarrollo

Figura 2

Figura 2.

- Bebé prematura, nació a los ocho meses de gestación. Por presentar asfixia al momento de nacer, estuvo 52 días en la incubadora.
- Al momento de presentarla a evaluación la bebé tenía dos meses; en la evaluación se observó que presentaba conductas de bebés de 0-1 mes de nacida. Se dieron a su madre ejercicios para bebés de esa edad. En ese mismo mes, en la valoración de su segunda cita, se le dieron ejercicios para bebés de 1 mes de nacido. El siguiente mes, aunque tenía tres meses, se le entregaron ejercicios para dos meses de nacida, ya que sus conductas eran de bebés de esa edad..
- En el cuarto mes de nacida, exhibió conductas en su motricidad gruesa y fina de tres meses de edad; se le dejaron ejercicios de esta edad indicándole que a mediados del mes le aplicara ejercicios de cuatro meses. Se pidió a la madre que no olvidara ejercitar las otras áreas.
- En el quinto mes alcanzó su desarrollo en todas sus áreas.
- Continuó estable hasta el séptimo mes, en el que se dio de alta. Esta bebé no se integró a la grupal porque su madre trabajaba.

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

ANGEL

HISTORIA DEL EMBARAZO**SALUD**

- Desde el tercer mes del embarazo asistió al hospital General de Tlalnepantla . En ese mes le detectaron embarazo de gemelos.
- En el séptimo mes de embarazo presentó problemas de infección en la garganta.
- Un factor importante para tener un embarazo prematuro es que era primípara de 19 años (riesgo demográfico).

ALIMENTACION

- Su alimentación consistió en leche, huevos, carne de pollo y res, fruta.

ADICCIONES

- Negó tener cualquier tipo de adicciones (tabaco, alcohol, droga).

TIPO DE PARTO

- Se le practicó cesárea a los siete meses y medio de embarazo, por su tipo de embarazo.

ANGEL

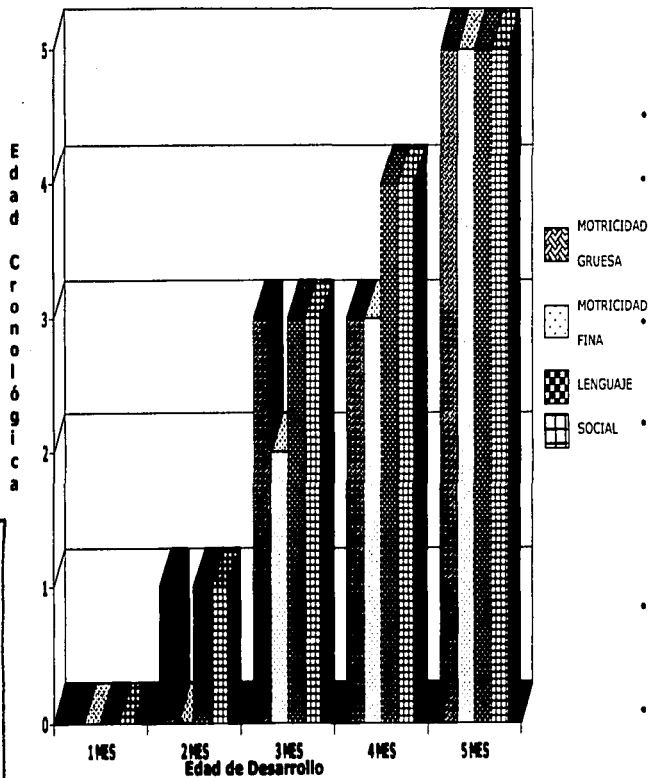


Figura 3

Figura 3.

- Bebé prematuro nacido a los 7.5 meses de gestación, el nacimiento fue por cesárea y debido a que sufrió hipoxia estuvo en la incubadora 20 días.
- Al momento de evaluarlo se le entregó programa de 0-1 mes de edad.
- Al cumplir dos meses su motricidad fina presentó el desarrollo de un mes; por lo que se le entregó a su madre ejercicios para un mes. Se le indica que no olvide aplicar los ejercicios para las otras áreas.
- Al tercer mes se le pasó a la grupal con el fin de que sus padres observaran a otras madres en la aplicación de ejercicios en otros bebés.
- Al tercero, se recupera en sus áreas; solo en su motricidad fina, aunque presenta un avance de un mes, continúa con un retroceso de un mes; se le sugieren ejercicios de dos meses para esta área, plidiéndole que no olvide los ejercicios para las otras áreas.
- En el cuarto continúa con su desarrollo en las áreas de lenguaje y social, solo en su motricidad fina y gruesa no alcanza el nivel promedio.
- Al quinto mes logró una evolución en las 4 áreas alcanzando el promedio de su edad. Se da de alta al sexto mes de edad.

HISTORIA DEL EMBARAZO

SALUD

- Desde el tercer mes del embarazo asistió al hospital General de Tlalnepantla . En ese mes le detectaron embarazo de gemelos.
- En el séptimo mes de embarazo presentó problemas de infección en la garganta.
- Un factor importante para tener un embarazo prematuro es que era primípara de 19 años (riesgo demográfico).

ALIMENTACION

- Su alimentación consistió en leche, huevos, carne de pollo y res, fruta.

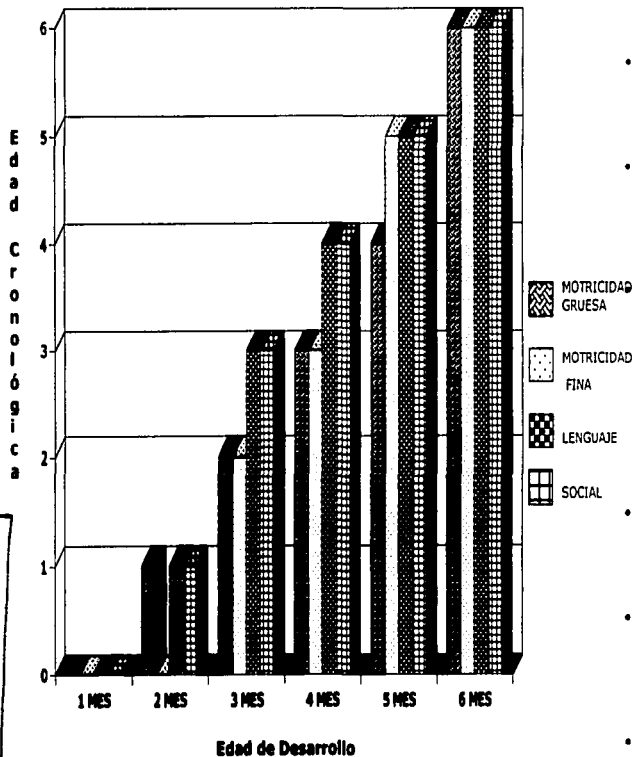
ADICCIONES

- Negó tener cualquier tipo de adicciones (tabaco, alcohol, droga).

TIPO DE PARTO

Se le practicó cesárea a los siete meses y medio de embarazo, por su tipo de embarazo.

GUSTAVO



Edad de Desarrollo
Figura 4

Figura 4.

- Bebé prematuro nacido a los 7.5 meses; nació por cesárea y debido a que sufrió hipoxia al nacer, estuvo en la incubadora 20 días.
- Aunque en su primera evaluación tenía un mes de nacido, presentaba conductas de menos de un mes, por lo que se le entregaron ejercicios para bebés de 0-1 mes.
- En su segundo mes, no hubo evolución en su motricidad fina; aunque en las otras tres áreas se observó un avance, aun había un retraso de un mes. Se le indican ejercicios para todas sus áreas.
- En el tercer mes se integró a la grupal para que los padres observen a otros padres trabajar con sus bebés. En este mes alcanzó su desarrollo en el área de lenguaje y social; en su motricidad fina y gruesa, se percibió un avance de un mes, pero aun así tenía conductas de dos meses. Se le sugirieron ejercicios para éstas áreas, no descuidando las otras.
- En el cuarto mes su motricidad gruesa y fina avanzó su desarrollo a tres meses; se le pidió a su madre que continuara ejercitando éstas áreas sin descuidar las otras.
- En el quinto mes, su motricidad gruesa presenta el avance de cuatro meses, pero aun no alcanzó el promedio, se le dan a su madre ejercicios para esta área, pidiéndole que no descuide los demás áreas.
- En el sexto mes se da de alta ya que logró el desarrollo promedio de las cuatro áreas.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

HISTORIA DEL EMBARAZO**SALUD**

- Hasta el séptimo se atendió en el hospital General de Tlalnepantla.
- Le detectaron Preclampsia - se caracteriza por presión arterial alta, edema y ematuria (sangre) en la orina.
- Tenía problemas de diabetes mellitus.

ALIMENTACION

- Su alimentación consistió en leche, huevos, carne de pollo y res, fruta.
- Desde el séptimo mes de embarazo le recetaron dieta para diabético.

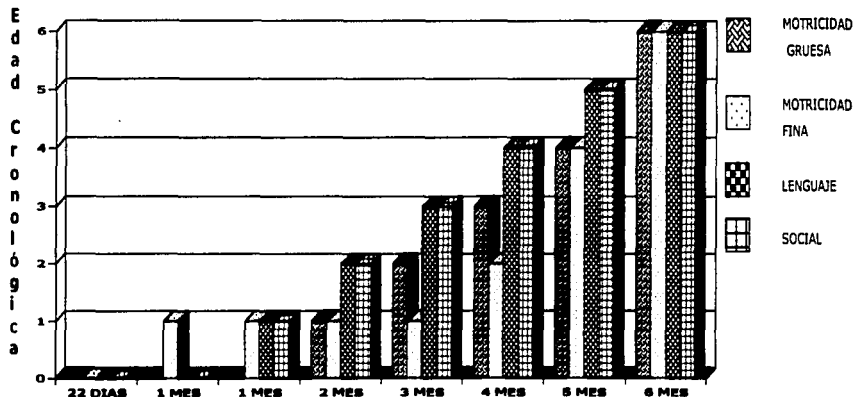
ADICCIONES

- Negó tener cualquier tipo de adicciones (tabaco, alcohol, droga).

TIPO DE PARTO

Se le practicó cesárea a los ocho y medio meses de embarazo, por la preclampsia y la diabetes. Además de que su placenta la tenía muy calcificada.

FERNANDA



Edad de Desarrollo
Figura 5

Figura 5.

•La bebé nació por cesárea a los ocho y medio meses de gestación. En su primer valoración se entregó a los padres el trabajo para bebés de 0-1 mes, ya que sólo contaba con 22 días de nacida. En su segunda valoración se les pidió que trabajaran todas sus áreas, sin descuidar la motricidad fina que tenía un desarrollo correcto; en su segunda cita se observó una recuperación en tres de sus áreas, sólo presentó estancamiento en su motricidad gruesa, se le dejaron ejercicios para todas las áreas, pero se pidió a su madre que enfatizara los ejercicios de ésta.

•En el segundo mes avanzó un mes en su motricidad fina y la gruesa se quedó en un mes; se le dejaron ejercicios para estas áreas pidiendo a la madre que no descuidara las otras dos.

•En el tercer mes su motricidad fina continúa con desarrollo de un mes; su motricidad gruesa avanza a dos meses de edad. Se le dejan ejercicios para las edades correspondientes sin descuidar las otras dos áreas.

•En el cuarto mes su motricidad gruesa evoluciona un mes; aunque su motora fina evoluciona, tiene dos meses de retraso. Se le sugieren ejercicios para todas las áreas, enfatizándole los ejercicios de las áreas antes citadas.

•En el quinto mes se percibe un avance en sus motricidades fina y gruesa, presentó conductas de cuatro meses; se dieron a su madre ejercicios para estas áreas.

•En el sexto mes alcanzó su correcto desarrollo. En este mismo mes se le dio de alta.

HISTORIA DEL EMBARAZO

SALUD

- Desde el tercer mes del embarazo asistió al hospital General de Tlalnepantla a revisión médica.

ALIMENTACION

- Su alimentación consistió en leche, huevos, carne de pollo y res (una vez a la semana), fruta.

ADICCIONES

- Negó tener cualquier tipo de adicciones (tabaco, alcohol, droga).

TIPO DE PARTO

Se le practicó cesárea a los ocho meses de embarazo, porque se le reventó la fuente.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ALVARO

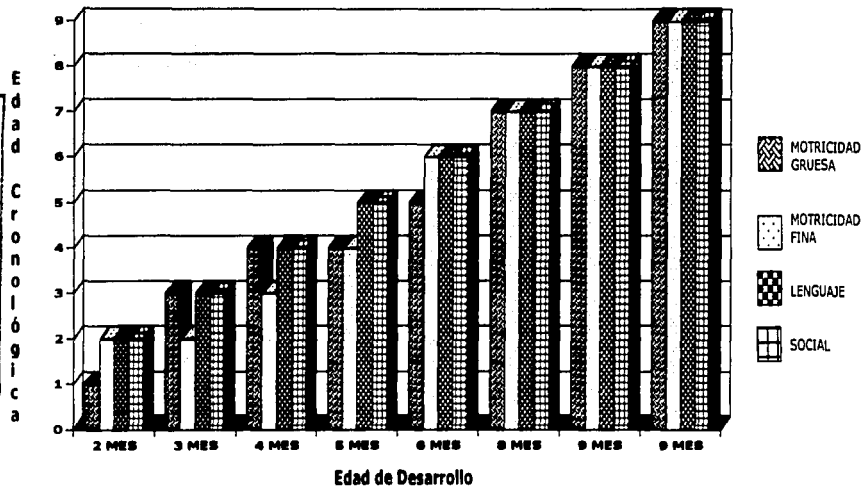


Figura 6.

Figura 6

- Bebé prematuro, nació a los ocho meses de gestación; al nacer sufrió hipoxia, por lo que estuvo cinco días en la incubadora.
- En su primera evaluación se entregó a la madre el programa de acuerdo a su edad; pero se le indica que enfatice los de motricidad gruesa ya que se recibieron conductas de un mes.
- En su segunda evaluación (en el tercer mes), presentó retroceso de un mes en su motricidad fina; en sus demás áreas alcanzó el desarrollo para niños de su edad.
- En su cuarto mes, avanza un mes en su motricidad fina, pero continuó con un mes de retraso en la misma; se suplicó a la madre que continuara trabajando en esa área sin descuidar las demás.
- En el quinto mes presentó conductas de cuatro meses en sus motricidades fina y gruesa. Se le citó a la sesión grupal para que la madre observara a otras, para aprender a otorgar una mejor estimulación a su bebé.
- En el sexto mes se recuperó en su motricidad fina, lenguaje y social; y aunque en su motricidad gruesa se observó un avance, su conducta fue menor. Se le dan a la madre ejercicios para todas las áreas, pero se le pide que enfatice los de motricidad gruesa. La madre informó que no se presentaría al siguiente mes; se le dejaron ejercicios para los siete meses.
- En el octavo mes, se observó un retroceso de un mes en todas sus áreas; se le dejaron ejercicios de siete meses. En su segunda cita del octavo mes, el bebé se recuperó y presentó conductas correspondientes a su edad.
- En el noveno mes se observó un retroceso de un mes en todas sus áreas. Se le dejaron ejercicios de ocho meses; recuperándose en su segunda cita de ese mismo mes

BRAYAN

HISTORIA DEL EMBARAZO

SALUD

- A partir del quinto mes asistió con un médico particular; se presentó en el hospital General de Tlalnepantla antes de parir.
- Tuvo problemas de gripe en el tercer mes.

ALIMENTACION

- Su alimentación consistió en leche, huevos, carne de pollo y res, fruta.

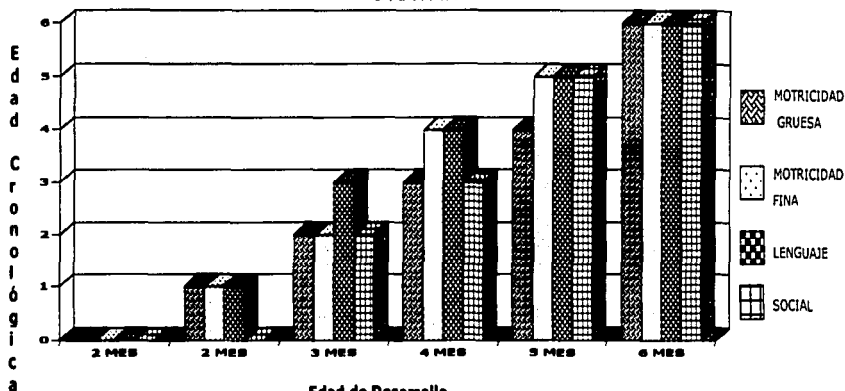
ADICIONES

- Fumó hasta el quinto mes de embarazo.

TIPO DE PARTO

- Se le practicó cesárea a los ocho meses de embarazo, la madre tenía la matriz estrecha, además de que el bebé venía sentado.

BRAYAN



Edad de Desarrollo

Figura 7

Figura 7.

•Bebé nacido al octavo mes de gestación. Venía de nalgas, motivo por el que se le practicó cesárea a la madre. Estuvo doce días en la incubadora por sufrir hipoxia al nacer.

•En su primer valoración se le entregaron, a la madre, ejercicios para bebés de 0-1 mes de edad, por presentar conductas de esta edad de desarrollo.

•En la segunda cita, ese mismo mes, se observó un avance de un mes en sus áreas gruesa y fina; en sus áreas social y de lenguaje presenta conductas de cero meses; se indicó a su madre continuar con la estimulación de 0-1 mes de edad. En el área de lenguaje se pidió a la madre que le pusiera música y que platicara más con él.

•En el tercer mes alcanzó su desarrollo en lenguaje, pero en las demás áreas aunque presentó avance de un mes se percibió conductas de dos meses. Respecto al área social se observó que el bebé seguía los objetos con la mirada. Se le cambió el ejercicio para esta área.

•Se le citó a sesión grupal para que la madre aprendiera, de otras madres, a ejercitar a su bebé.

•En el cuarto mes su motricidad fina y el lenguaje alcanzan su desarrollo, no así su motricidad gruesa y el área social, que aun cuando tienen el avance de un mes, no han alcanzado su desarrollo correcto; se sugiere a la madre que enfatice ejercicios para motricidad gruesa y se le apliquen los ejercicios para bebés de su edad para el área social.

•En el quinto mes el problema del área social queda superado. Solo en su motricidad gruesa hubo un avance de un mes, pero aun así no alcanzaba el promedio; se pidió a su madre que no abandonara esta área.

•En su sexto mes alcanzó su correcto desarrollo, dando de alta al bebé.

5.2.2. ANALISIS CUALITATIVO

En la incorporación de los bebés al programa de estimulación se tomó en cuenta la hipoxia como problema central y paralelamente se consideraron los factores que pudieron incidir para que ésta se presentara.

En el desarrollo de las entrevistas se encontraron factores como el consumo del tabaco, madre primípara menor de veinte años, gestación de gemelos y el estrés; que, aunque no los reportaron los médicos como evidencia, como lo mencionan Biehler, Hurlock, Vizziello, Papalia, pudieron incidir en un nacimiento prematuro.

Otro problema que presentaron algunas madres durante el embarazo fue la preclampsia, que se caracteriza por presión arterial alta, edema y ematuria -sangre en la orina -, Biehler, Vizziello, Fava, Zorzi y Botton; y Hurlock argumentan que la presión arterial alta es un factor de parto prematuro.

En lo que respecta a las madres que tuvieron parto a Término, los problemas que presentaron durante el embarazo fueron infección vaginal, presión baja, amenaza de aborto, afección de la garganta, infección en el riñón, embarazo de alto riesgo. Estos inconvenientes no son citados por ningún autor como motivos para que un parto sea prematuro, por lo que sería interesante investigarlos más a fondo.

En la entrevista realizada a las madres, a la alimentación, la mayoría de las madres respondió que, durante su embarazo consistía principalmente en arroz, frijoles, sopa, además algunas señalaron que comían dos veces al día; lo que indica que su alimentación no fue la adecuada. Sin embargo, no tuvimos datos que permitan asociarlo como una causal directa del problema de los bebés.

El siguiente paso fue la evaluación para relacionar las edades de cada niño con su evolución correcta; esto implicó examinar al niño en sus periodos de crecimiento, marcando los objetivos a seguir, evaluando los logros conseguidos o adoptando medidas oportunas en caso de tener algún problema.

Las actividades se propiciaron a cada niño de manera sistemática, con el objetivo de que el bebé fuera estimulado de acuerdo al desarrollo que alcanzara. La estimulación fue secuencial, ya que al alcanzar el desarrollo en las diferentes áreas, éste era punto de llegada pero también de partida para alcanzar la siguiente. Para ello la atención se dio individualmente, las citas se otorgaron cada mes en caso de que no existiera ningún problema, de lo contrario se hacía un nuevo acuerdo con un intervalo de quince días para poder evaluar a los bebés, observar y retroalimentar más detenidamente a los padres en la aplicación de los ejercicios y así los bebés continuaran su proceso evolutivo (ver manual anexo).

Su paso al grupo se dio cuando alcanzaron su desarrollo correcto o en el caso de que alguna madre no realizara los ejercicios como se le indicaron se citó, a su bebé, al grupo de su edad de desarrollo para que las madres se sensibilizaran, observaran a otras y pudieran aplicar correctamente la estimulación. El resultado obtenido del trabajo en grupo, fue que los padres observaron y comentaron los avances de sus bebés con otros padres al aplicar los ejercicios indicados así como fortalecer la cohesión entre padres e hijo.

En cuanto a la importancia de los padres en la estimulación temprana se consideró a la familia como parte fundamental en esta etapa, y que como lo indica Díaz (1994), en México la forma de relacionarse se sustenta en la frecuencia y calidad de atención con un contenido emotivo. Esto fue el inicio para investigar acerca de la representación que, según Stern (1997), los padres se hicieron de su bebé, tanto en el mundo mental subjetivo e

imaginario como en el extremo real. Este aspecto se integró en el proceso de atención, en el que la mayoría de las madres de los bebés prematuros admitieron, en su mayoría, que no se lo imaginaron, ya que no habían planeado su embarazo.

Al conocer las respuestas de las madres de los bebés a término y prematuro, que sí habían planeado el embarazo, confirmaron que, como indican Donald Winnicott, (1957a, 1965b, 1971c); Wilfred Bion, (1963a, 1967b) En: Stern (1997), el interés y el deseo de su embarazo desde aproximadamente medio año antes; en este tiempo pudieron experimentar imaginariamente sus esperanzas y su amor para con su bebé. Respecto a las madres de bebés prematuros, que no habían sido planeados el compromiso fue para que éstas adquirieran la capacidad de cambiar su actitud, y con esto, proporcionar los cuidados emocionales que sus bebés requerían; y que se produjeran, en la medida de lo posible, esas representaciones y prioridades para su bebé.

Tanto en el caso de los padres con bebé a término o bebé prematuro, como indica Dolto (1990), se sugirió que al tener a su bebé en brazos, pudieran ellos establecer una comunicación que incluyera intercambios simbólicos y de amor; para el efecto se propició que en cada sesión, los padres, en el momento de estimular a su bebé establecieran con amor, el contacto y la comunicación con lenguaje de gestos, los que ayudarían al desarrollo del mismo pudiendo sensibilizar esta comunicación en las madres. Comentando que habían aprendido a comunicarse con amor en cada momento, lo que ayudó al desarrollo de su bebé además de fortalecer el vínculo afectivo entre el padre, madre, y su bebé.

Sobre el papel de la afectividad después de nacer, cada padre acariciaba, abrazaba y le cantaba a su hijo, ya fuera canciones de cuna o las que ellos escuchaban. En lo concerniente a si el bebé dormía con ellos o en su cuna; los padres de los niños prematuros respondieron que sí, ya que el programa de Mamá Canguro así lo indicaba. Los padres de los

niños a término, en su mayoría, contestaron que lo pasaban a la cama sólo cuando lloraba, o en la madrugada cuando hacía frío. En lo particular, las madres mencionaron que pasaban al bebé a su cama cuando el padre se iba a trabajar.

Si las actitudes de la madre hacia su hijo fueron significativas para la relación que se dio entre ellos; este trato, que se presentó en cada fase del bebé, tendrá consecuencias duraderas sobre su conducta social posterior. En el periodo inicial es crucial, afirma Erikson (En: Turner 1986), para que el bebé adquiera confianza, exploración, competencia y autonomía. El desarrollo social y el lenguaje se comparten para que con la exploración del ambiente, aumenten las aptitudes motoras, así como aumenta el lenguaje, el que proporciona al niño la exploración y dominio de los símbolos. Esta confianza y exploración, ayudó al desarrollo social y de lenguaje, al alcanzar su correcto desarrollo en los bebés.

Alveano (1998), refiere que "las posibilidades de desarrollo sano existen, a condición de que se cubran necesidades psicológicas, en cada momento de la vida de una persona en evolución" (pág. 20). Como en el caso de una madre que parió gemelos, ésta permitió que el bebé que era menos demandante de alimentación y mimos, lo cuidara un familiar en el primer mes de vida; en consecuencia, se le sugirió que desde el momento que se le proporcionó la estimulación tratara igual a los dos, además de que participara el padre en esa actividad; logrando esa vinculación de amor e interés por el bebé menos demandante, lo que propició que al sexto mes de edad de los bebés, su desarrollo fuera igual.

La participación del padre, ayudó a que se integrara la triada - padre, madre, hijo -; esta relación inicial, afirma Stern (1997), en la que se inició la socialización, facilitó el aprendizaje. Como, agrega Turner (1986), que además de la alimentación, sueño y juego, la interacción del padre con su hijo es importante para su desarrollo. Whiting y Whiting (1975) (en: Turner, 1986), afirman que en las sociedades industrializadas el padre participa en los

cuidados del hijo. Esto se observó cuando los padres llegaban con su esposa e hijo a la sesión de Estimulación; al interactuar y dirigirse a su hijo con sonrisas y trabajar cara a cara. También se sugirió que interactuaran cuando los padres recibieron la relajación después de la sesión en grupo. Como conclusión a este punto, Alveano (1998), afirma que, paralelamente a la figura materna, la presencia del padre es necesaria para que el niño adquiera el amor propio (autoestima), "un mundo interno seguro, estable, bondadoso, y por ende, con valor" (pág.37); como resultado del cuidado y las demostraciones de afecto que la madre y el padre proporcionan al hijo.

En el caso de que el bebé no reciba esas muestras de cariño, aprenderá a actuar sin afecto, a ser hosco o huraño. En el trabajo realizado, la meta a lograr fue, obtener que los bebés alcanzaran su correcto desarrollo, involucrando a la triada padre – madre – bebé; esa unidad propició que el bebé lograra su desarrollo adecuadamente. El nacimiento propició el inicio de la relación afectiva entre él y sus padres, sólo fue necesario sugerir la forma de afecto que podrían abordar, para propiciar la supervivencia en los lactantes y su mejor desarrollo.

La importancia de los padres en la relajación temprana, influyó para que éstos aprendieran y generalizaran una técnica de relajación para favorecer el estado de ánimo y atender de forma amorosa a su bebé. La relajación se aplicó, a los padres, en las ocasiones que asistieron a las sesiones del grupo en que se atendió a sus bebés; el resultado que se observó, fue que la mayoría de los padres y madres demostraron una relación afectiva entre ellos y su bebé, además de su compromiso por regresar a las sesiones de estimulación.

Por último, la capacitación para el personal del hospital del área de Perinatología que se tenía contemplada por veinte horas, debido al trabajo constante en esta área, se cambió a una plática de dos horas.

Al final de la plática las enfermeras indicaron que tratarían de seguir en lo posible las sugerencias, ya que el personal de esta área atendía a un número elevado de niños; las mismas comentaron que dado las actividades del área sugerirían a las madres que cuando acudieran a visitar y amamantar a sus bebés, aprovecharan el momento de permanencia, para que los acariciaran, hablaran con ellos, demostrando afecto. En este caso dadas las condiciones de trabajo de las enfermeras de esta área y las más, no pude recabar la información suficiente para indicar algún resultado representativo.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

La intervención como profesional de psicología social en el área de Estimulación Temprana, en el Hospital General de Tlalnepantla "Valle Ceylán", fue pionera por no existir antecedentes al respecto. Este trabajo involucró un equipo multidisciplinario, en el que participaron cuatro pediatras que remitían a los bebés al área de Estimulación, seis enfermeras que atendían a los bebés en el área de Perinatología y una que trabajaba en el área de Mamá Canguro, que enviaba a algunos bebés al área de estimulación, y por último, la psicóloga; contribuyó a identificar dentro de los neonatos grupos de riesgo, considerando a bebés prematuros o a término, que al nacer tuvieron problemas de hipoxia.

La colaboración como Psicóloga Social de la Salud se orientó, para optimizar el correcto desarrollo de los bebés al aplicar los conocimientos obtenidos durante la formación académica, y especialización extracurricular. La utilización de la experiencia en funciones básicas dentro de la Estimulación Temprana, es decir, investigar un marco teórico que me sirviera de referencia; analizar, diagnosticar y evaluar el problema en cada bebé, esto llevó a planear un método de trabajo, diseñar un programa para intervenir de forma individual o de grupo, incluyendo en la estimulación, música, para que los bebés que nacieron con hipoxia alcanzaran un adecuado desarrollo psicomotriz.

Para el efecto se elaboró un manual de técnicas de Estimulación Temprana que abarca desde la semana cero hasta las 52 semanas de edad, que, retomando lo investigado por los autores mencionados en el marco teórico y enriquecido por aportaciones de trabajos de otros autores que son referidos en el mismo manual, fue

estructurado de forma mensual; toda vez que el tratamiento proporcionado a los pequeños fue en sesiones mensuales.

Este manual fue la pauta para entrenar a los padres y familiares de los bebés, para que a su vez les proporcionaran la estimulación adecuada; siempre considerando cada caso en particular para aplicar la técnica idónea para su edad gestacional y de desarrollo.

Con relación al embarazo de las madres, aunque en algunos casos se atendieron en los primeros meses, sólo una se atendió hasta el quinto mes por desconocer que estaba embarazada. De acuerdo a su respuesta, se sugiere que, en los Centros de Salud y Hospitales se impartan pláticas para que las madres sepan que los tres primeros meses son primordiales para que puedan ser identificados los problemas uterinos, favorecer un buen desarrollo del feto; lograr, cuando el bebé haya nacido, un óptimo desarrollo psicomotriz durante su crecimiento.

Referente a los problemas asociados a la hipoxia en el momento de nacer, se sugiere que en Hospital General de Tlalnepantla, en el caso de que las madres decidan ingresar a este hospital, solicite a médicos particulares o los de clínicas de la periferia, el diagnóstico médico del embarazo de las madres gestantes que atiendan; con la finalidad de que el personal médico del hospital, conozca el estado de salud de la futura madre y del producto.

Respecto a los bebés seleccionados para la realización de este reporte de trabajo, debe mencionarse que no fue uno de los objetivos la comparación entre los grupos de bebés, prematuros y a término. No obstante resulta interesante señalar que, con la aplicación de las técnicas de Estimulación Temprana, los resultados obtenidos indican que los bebés prematuros alcanzaron su correcto desarrollo en el mismo

tiempo que los bebés nacidos a término. Esto podría confirmar lo que sustentan, entre otros autores, John B. (1951) (en: Alvarez, 2000); Dolto (1990) respecto a que la relación amorosa de los padres para su bebé permitió que el desarrollo correcto en ambos grupos se obtuviese en los tiempos que se indican; con lo que puede concluirse que es fundamental el establecimiento de la relación afectiva entre el padre, la madre y su bebé.

En el trabajo del psicólogo en la estimulación proporcionada a los bebés en forma individual o de grupo, se concluye que la interacción padre – madre - hijo en un vínculo de amor, influyó para que se presentara el inicio del lenguaje y la socialización con otros bebés y otros adultos. La relación afectiva recibida de sus padres favoreció el correcto desarrollo de cada bebé.

El que los padres aprendieran la técnica de relajación para reducir su estrés, después de cada sesión, para estar más integrados a sus bebés y para generalizar este sentir en cualquier momento; confirman lo señalado por Buela-Casal y Caballo, de que, como comentaron los padres, la técnica de relajación les sirvió para controlarse en cualquier situación de estrés y aumentar el amor que sentían hacia su bebé.

La capacitación y sensibilización dirigida a los profesionales de la salud (médicos y enfermeras) dentro del programa de Estimulación Temprana permitió una constante comunicación con el psicólogo, canalizando a los bebés que requirieran ingresar al programa, contribuyendo a dar solución en algunos casos.

Es importante señalar los factores que propiciaron que la mayoría de los bebés a término y los prematuros alcanzaran su desarrollo entre el quinto y sexto mes:

- 1- Fueron remitidos a estimulación, en el momento de su salida del área de Perinatología.

- 2- La aplicación correcta de los ejercicios según el problema de cada bebé.
- 3- Se propició la relación afectiva entre los padres y su bebé en el momento de la aplicación de la estimulación.
- 4- La comunicación por teléfono con los padres, en el caso de que hubieran faltado a alguna cita.
- 5- Aunque no es tangible, pero ha sido verificada por varios autores, la relación amorosa de los padres para su bebé.

Con lo anterior se concluye que entre más temprano se propicie la estimulación del bebé, aunado a una grata relación afectiva con sus padres, se propiciará el desarrollo correcto en menor tiempo.

El interés del tema de este trabajo en Estimulación Temprana en bebés prematuros o a término que tienen problemas de hipoxia al nacer, así como, la atención afectiva que recibieron de sus padres para evitar que se presentaran problemas de desarrollo en su primer año de vida; me obligó a emplear métodos cuantitativos (historia de embarazo de cada madre; diagnóstico de desarrollo del bebé, intervención, y seguimiento hasta alcanzar su correcto desarrollo), y cualitativos (la incorporación de los bebés al programa de estimulación; la relación que tenían los padres con sus hijos; el entrenamiento a padres y; la capacitación al personal de salud), los cuales arrojaron datos para elaborar el análisis. De igual manera la estimulación temprana como primer recurso proporcionó al niño actividades que lo impulsaron a un desarrollo óptimo. Estas estrategias, al iniciarse de manera temprana y constante, dieron como resultado que el niño generalizara las habilidades aprendidas en un tiempo más corto.

Con la formación profesional básica, así como con la actualización que se obtuvo en el área, se pudo aplicar como profesional los conocimientos adquiridos, conjuntando ambos aspectos. Mi desempeño fue mejor para aplicar lo aprendido académica y extracurricularmente, para atender como profesional de la psicología a los niños y sus padres, se realizaron los siguientes estudios:

1. Licenciatura en Psicología.
2. Cursos de Musicoterapia I y II; curso de Educación Artística y Estimulación Temprana; así como un Taller de Estimulación Temprana.
3. Así mismo participé en un Diplomado de Intervención Temprana en el Niño con Riesgo y Daño Neurológico.

Considerando la importancia de la Estimulación Temprana del niño, se sugiere que, en un trabajo multidisciplinario dentro de un hospital o en alguna clínica, los profesionales de la salud puedan basarse en los resultados obtenidos en este trabajo.

De ser posible incluir:

- 1- Cursos psicoprofilácticos a partir del embarazo de la madre. Estos contendrán lo siguiente:
 - a) Sesiones de ejercicios psicoprofilácticos individuales o en grupo, según el dictamen médico.
 - b) Propiciar una relación de afecto entre la madre y su bebé después de cada sesión, involucrando en lo posible al padre.
 - c) Impartir pláticas para que los futuros padres conozcan el desarrollo del bebé durante el embarazo.

Para aplicar la Estimulación Temprana, es necesario que la persona interesada:

2- Tenga conocimientos:

- a) Sobre el desarrollo del ser humano en sus diferentes etapas.
- b) Conocer los factores de riesgo que propician un nacimiento prematuro.

3- Se asesore del equipo médico, como: pediatras, neurólogos, ginecólogos, y enfermeras, para lograr una mejor intervención en Estimulación Temprana.

4- El seguimiento médico, que deberá realizarse cada mes al igual que la estimulación hasta que el niño haya equilibrado su edad cronológica con la de desarrollo.

5- Imparta cursos mensuales a los padres, para que éstos conozcan el desarrollo psicológico de su bebé, y la importancia de la música en la Estimulación Temprana.

6- Talleres para fortalecer la relación afectiva entre los padres y su bebé, y que esto pueda reflejarse en el desarrollo y en la integración social de su bebé.

7- Transmitir sus conocimientos por medio de talleres o cursos al personal de la salud (Médicos, Pediatras, y Enfermeras) elaborando, para la presentación, material didáctico con las siguientes características:

- a) Diapositivas que representen el tema, preferentemente de cada etapa.
- b) Poco lenguaje escrito, conceptos o nombres legibles, y lo más exacto posible.
- c) La práctica que se realice, en el curso o taller, sea con los materiales e instrumentos que se utilizarán en la consulta.

8- Mantener comunicación telefónica con las personas que no asistan a la cita.

9- Fomentar el compromiso constante desde la entrevista mediante un escrito que contenga los siguientes puntos: Asistencia a las citas; y estimular al bebé en su hogar de acuerdo a los ejercicios aprendidos.

Para finalizar se pretende que este reporte sirva para compartir la experiencia que se adquirieron atendiendo a los bebés prematuros, a los bebés a término y a sus padres durante un año. Del mismo modo, pueda servir como referencia al Psicólogo Social de la Salud dentro del área de Estimulación Temprana, o a quienes se interesen en la prevención de problemas que puedan presentar los niños en su desarrollo.

Por lo expuesto, se sugiere continuar investigando sobre:

- Cómo influye la comunicación y la relación de amor de los padres con su bebé antes y después de su nacimiento para un crecimiento óptimo.
- El efecto de la música en la Estimulación Temprana.
- El efecto del estrés en las madres, que probablemente pueda propiciar la presencia de problemas de hipoxia en el recién nacido.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth (1973). En: Craig, G. J. (1997). Desarrollo psicológico. Prentice Hall Hispanoamericana. México. pp. 215-223.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978;). En: Baron, A. R. y Byrne, D. (1998). Psicología Social. España. Prentice Hall. pp. 3- 21; 32- 38; 612-614
- Allport, G. (1968). En: Alvaro, J.L., Garrido, A., Torregrosa, J.R. (1998). Psicología Social Aplicada. IMPRESA, España. pp. 3-38; 67-79; 85-196; 318 - 408.
- Altirriba, E. (1980). Atención al recién nacido. Obstetricia. Tomo I. Salvat Editores, Barcelona. 150 pp.
- Alvarez, H. F. (2000). Estimulación Temprana. Una puerta hacia el futuro. Alfa omega. México. pp. 11-39.
- Alvaro, J.L., Garrido, A., Torregrosa, J.R. (1998). Psicología Social Aplicada. IMPRESA, España. pp. 3-38; 67-79; 85-196; 318 - 408.
- Alveano, H. J. (1998). El padre y su ausencia. Editorial P. y V. México. 86 pp.
- Amaro, H.L. y Huerta, R.L. . Inmunomodulación en la práctica pediátrica. Rev. Méx. De Puericultura y Pediatría: 1999, 7 (38): 38 -49.
- Asociación Nacional Estadounidense para la Educación Infantil (1988). En: Craig, G. J. (1997). Desarrollo psicológico. Prentice Hall. México. pág. 209.
- Baron, A. R. y Byrne, D. (1998). Psicología Social. España. Prentice Hall. pp. 3- 21; 32- 38; 612-614
- Barriga et al. (1990). En: Alvaro, J.L., Garrido, A., Torregrosa, J.R. (1998). Psicología Social Aplicada. IMPRESA, España. pp. 3-38; 67-79; 85-196; 318 - 408.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L.M. (1991). En: Baron, A. R. y Byrne, D. (1998). Psicología Social. España. Prentice Hall. pp. 3- 21; 32- 38; 612-614
- Bayes, (1979). En: Ruiz y Vaquero (1984). La importancia de la prevención para el retardo en el desarrollo UNAM -ENEP Iztacala, México. pp. 5 - 13, 110 - 151.
- Bayley, D.B. (1989). Assessment and its importance in early intervention En: Bayley, D.B. and Wollery (1989). Assessing infants and preeschoolers with handicaps. Ohio. U.S.A. Merrill Publishing. Co. pp. 1-21.
- Bayley, D. B., Palsha, S. y Simeonson, R. (1991). Professional skills, concerns, and perceived importance of work with families in early intervention. Exceptional Children. Octubre - Noviembre, pp. 156-165.

- Berman, P.W. (1980). Are women more responsive than men to the young? A review of developmental and situational variables. *Psychological Bulletin* 88, 668 – 695.
En: Schaffer, H.R. (1989). Interacción y socialización. Visor, España. 246 pág.
- Bernal, S.F. (1995). Constipación. JGH Editores, México. pp. 3 – 8.
- Berryman, J. (1994). Psicología del desarrollo. Manual Moderno, México. pp. 35 –53
- Biehler, R.F. (1983) Introducción al desarrollo del niño. Diana. México. pp. 216– 218
- Bonnet, Monique y Gerard (1979). La comunicación con el bebé. Diana. México. pp.13 – 136.
- Bonilla, J. (2001) El Economista. [En red]. Disponible en: <http://www.ecomex.com>.
- Bowlby, J. (1951), En: Alvarez, H. F. (2000). Estimulación Temprana. Una puerta hacia el futuro. Alfa omega. México. pp. 11-39.
- Bowlby, J. (1989). En: Córdova, B.A. y Latirgue, B.T. (1991). En: Latirgue, Teresa (1991). Compiladora. Salud comunitaria: Una Visión Panamericana. UIA. México. pp. 3-7; 16-23; 53-60; 82-105;135-150; 228-227; 278-289.
- Bowlby (1980). En: Schaffer, H.R. (1985). El mundo social del niño. Visor, España. pp. 83 – 87.
- Brazelton, T.B. (1991). En: Córdova, B.A. y Latirgue, B.T. (1991). En: Latirgue, Teresa (1991). Compiladora. Salud comunitaria: Una Visión Panamericana. UIA. México. pp. 3-7; 16-23; 53-60; 82-105;135-150; 228-227; 278-289.
- Brewster Smith, M. (1983). En: Alvaro, J.L., Garrido, A., Torregrosa, J.R. (1998). Psicología Social Aplicada. IMPRESA, España. pp. 3-38; 67-79; 85-196; 318 – 408.
- Brody, Zelazo y Chaika (1980). En. Poch, B.S. (1998). Compendio de Musicoterapia. Vol. II. Herder, Barcelona. pp. 611 – 617.
- Bruner, J. (1986). Acción, pensamiento y lenguaje. Compilación de José Luis Linaza. Alianza, México. pp. 173 – 220.
- Buela – Casal, G. y Caballo, E. V. (1991) Manual de psicología clínica aplicada. Siglo XXI, México. pp. 439 – 444.
- Cabrera, M. y Sánchez, C. (1980) La estimulación precoz. Pablo del Río, Madrid. pp. 13 – 41.
- Campbell, D. (1969). En: Alvaro, J.L., Garrido, A., Torregrosa, J.R. (1998). Psicología Social Aplicada. IMPRESA, España. pp. 3-38; 67-79; 85-196; 318 – 408.
- Carabelo, B., Casas, F. y Romero, M. (2000). La relajación como hábito de salud en niños y jóvenes. [Enred]. Disponible en: www.geocities.com/HotSprings/3046/relajación.htm

Carrasco, S. (2000). Educación Artística y Estimulación Temprana (Curso)

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano CLAP-OPS/OMS. En: Secretaría de Salud, (1994). Norma Oficial Mexicana para el Control de la Nutrición, Crecimiento y desarrollo del Niño y del Adolescente 57 pp.

Chi Chan, J. y Pérez, J. (2000). Manual de organización de normas y funcionamiento del servicio de medicina perinatal pediátrica. Hospital General de Tlalneapantla. Pág. 1.

Clark, H.H. y Clark, E.V. (1977). En: Bruner, J. (1986). Acción, pensamiento y lenguaje. Compilación de José Luis Linaza. Alianza, México. p. p. 173 - 220.

Clarke, A. M. Y Clarke, A. D. B. (1976) En: Berryman, J. (1994). Psicología del desarrollo. Manual Moderno, México. pp. 35 -53

Collado, A. (1981). Construye Juguetes. (para niños de 0 a 6 años). Programa Regional de Estimulación temprana. UNICEF, Guatemala. pp. 11 - 36.

Córdova, B.A. y Latirgue, B.T. (1991). En: Latirgue, Teresa (1991). Compiladora. Salud comunitaria: Una Visión Panamericana. UIA. México. pp. 3-7; 16-23; 53-60; 82-105; 135-150; 228-227; 278-289.

Costa, M. y López, E. (1986). En: Alvaro, J.L., Garrido, A., Torregrosa, J.R. (1998). Psicología Social Aplicada. IMPRESA, España. pp. 3-38; 67-79; 85-196; 318 - 408.

Craig, G. J. (1997). Desarrollo psicológico. Prentice Hall Hispanoamericana. México. pp. 5-9, 135-149, 154-169, 174-179, 205, 207-210, 215-216, 223-233.

Cravioto, J. y Arrieta, R. (1982). En: Latirgue, Teresa (1991). Compiladora. Salud comunitaria: Una Visión Panamericana. UIA. México. pp. 3-7; 16-23; 53-60; 82-105; 135-150; 228-227; 278-289.

Davidoff, L.L. (1994). Introducción a la Psicología. MxGraw-Hill, México. pp. 274- 282, 424-466.

Decarie, T.G. (1974). The infant's reaction to strangers. New York: International Universities Press. En: Davidoff, L.L. (1994). Introducción a la Psicología. MxGraw-Hill, México. pp. 424-466.

Delgado, F. (1983). La terapia de conducta y sus aplicaciones clínicas. Trillas, México. pp. 144 - 155.

Delval, J. (1998). El desarrollo humano. Siglo XXI, México. pp. 21-51 109-116, 170-173, 513-528.

Diane, E. E. (1995). Vinculación madre - hijo. Herder, Barcelona. pp. 43 - 68.

Díaz Guerrero, Rogelio (1994). PSICOLOGÍA DEL MEXICANO México. Ed. Trillas. pp. 15-50.

- Dolto, F. (1990). De la ética a la práctica del psicoanálisis de los niños Buenos Aires. Ed. Nueva Visión pp. 13 - 60
- Dolto, Françoise (1992). La dificultad de vivir. Volumen I. España. Ed. Gedisa. pp.1- 60.
- Donald Winnicott, (1957a, 1965 b,1971 c). En. Wilfred Bion, 1963, 1967) En. Stern, Daniel N. (1997). La constelación maternal. Barcelona. Paidós. 247 p.p.
- Drotar, D. y Sturm, L. (1987). En: Córdova, B.A. y Latirgue, B.T. (1991). En: Latirgue, Teresa (1991). Salud comunitaria: Una Visión Panamericana. UIA. México. pp. 3-7; 16-23; 53-60; 82-105;135-150; 228-227; 278-289.
- Durán, G. L., Becerra, A. J., Torrejón, M. (1991). Psicología y Salud. En: Durán, L., Hernández, M., y Becerra, J. La Formación del Psicólogo y su papel en la Atención Primaria a la Salud. SALUD PUBLICA DE MEXICO. México. 1995. 37 (5). Septiembre - Octubre. pp 462- 471.
- Durán, L., Hernández, M., y Becerra, J. La Formación del Psicólogo y su papel en la Atención Primaria a la Salud. SALUD PUBLICA DE MEXICO. México. 1995. 37 (5). Septiembre - Octubre. pp. 462- 471.
- Emde y Harmon, (1984). En: Stern, Daniel N. (1997). La constelación maternal. Barcelona. Paidós. 247 p.p. Wilfred Bion, 1963, 1967)
- Enesco, I. Deval; J. y Linaza, J. (1989). En: Turiel, E. Enesco, I. Y Linaza J. (1989). El mundo social en la mente infantil. Alianza. Madrid. p.p. 21-36.
- Farré y Sebellica, (1985). "Vida y psicología". Selecciones de Reader's Digest. México. pp. 250 - 255; 271 - 277.
- Feldemann, H. (1833). De statu normali functionum corporis humani animadversiones quaedam. En: Deival, J. (1998). El desarrollo humano. Siglo XXI, México. pág. 43.
- Feiring y Cols (1984). Indirect effects and infants reaction to strangers. Develop Psychol. 20. 485-191 En: Davidoff, L.L. (1994). Introducción a la Psicología. McGraw-Hill, México. pp. 424-466.
- Fernández, G.V. y Arroyo, A.P. (1991). En: Latirgue, Teresa (1991). Salud comunitaria: Una Visión Panamericana. UIA. México. pp. 3-7; 16-23; 53-60; 82-105;135-150; 228-227; 278-289.
- Festinger, L. (1957). En: Baron, A. R. y Byrne, D. (1998). Psicología Social. España. Prentice Hall. pp. 3- 21; 32- 38; 612-614
- Figueroa, P (1991), En: Latirgue, Teresa (1991). Salud comunitaria: Una Visión Panamericana. UIA. México. pp. 3-7; 16-23; 53-60; 82-105;135-150; 228-227; 278-289.
- Finison, L. (1976). En: Alvaro, J.L., Garrido, A., Torregrosa, J.R. (1998). Psicología Social Aplicada. IMPRESA, España. pp. 3-38; 67-79; 85-196; 318 - 408.

- Frieman, S.T. (1969). En: Hurlock, E. B. (1988). Desarrollo del niño. McGraw-Hill, México. pp. 3- 269.
- Fuentes, B.C. y Rodríguez, V.H. Frecuencia de reflujo gastroesofágico silencioso en niños con enfermedades recurrentes de vías respiratorias inferiores. Boletín médico. Hospital Infantil. 1998. 55 (5). 251 - 256
- Galinsky, E. (1989). Ser padre, ser madre: Las seis etapas de la paternidad. Norma, S.A. Colombia. pp. 66-103.
- García, G.V. (1998) Sugerencias de estimulación para niños de 0 a 2 años. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Coyoacán. México. 60 pp.
- García H. V. (1992) El trabajo profesional del psicólogo en el campo del desarrollo infantil. En Urbina, S. J. (compilador). (1992). El psicólogo. U.N.A.M., México. pp. 595- 606.
- García, V. (1993). Prevención en desarrollo psicológico infantil y adolescente: el papel de la familia y la escuela. En Galvan, E., Reid, J. y García, V. (compiladores) Prevención en Psicología. Facultad de Psicología (UNAM) y Conacyt, México. pp. 41 - 59.
- Gene, R. (1994). Estudio y observación del niño. Limusa, México. 182 pp.
- Gessel, A. (1992). Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Paidós, México. 203 pp.
- Gesell, A y Amatruda, C. (1992). Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Paidós, México. pp. 11-103.
- Glass, D.C. (1989). En: Baron, A. R. y Byrne, D. (1998). Psicología Social. España. Prentice Hall. pp. 3- 21; 32- 38; 612-614
- Glass, D.C. (1989), En: Gómez del C, E. J. F. (1999). Psicología de la Comunidad. Plaza y Valdés. México. pp. 109-110.
- Gómez del C, E. J. F. (1999). Psicología de la Comunidad. Plaza y Valdés. México. pp. 109-110.
- González, J. F. (2000). El niño de 0 a 3 años. Ser padres en la edad de la Ternura. EDIMAT. España. pp. 5-80.
- Gordon (1969). En: Craig, G. J. (1997). Desarrollo psicológico. Prentice Hall Hispanoamericana. México. pp. 207 - 210
- Gordon, (1983) En: Ruiz y Vaquero, (1984). La importancia de la prevención para el retardo en el desarrollo. UNAM -ENEP Iztacala, México. pp. 5-13, 110 - 151.
- Goslin, (1969). En: Craig, G. J. (1997). Desarrollo psicológico. Prentice Hall Hispanoamericana. México. pp. 5-9, 135-149, 154-169, 174-179, 205, 207-210, 215-216, 223-233.

- Guralnick, M. J. (1991) The next decade of research on the effectiveness of early intervention. Exceptional Children. Octubre - Noviembre. pp. 174 - 183.
- Gutierrez, A. y Méndez, V. (2001). Desarrollo y plasticidad del sistema nervioso. Unidad III 40. Semestre División de Universidad Abierta. UNAM, México. A:/proveedo.htm
- Heese, G. (1996). La estimulación temprana en el niño discapacitado. Panamericana, Argentina. pp. 15-16.
- Hernán, M. En: Alvarez, H. F. (200). Estimulación Temprana. Una puerta hacia el futuro. Alfa omega. México. pp. 11-39.
- Hewitt, J. (1986). Aprende tú solo: RELAJACION. Pirámide, Madrid. pp. 25 - 30.
- Hollander, E. P. (2001). Principios y métodos de psicología social. Amorrortu, Buenos Aires. pp. 140 - 149, 250 - 280.
- Horowitz (1982). En: Craig, G. J. (1997). Desarrollo psicológico. Prentice Hall Hispanoamericana. México. pp. 207 - 210.
- Hoyos, A. (1993). Pautas de recién nacidos. Celsus, Colombia. pp. 164 - 165.
- Hurlock, E. B. (1988). Desarrollo del niño. McGraw-Hill, México. pp. 3- 269.
- Iglesias, R.; Iglesias, M.; Iglesias, J.; Sánchez, M., y De la Rosa, J. (2000). Proyecto de estimulación temprana para niños y niñas de 0 a 3 años. Asociación Mundial de Educadores Infantiles, México.
- Insk, Ch. y Schopler, J. (1980). Psicología social experimental. Trillas, México. pp. 11- 17.
- Jacobson, E. (1929) Relajación progresiva. En: Hewitt, J. (1986). Aprende tú solo: Relajación. Pirámide, Madrid.
- Jasso, L. (1987) Neonatología práctica. Manual Moderno, México. pp. 357-360.
- Katchadarian, (1992). En: Diane, E. E. (1995). Vinculación madre - hijo. Herder, Barcelona. pp. 43 - 68.
- Kaye, K. (1986). La vida mental y social del bebé. Paidós, España. p. p. 45 - 299.
- Kok, G. (1988). En: Alvaro, J.L., Garrido, A., Torregrosa, J.R. (1998). Psicología Social Aplicada. IMPRESA, España. pp. 3-38; 67-79; 85-196; 318 - 408.
- Korner, (1987). En: Craig, G. J. (1997). Desarrollo psicológico. Prentice Hall Hispanoamericana. México. pp. 207 - 210.
- Lamb, M.E. (1981). Developing trust and perceived effectance in infancy. En: Schaffer, H.R. (1985). El mundo social del niño. Visor, España. pp. 83 - 87.
- Latirgue, T. (1991). - compiladora- Latirgue, Teresa (1991). Compiladora. Salud comunitaria: Una Visión Panamericana. UIA. México. pp. 3-7; 16-23; 53-60; 82-105; 135-150; 228-227; 278-289.

- Lemkau, P.V. (1974). Higiene Mental. FCE. México. pp. 96- 129.
- León y cols. (1987). En: Alvaro, J.L., Garrido, A., Torregrosa, J.R. (1998). Psicología Social Aplicada. IMPRESA, España. pp. 3-38; 67-79; 85-196; 318 - 408.
- Ley Pública Federal. (1999). Programa de intervención temprana. A:/proveedo.htm
- Lewin, K. (1947). En: Alvaro, J.L., Garrido, A., Torregrosa, J.R. (1998). Psicología Social Aplicada. IMPRESA, España. pp. 3-38; 67-79; 85-196; 318 - 408.
- Lewin, K., Lippitt, R., & White, R.K. (1939). En: Baron, A. R. y Byrne, D. (1998). Psicología Social. España. Prentice Hall. p.p. 3- 21; 32- 38; 612-614.
- Lézine, I. -(1979). La primera infancia. Gedisa, España. pp. 14-16, 36-56, 81-128.
- MacFarlane, J.A. (1975). Olfaction in the development of social preferences in the human neonate. En: Davidoff, L.L. (1994). Introducción a la Psicología. MxGraw-Hill, México. pp. 424-466.
- Mahler, (1975). En: Alveano, Hernández Jesús (1998). El padre y su ausencia. México. Ed. P. y V. 86 pp.
- Manrique, B. (1999). Hola Familia. [En red]. Disponible en: www.abranpasoalbebé.com
- Marshall, H.R. (1961). En: En: Hurlock, E. B. (1988). Desarrollo del niño. McGraw-Hill, México. pp. 3- 269.
- Martin D.S. y Braine (1966). En: Biehler, R.F. (1983) Introducción al desarrollo del niño. Diana, México. pp. 216- 218
- Matas, S., Mulvey, M. Paone, S., Frias, E. y Tapia, L. (1988). Estimulación temprana de 0 a 36 meses. Hvmánitas, Argentina. 247 pp.
- Matas, S., Mulvey, M. Paone, S., Frias, E. y Tapia, L. (1997). Estimulación temprana de 0 a 36 meses. Hvmánitas, Argentina. 247 pp.
- McCall, R.B., Eichrn, D.H. y Hogarty, P.S. (1977). Transitions in early development. Monographs of the Society for Research in Child Development. 42, No. 3 (Serial No 171). En: Schaffer, H.R. (1989). Interacción y socialización. España. Visor. 246 pp.
- Medellín, C.G. y Tascón, E.C. (1995). Crecimiento y desarrollo del ser humano. Tomo I. Guadalupe TDA, Colombia. p. p. 181 - 188, 359- 361.
- Mireles, R. y Olguín, H. (2000). Cruz Roja Mexicana, delegación Tlalnepantla, Escuela de Enfermería, Carpeta Clínica. 30 pp.

- Moore, V.R. (1995). Evaluación del desarrollo psicomotor. Bibliografía Illingworth, R.S. The development to infant and young children. 7ª edición. 1981. Churchill Livingstone. Ososky, J.D. Handbook of infant Development. Wiley Interscience, 1979. Griffiths, R. The abilities of babies: A study in Mental Measurement. Association of Research in Infant & Child Development. 1986. Rakel, Textbook of Family Practice. 5th edition. WB Saunders Company, 1995.
- Morales, J. F. (1982). En: Alvaro, J.L., Garrido, A., Torregrosa, J.R. (1998). Psicología Social Aplicada. IMPRESA, España. p.p. 3-38; 67-79; 85-196; 318 - 408.
- Moreno, G. (2001). Hacia una teoría comprensiva de la rehabilitación. Email: pmoreno.intersalud es
- Munné, Matamala Federico. (1980). Psicología Social. CEAC, España. p.p.26, 61- 76.
- Murguía, P. (1997). Mi pediatra. [En red]- Disponible en: rmurguia@mipediatra.com.mx
- Nacimiento, J. En: Álvarez, H. F. (200). Estimulación Temprana, Una puerta hacia el futuro. Alfa omega. México. p.p. 11-39.
- Nágera (72): En: Parke, R. D. (1986). El papel del padre. Morata. Madrid. pp. 54 - 109
- Naranjo, C. (1980). Ejercicios y juegos para mi niño de 0 a 3 años. Procep UNICEF. Piedra Santa, Guatemala. 147 pp.
- Papalia, D.E. y Wendkos, O.S. (1988). Psicología. McGrawHill, México. pp. 431- 440, 452 - 453.
- Papalia, D.E. y Wendkos, O.S. (1992). Desarrollo humano. McGrawHill, México. pp. 4-26, 62-76, 86-96, 105-110, 161-170, 178-179.
- Papalia, D.E. y Wendkos, O.S. (1999). Psicología del desarrollo. McGrawHill, México. página 1.
- Parke, R. D. (1986). El papel del padre. Morata. Madrid. pp. 54 - 109.
- Pérez, E. (1999). Rehabilitación neurológica en pacientes. [En red]. Disponible en: andac591@gro1.telmx.net.mx
- Phares J. E. (1996) Psicología Clínica. Métodos, conceptos y práctica. Manual Moderno, México. pp. 99-121.
- Poch, B.S. (1998). Compendio de Musicoterapia. Vol. I. Herder, Barcelona. pp. 145- 169; 202-204; 209.
- Poch, B.S. (1998). Compendio de Musicoterapia. Vol. II. Herder, Barcelona. pp. 611 - 617.
- Pozzi, M. R. (1997). La reanimación neonatal. [En red]. Disponible en: rmurguia@mipediatra.com.mx.

- Quisber, V.L. (1993). Asfisia Perinatal. Revista Mexicana de Puericultura y Pediatría. Noviembre - Diciembre, Vol. 1 (2). pp. 64 - 69.
- Ramírez, C. (2000). En: González, J. F. (2000). El niño de 0 a 3 años. Ser padres en la edad de la Ternura. EDIMAT. España. pp. 5-80.
- Ramírez C. J.F.J. (1992). Cómo potenciar las capacidades de nuestro hijo recién nacido. La estimulación personalizada. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial. España. pp. 39-43.
- Rau, F. L. (79) Desarrollo de la Personalidad. México. Ed. Manual Moderno. pp. 68-150.
- Reese, H. y Lipsitt, L. (1975). Psicología experimental infantil. Trillas, México. pp.17- 51
- Ribes (1975). En: Phares J. E. (1996) Psicología Clínica. Métodos, conceptos y práctica. Manual Moderno, México. pp. 99-121.
- Rodin, J., & Salovey, P. (1989). En: Baron, A. R. y Byrne, D. (1998). Psicología Social. España. Prentice Hall. pp. 3- 21; 32- 38; 612-614
- Rodríguez, A. (1988). Aplicaciones de psicología social. Trillas, México. pp. 13 - 45.
- Rodríguez-Marín (1986). Psicología de la Salud. En: Alvaro, J.L., Garrido, A., Torregrosa, J.R. (1998). Psicología Social Aplicada. IMPRESA, España. pp. 3-38; 67-79; 85-196; 318 - 408.
- Rodríguez-Marín (1995). Psicología de la Salud. En: Alvaro, J.L., Garrido, A., Torregrosa, J.R. (1998). Psicología Social Aplicada. IMPRESA, España. pp. 3-38; 67-79; 85-196; 318 -408.
- Rodríguez-Marín, Pastor y López R. (1993) En: Alvaro, J.L., Garrido, A., Torregrosa, J.R. (1998). Psicología Social Aplicada. IMPRESA, España. pp. 3-38; 67-79; 85-196; 318-408.
- Rodríguez Ortega, G. y Palacios Venegas, J. J. (1992) Algunas consideraciones sobre la psicología de la salud en México. en Urbina, J. (comp.) El psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva. U.N.A.M., México. pp. 473 - 482.
- Rosales, G. (2001) Ponencia presentada en: Diplomado de Intervención temprana en el niño con riesgo y daño neurológico estructurado. E.N.E.P. Iztacala. U.N.A.M. México. pp. 5 - 13, 110 - 151.
- Ruiz, L. M. y Vaquero, C.P. (1984) La importancia de la prevención para el retardo en el desarrollo. UNAM - ENEP Iztacala, México. Tesis de Licenciatura. pp. 5-13,110-151.
- Salinas-Martínez, A y Martínez-Sánchez, C. (1991), En: Latirgue, Teresa (1991). Compiladora. Salud comunitaria: Una Visión Panamericana. UIA. México. pp. 3-7; 16-23; 53-60; 82-105;135-150; 228-227; 278-289.

- Satter, E. (1990). En: Córdova, B.A. y Latirgue, B.T. (1991). En: Latirgue, Teresa (1991). Compiladora. Salud comunitaria: Una Visión Panamericana. UIA. México. pp. 3-7; 16-23; 53-60; 82-105; 135-150; 228-227; 278-289.
- Schaffer, H.R. (1985). El mundo social del niño. Visor, España. pp. 83 - 87.
- Schaffer, R. (1985). Ser madre. Morata, España. pp. 21 - 185.
- Schaffer, R. (1985). En: Poch, B.S. (1998). Compendio de Musicoterapia. Vol. II. Herder, Barcelona. pp. 611 - 617.
- Schaffer, H.R. (1989). Interacción y socialización. Visor, España. 246 pp.
- S.E.P. (1984). Guía para la intervención temprana. México. 254 pág.
- Sherif, M. (1935). En: Baron, A. R. y Byrne, D. (1998). Psicología Social. España. Prentice Hall. pp. 3- 21; 32- 38; 612-614.
- Shonkoff, J. y Hauser-Cram, P. (1987). Early Intervention for disabled infants and their families: A quantitative analysis Pediatrics. En: Guralnick, M. J. (1991) The next decade of research on the effectiveness of early intervention. Exceptional Children. Octubre - Noviembre, pp. 174 - 183.
- Snyder, J.J. (1989). Health psychology and behavioral medicine. New Jersey. Prentice-Hall. En: Gómez del C, E. J. F. (1999). Psicología de la Comunidad. Plaza y Valdés. México. pp. 109-110.
- Soberón, G., Martuscelli, J., Alvarez, M. JM., Frenk, J., y Loria, M. (1988). En: Conference on Medical education and cost-effective health care. Bellagio, Italia. Fundación Rockefeller, marzo 21- 25. En: Durán, G. Li., Becerra, A. J., Torrejón, M. (1991). Psicología y Salud. El proceso de salud - enfermedad y su interrelación con el comportamiento humano. No. 3. p.p. 101- 113. En: Durán, L., Hernández, M., y Becerra, J. (1995). La Formación del Psicólogo y su papel en la Atención Primaria a la Salud. SALUD PUBLICA DE MEXICO. México. 37 (5). Septiembre - Octubre. pp. 462- 471.
- Spiker (1966). En: Pérez, E. (1999). Rehabilitación neurológica en pacientes. [Enred]. Disponible en: andac591@gro1.telmx.net.mx
- Stephenson (1990). En: Alvaro, J.L., Garrido, A., y Torregrosa, J.R. (1998). Psicología Social Aplicada. IMPRESA, España. pp. 3-38; 67-79; 85-196; 318-408.
- Stern, Daniel N. (1997). La constelación materna. Barcelona. Paidós. 247 p.p.
- Stith, Williams y Rosen (1992). En: Castañeda. F. 1993. Prevención primaria al niño. UNAM. Facultad de psicología, México.
- Tanner, J:M. (1970). Physical Growth. En: Biehler,R.F. (1983) Introducción al desarrollo del niño. Diana, México. pp. 216- 218
- Tantermannová, M (1973) Smiling in infants. Child Development. En: Hurlock, E. B. (1988). Desarrollo del niño. McGraw-Hill, México. pp. 3- 269.

- Turner, J. (1986), Enfrentamiento, competencia y cognición. España. Ed. Morata. pp. 22- 49; 111- 129.
- Turiel, E. Enesco, I. Y Linaza J. (1989). El mundo social en la mente infantil. Alianza. Madrid. pp. 21-36.
- UNICEF, (1981). En: Rosales, G. (2001) Ponencia presentada en: Diplomado de Intervención temprana en el niño con riesgo y daño neurológico estructurado. E.N.E.P. Iztacala. U.N.A.M., México. p. p. 5 - 13, 110 - 151.
- Urbina, S. J. (comp.) (1992). El psicólogo. U.N.A.M., México. pp. 595- 606.
- Vera, M. N. y Vila, J. Técnicas de relajación. En: Caballo, V. E. (1991) Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Siglo XXI, España. pp. 161 - 181
- Vizziello, F., Zorzi, D., Botton, M. (1993). Los hijos de las máquinas. Nueva Visión SAIC, Argentina. pp. 216 - 218.
- Vygotsky (1927/1991). El significado histórico de la crisis en Psicología. En: Alvaro, J.L., Garrido, A., y Torregrosa, J.R. (1998). Psicología Social Aplicada. IMPRESA, España. pp. 3-38; 67-79; 85-196; 318-408.
- Whiting y Whiting (1975). En: Turner, Johanna (1986), Enfrentamiento, competencia y cognición. España. Ed. Morata. p. p. 22-49; 111- 129.
- Wilfred Bion, (1963 a, 1967 b) En: Stern, Daniel N. (1997). La constelación maternal. Barcelona. Paidós. 247 p.p.
- Wolery, M. (1991) Instruction in early childhood special education "Seeing through a glass darkly. knowing in part". Excedptional Children. Octubre - noviembre. 64 (1). pp. 99-135.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FES IZTACALA

**EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LA APLICACIÓN DE TECNICAS
DE ESTIMULACION TEMPRANA EN NEONATOS, A TERMINO Y
PREMATUROS, CON HIPOXIA**

**MANUAL DE ESTIMULACION TEMPRANA
De Cero a 52 Semanas (Cero a Un Año de Edad)**

QUE P R E S E N T A

OLGA AMALIA BARQUERA RODRÍGUEZ

ASESORA

MTRA. LETICIA HERNÁNDEZ VALDERRAMA

DICTAMINADORAS

MTRA. LAURA PALOMINO GARIBAY

MTRA. MARTHA ELBA ALARCÓN ARMENDÁRIZ

LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MÉXICO 2003

A

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

1. CARACTERISTICAS GENERALES	
1.1.FICHA TECNICA . . . . .	. 1
1.2. FIN GENERAL . . . . .	. 1
1.3.CRITERIOS DE EVALUACION . . . . .	. 2
1.4.QUIEN LO APLICA . . . . .	. 2
1.5.LUGAR DONDE SE APLICA . . . . .	. 2
1.6.FORMA DE APLICACIÓN . . . . .	. 3
1.7.MATERIAL . . . . .	. 3
2.NORMAS DE APLICACIÓN	
2.1.INSTRUCCIONES GENERALES . . . . .	. 4
MATERIALES PARA NIÑOS DE 0-1 AÑO. . . . .	. 5
HISTORIA DEL DESARROLLO (entrevista). . . . .	. 6
ANEXOS:	
Hoja de registro para los padres. . . . .	. 8
Hoja de seguimiento para el área de Estimulación Temprana. . . . .	. 9
Carnet de "Mamá Canguro" . . . . .	.10
Carnet de Pediatría . . . . .	.11
REFLEJOS	
Tablas de: Reflejos . . . . .	.13
Fotos Reflejos. . . . .	. 14
PRUEBAS DE DESARROLLO DE 0 - 52 SEMANAS	
Tablas de prueba de desarrollo de 0 - 52 semanas . . . . .	.17
RELAJACION MUSCULAR	
Sugerencias para la relajación muscular del bebé. . . . .	.23
Relajación muscular del bebé . . . . .	.25
Bibliografía . . . . .	.31

PROGRAMA MENSUAL DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA		
Programa mensual de 0- 1 año (0 - 52 semanas).	.	.32
Bibliografía	.	.54
AREA DE PERINATOLOGÍA		
Estimulación temprana para el área de perinatología.	.	.55
ENTRENAMIENTO A PADRES		
Entrenamiento a padres para una mejor Estimulación Temprana.	.	.59
Recomendaciones para el desarrollo óptimo (del) de la bebé.	.	.62
Bibliografía	.	.64
LA MUSICA		
La música en la Estimulación Temprana.	.	.65
Bibliografía	.	.67
RELAJACION A LOS PADRES		
La relajación a los padres en la Estimulación Temprana .	.	.68
Bibliografía	.	.72
CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE LA SALUD		
Del Hospital General Tlaine pantla "Valle Ceylan".	.	.73
BIBLIOGRAFIA MANUAL DE ESTIMULACION TEMPRANA .		
BIBLIOGRAFIA MUSICA	.	.74
BIBLIOGRAFIA MÚSICA	.	.76
BIBLIOGRAFIA MÚSICA	.	.89

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PAGINACIÓN DISCONTINUA

I. CARACTERISTICAS GENERALES

1.1. FICHA TECNICA

Nombre: "Manual de Estimulación Temprana" (0 meses - 1 año de edad)

Autora: PSICÓLOGA OLGA AMALIA BARQUERA RODRÍGUEZ.

Administración: Personal - puede ser en sesiones individuales o de grupo.

Duración: De 5 minutos a 30 minutos, según la edad.

Aplicación: Niños de 0 a 1 año de edad de desarrollo. No se entienda como edad gestacional.

Evaluación de: Motriz gruesa; Motriz fina; del Lenguaje; Conducta adaptativa (social).

1.2. FIN GENERAL

La estimulación temprana es necesaria para el desarrollo óptimo del niño, desde su nacimiento.

La evaluación psicológica tendrá como fin medir hasta dónde llega el problema del niño, para elaborar un programa que ayude a obtener un desarrollo óptimo. El tratamiento se dará:

- 1- Bajo condiciones controladas, en las que se diseñará un ambiente especial que facilite las manipulaciones y procedimientos para el tratamiento; contando con la presencia de los padres.
- 2- Habiendo aprendido el padre y la madre las técnicas de estimulación requeridas para el niño, se les dejarán tareas, las que deberán realizar en casa diariamente a una hora determinada.
- 3- Tanto en la clínica como en su casa, el padre y la madre deberán realizar los ejercicios demostrando al niño todo el amor que sienten por su presencia en el hogar.
- 4- En caso de que el bebé tenga un problema de desarrollo, las primeras citas se darán cada semana, espaciándose conforme se vea el adelanto del niño. En el caso de que el bebé se encuentre tanto en la etapa de gestación como en la edad de desarrollo, se le citará cada mes (preferentemente el día que cumple mes de nacido).
- 5- Considerando que la familia es el punto principal para que el niño se desarrolle, se le entregará un calendario de actividades, el cual se mostrará al Psicólogo el día de la cita para enterarse si se aplicó el tratamiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.3. CRITERIOS DE EVALUACION

La estimulación temprana busca promover el desarrollo en las áreas:

1. Personal social: Evalúa las habilidades de relación con otras personas y el medio que le rodea.
2. De comunicación (lenguaje), que evalúa las habilidades de comprensión de lenguaje hablado, la expresión oral, gestos y ademanes.
3. Area básica. Evalúa las coordinaciones motora gruesa y motora fina.

Para construir la escala de evaluación se consultó la obra de (Geseell, Biehler, Cabrera, M. y Sanchez),

1.4. QUIÉN LO APLICA

Cualquier profesional de la salud capacitado por un psicólogo podrá aplicar la técnica de estimulación temprana. Los requisitos que deben reunir los profesionales, además de la capacitación, son: conocer el desarrollo neurológico y evolutivo del niño.

En el caso de que los padres apliquen las técnicas de estimulación, deberán estar asesorados por un psicólogo, el cual diseñará y enseñará el programa que le corresponda al bebé.

1.5. LUGAR DONDE SE APLICA

La estimulación temprana puede aplicarse en:

- 1) En el hospital, en el área de estimulación temprana. Puede ser de manera individual o en grupo donde se integren niños con la misma edad de desarrollo.
- 2) En el hogar del bebé. En los primeros meses de vida se sugiere que la aplicación sea en el hogar.

1.6.FORMA DE APLICACION

El primer recurso es proporcionar al niño actividades de estimulación que impulsen su desarrollo. Los ejercicios de estimulación varían de acuerdo con la etapa de desarrollo, los progresos en sus conductas y las necesidades; asimismo contar con un ambiente que sea tranquilo, con cierto espacio, ventilado, libre de corrientes de aire, con luz natural suficiente (1).

Tanto la madre como el niño deberán estar relajados y tranquilos, mientras se le enseña a la madre el programa, se le sugerirá que acaricie al niño, lo observe y le hable dulcemente; lo anterior es con el fin de que exista una comunicación emocional, visual y táctil.

Para aplicar la estimulación, de preferencia media hora antes de que el niño coma, se le colocará en una superficie suave para que se sienta seguro y se pueda trabajar con comodidad.

1.7.MATERIAL

- 1- Historia del desarrollo (entrevista).
- 2- Hoja de registro para padres.
- 3- Hoja de registro para el área de estimulación temprana.
- 4- Formato carnet: Area pediatría y área mamá canguro.
- 5- Materiales para estimulación.
- 6- Diagnostico del desarrollo 0 - 1 año y reflejos.
- 7- Programa mensual (0 - 1 año) de estimulación temprana.
- 8- Programa para el área de perinatología.
- 9- Entrenamiento a padres para:
 - a) Una mejor estimulación temprana.
 - b) Sugerencias para la relajación muscular del bebé.
 - c) Recomendaciones para el desarrollo óptimo del bebé.
- 10- La música en la Estimulación Temprana
- 11-Relajación para padres en la Estimulación Temprana.

2.NORMAS DE APLICACIÓN

2.1.INSTRUCCIONES GENERALES

- 1- Historia del desarrollo (entrevista)- Como primer punto deberá realizarse la historia del desarrollo del bebé, para conocer los antecedentes prenatales, así como el diagnóstico enviado por el pediatra.
- 2- Diagnostico del desarrollo 0 – 1 año. (0 - 52 semanas)- Después del punto anterior deberá aplicarse individualmente el diagnostico del desarrollo que consiste en :
 - a) Programa mensual de estimulación temprana- De acuerdo al diagnostico se diseñará y enseñará a la persona que acompañe al niño (madre, padre, abuela, etc.) las técnicas para aplicar el programa de estimulación durante un mes.
 - b) Hoja de registro de estimulación temprana- En ésta los padres deberán anotar fecha y hora del programa aplicado al bebé. El cual será mostrado al psicólogo o personal capacitado, en la próxima cita del bebé.
 - c) Ficha de seguimiento- El psicólogo o personal capacitado anotará cada mes los avances del niño, respecto a las áreas social; de lenguaje; de motricidad fina; y de motricidad gruesa.

2.2. MATERIALES PARA NIÑOS DE 0 – 1 AÑO

La figura anexa indica qué materiales se requieren y cuál es el área que se estimula.

MATERIALES PARA NIÑOS DE 0 A 12 MESES
(Gessel, A. (1992))

Edad	MATERIAL	1	2	3	4	5	6	7	8
0-3	Móvil	X							
	Sonaja		X						X
	Brazaletes (cascabeles)		X						
3-6	Cubos (8)			X				X	X
	Caja de zapatos objetos pequeños				X			X	X
	Cojín rodillo reflejo paracaídas					X			
6-9	Espejo	X						X	
	Cubos (4)						X		
	Taza (1)								
	Maraca o sonaja				X				
	Pelota pequeña			X				X	
9-12	Cilindro (gateo)					X		X	
	Latas vacías (20)						X		
	Plato pequeño (10) Hojuelas, pasitas.							X	X

- 1- Visual manual.
- 2- Area auditiva.
- 3- Coordinación visual manual.
- 4- Coordinación viso-manual perceptiva.
- 5- Desarrollo motor.
- 6- Coordinación senso-perceptual.
- 7- Desarrollo social, perceptivo y lenguaje (todos).
- 8- Desarrollo motor fino, lenguaje y creatividad,

M.G.T.

HISTORIA DEL DESARROLLO

ISEM

DATOS FAMILIARES.

Fecha: _____

Nombre del Niño _____ Edad: _____ Sexo: _____ RH _____

Peso al nacer _____ Peso actual _____ Fecha de nacimiento _____

Persona que presenta al niño: Madre, Padre, Otro _____

Nombre de la Madre: _____ Edad _____

Nombre del Padre: _____ Edad _____

Escolaridad (P) _____ (M) _____ Ocupación(P) _____ (M) _____

Estado civil de los padres _____

Domicilio _____ Tel: _____

Remitido por el Dr: _____

1- ¿Asistió con regularidad a revisión médica desde el inicio de su embarazo?
SI NO Por qué _____2- ¿Tuvo algún padecimiento o enfermedad durante el embarazo? SI NO
¿Cuál? _____3- ¿Durante el embarazo tomó algún medicamento recetado por su ginecólogo? SI NO
Cuál _____ Por qué _____4- ¿Durante el embarazo tomó algún medicamento No recetado por su ginecólogo?
SI NOCuál _____
Por qué _____5- ¿Durante el embarazo tuvo (o estuvo en contacto con alguna persona) enfermedad viral
como: Sarampión, Varicela, Viruela, etc. SI NO
¿En qué mes? _____6- ¿Durante el embarazo acostumbraba fumar, tomó bebidas alcoholicas, alguna droga?
SI NO ¿Con qué regularidad? _____7- ¿Cuál fue la alimentación de la madre durante el embarazo? BUENA REGULAR MALA
¿Por qué? _____8- ¿Se planeó el ingreso del niño a la familia? SI NO ¿ambos padres? ¿Ud. Lo decidió?
¿Desde hace cuánto tiempo? _____8- Antes de nacer el niño. ¿Le hablaba cuando estaba en su vientre, le ponía música,
pensaba en él, tenía decidido su nombre, tenía un espacio(en su casa para él)? SI NO
Por qué _____

9- ¿Fue parto natural, se realizó cesárea. Por qué razón _____

10- ¿El niño fue prematuro? SI NO Por cuánto tiempo _____
¿Cuál fue la causa? _____

11- ¿La madre cuida al niño de tiempo completo? SI NO

12- ¿El padre o la madre tienen alguna enfermedad hereditaria? SI NO
¿Cuál? _____

13- ¿El padre fuma, o toma, consume alguna droga? SI NO
Con qué regularidad _____

14- Personas que viven con el niño
NOMBRE PARENTESCO CON EL NIÑO

15- Si tiene otros hermanos, qué lugar ocupa _____

22

PROBLEMA DEL NIÑO

1- Describa brevemente las dificultades del niño

2- Al nacer estuvo dentro de la incubadora? SI NO ¿Cuánto tiempo?
¿Por qué? _____

3- ¿Ha tenido temperaturas de más de 36° de temperatura SI NO
¿Por qué? _____

4- El niño está recibiendo tratamiento médico SI NO
¿Por qué? _____

5- ¿Se le administra algún medicamento recetado por el médico? SI NO
¿Cuál? _____

6- ¿Pertenece a mamá canguro? SI NO

7- ¿Tipo de alimentación del niño? Leche materna, leche de bote, (ambas), papillas,
Otro. _____

RELACION MADRE - PADRE - HIJO

1- ¿Con qué frecuencia su padre/madre, lo acaricia, lo abraza, lo besa, o le da alguna otra
muestra de cariño? SI NO ¿Por qué? _____

2- ¿Duerme en su cuna o con usted y su esposo en su cama? SI NO
¿Por qué? _____

Dx _____

Psic. Olga Amalia Barquera Rodríguez

MAGT

BIBLIOGRAFIA

- Davidoff, L.L. (1994). Introducción a la Psicología. México. MxGraw-Hill. p.p. 431-440.
Gessel, A. (1992). Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. México. Paidós.
Gesell, A y Amatruda, C. (1992) Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del
niño. México. Paidosp. 11-103

ANEXOS

HOJA DE REGISTRO ESTIMULACION TEMPRANA
PARA EL HOGAR

NOTA: En el siguiente cuadro anotar fecha y hora de la tarea. Mes _____

Psic. Olga Amalia Barquera Rodríguez.
2001.

REGISTRO DE
ESTIMULACIÓN TEMPRANA

ISEM

NOMBRE DEL NIÑO (A) _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

EDAD (Primera cita) _____

NOMBRE DE LA MADRE _____

Fecha y hora (cita)																				
Mes cumplido																				
Talla y Peso																				
Motricidad Fina																				
Motricidad Gruesa																				
Lenguaje																				
Personal - Social																				

Comentarios: _____

TESTIS CON
FALLA DE ORDEN
NUC

RECOMENDACIONES

- 1 Acuda a su cita con 10 minutos de anticipación.
- 2 No olvide traer esta tarjeta y conservarla en buen estado.
- 3 No olvide traer la hoja de registro de tareas

Psic. Olga A. Barquera Rodríguez

Psic. Areli A. Oliva Guerrero

ISEM

HOSPITAL GENERAL DE
TLALNEPANTLA

Mamá Canguro

ESTIMULACION TEMPRANA

Nombre: _____

Bebé _____

Dr.(a) _____

RECOMENDACIONES

1. Acuda a su cita con 10 minutos de anticipación.
2. No olvide traer esta tarjeta y conservarla en buen estado.
3. No olvide traer la hoja de registro de tareas

Psic. Olga A. Barquera Rodríguez.

Psic. Areli A. Oliva Guerrero.

ISEM

HOSPITAL GENERAL DE
TLALNEPANTLA

Mamá Canguro

ESTIMULACION TEMPRANA

Nombre: _____

Bebé _____

Dr.(a) _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RECOMENDACIONES

1. Acuda a su cita con 10 minutos de anticipación.
2. No olvide traer esta tarjeta y conservarla en buen estado.
3. No olvide traer la hoja de registro de tareas

Psic. Olga A. Barquera Rodríguez

Psic. Areli A. Oliva Guerrero

ISEM

HOSPITAL GENERAL DE
TLALNEPANTLA

Mamá Canguro

ESTIMULACION TEMPRANA

Nombre: _____

Bebé _____

Dr.(a) _____

RECOMENDACIONES

1. Acuda a su cita con 10 minutos de anticipación
2. No olvide traer esta tarjeta y conservarla en buen estado.
3. No olvide traer la hoja de registro de tareas

Psic. Olga A. Barquera Rodríguez

Psic. Areli A. Oliva Guerrero.

ISEM

HOSPITAL GENERAL DE
TLALNEPANTLA

Mamá Canguro

ESTIMULACION TEMPRANA

Nombre: _____

Bebé _____

Dr.(a) _____

ISEM**RECOMENDACIONES**

1. Acuda a su cita con 10 minutos de anticipación.
2. No olvide traer esta tarjeta y conservarla en buen estado.
3. No olvide traer la hoja de registro de tareas.

Psic. Olga A. Barquera Rodríguez.

Psic. Areli A. Oliva Guerrero.

HOSPITAL GENERAL DE
TLALNEPANTLA

PEDIATRIA

ESTIMULACION TEMPRANA

Nombre: _____

Bebé _____

Dr.(a) _____

RECOMENDACIONES

1. Acuda a su cita con 10 minutos de anticipación.
2. No olvide traer esta tarjeta y conservarla en buen estado.
3. No olvide traer la hoja de registro de tareas.

Psic. Olga A. Barquera Rodríguez.

Psic. Areli A. Oliva Guerrero.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN****ISEM**HOSPITAL GENERAL DE
TLALNEPANTLA

PEDIATRIA

ESTIMULACION TEMPRANA

Nombre: _____

Bebé _____

Dr.(a) _____

ISEM**RECOMENDACIONES**

1. Acuda a su cita con 10 minutos de anticipación.
2. No olvide traer esta tarjeta y conservarla en buen estado.
3. No olvide traer la hoja de registro de tareas.

Psic. Olga A. Barquera Rodríguez

Psic. Areli A. Oliva Guerrero.

HOSPITAL GENERAL DE
TLALNEPANTLA

PEDIATRIA

ESTIMULACION TEMPRANA

Nombre: _____

Bebé _____

Dr.(a) _____

RECOMENDACIONES

1. Acuda a su cita con 10 minutos de anticipación.
2. No olvide traer esta tarjeta y conservarla en buen estado.
3. No olvide traer la hoja de registro de tareas.

Psic. Olga A. Barquera Rodríguez

Psic. Areli A. Oliva Guerrero.

ISEMHOSPITAL GENERAL DE
TLALNEPANTLA

PEDIATRIA

ESTIMULACION TEMPRANA

Nombre: _____

Bebé _____

Dr.(a) _____

REFLEJOS

DIAGNOSTICO DEL DESARROLLO

REFLEJOS

REFLEJOS	ESTIMULO	COMPORTAMIENTO	EDAD APROXIMADA EN QUE DESAPARECEN
Orientación o Hociqueo	Tocar la mejilla derecha o izquierda (con el dedo o pezón)	Gira la cabeza: abre la boca: comienzan los movimientos de succión.	9 meses
Darwiniano o Sujeción	Cotocar un objeto en la palma de su mano	Cierra el puño con fuerza, se le puede levantar si ambos puños están cerrados sujetando un soporte	2 meses
Cuello tónico	En posición de: de cúbito dorsal (sobre su espalda)	Voltea la cabeza hacia un lado; adopta una posición de "esgrimista", extiende brazos y piernas hacia su lado preferido, flexiona los miembros opuestos.	2 meses
Plantar o Babinsky	Se toca ligeramente la planta del pie	Extiende los dedos hacia arriba y hacia fuera. (como un abanico) y encoge el pie.	6 - 9 meses
De retirada	Se estimula la planta del pie Se mueve un objeto frente a la cara	Retira las piernas Mueve las manos	0 - 2
De moro (sobresalto)	En posición de: de cúbito dorsal, se deja caer al bebé o éste oye un ruido alto	Extiende los brazos y las piernas, arquea la espalda, Retira la cabeza y después junta brazos y piernas	3 meses
Caminar	Sostener al bebé de las axilas y con los pies descalzos hacerlo tocar una superficie plana.	Hace movimientos similares a dar pasos que dan la apariencia de caminar con coordinación.	2 meses
Ubicación	Apoyar los talones del niño contra el borde de una superficie plana.	Retira el pie.	1 mes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFLEJOS

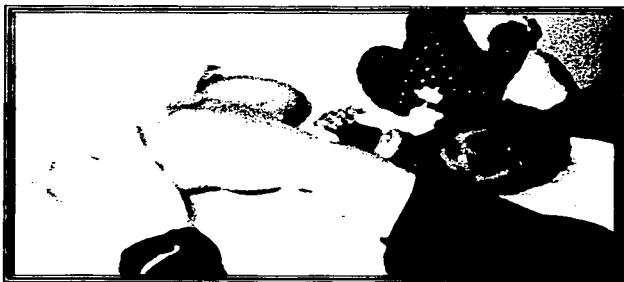
ORIENTACION



SUJECION

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUELLO TONICO



PLANTAR

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



CAMINAR

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

17

**PRUEBA DE DESARROLLO DE
CERVA 52 SEMANAS**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

0 - 3 Semanas

CONDUCTA	MATERIAL	PRUEBA
Adaptativa	Aro colgante	Desplazarlo de un lado al plano medio ¿lo sigue?
Adaptativa	Campana	Hacerla sonar cerca de la oreja ¿atiende al sonido?
Adaptativa	En supinación (boca arriba)	Gira la cabeza a un costado, flexiona brazo y pierna al otro costado. Rueda hacia un costado
Motriz Fina	Sonaja	Acercarle el objeto a su mano ¿Cierra el puño? ¿Suelta el objeto inmediatamente?
Motriz Gruesa	En pronación (boca abajo)	Rota la cabeza apoyándose sobre su mejilla ¿Brazos y piernas flexionadas, con pelvis elevada? Con brazos y piernas flexionadas ¿Extiende y encoge los miembros inferiores en movimientos de arrastre?

1 MES

CONDUCTA	MATERIAL	PRUEBA
Adaptativa	Objeto sonoro (sonaja, etc.)	Presénteselos y hágalos desaparecer ¿los busca?
Adaptativa	Objetos de color (rojo, amarillo, azul)	Los mira con atención
Motriz Fina	1- Aro o pequeños cascabeles	Los sostiene en su mano, la mueve fuertemente.
Motriz Gruesa	En pronación (boca abajo)	Intenta levantar su cabeza

2 MESES

CONDUCTA	MATERIAL	PRUEBA
Adaptativa	Juguete de color (rojo, amarillo, azul)	Muéstrele objetos cerca de sus ojos y muévalos de un lado a otro ¿lo sigue?
Motriz gruesa		En pronación (boca abajo) ¿levanta su cabeza?
Motriz fina	Sonaja	Póngale el juguete en su mano ¿Lo sostiene por corto tiempo?
Personal - social		Sigue con la vista a una persona que se mueve por la habitación

3 MESES

CONDUCTA	MATERIAL	PRUEBA
Adaptativa	Aro colgante Sonaja	Se oscila frente a su rostro de derecha a izquierda. ¿sigue el objeto con la vista? Al tomarlo en su mano ¿lo observa?
Motriz gruesa		En pronación (boca abajo), levanta su cabeza, separando el mentón 7-10 cm del colchón?
Motriz fina	Objetos pequeños	Se les acerca a su mano ¿los presiona con fuerza?
Lenguaje	Hablarle al bebé	Responde con sonidos.
Personal - social		Levanta su mano y se la mira

4 MESES

CONDUCTA	MATERIAL	PRUEBA
Adaptativa	Aro colgante Mordedera	Mira el aro, y enseguida mueve los brazos para alcanzarlo Se le quita el objeto y lo busca. Se le da el juguete, lo sostiene y lo lleva a la boca.
Motriz gruesa		En pronación (boca abajo) piernas extendidas, se apoya sobre sus antebrazos, levanta su cabeza (derecha durante más de un minuto y mira al frente).
Motriz fina		Junta las manos sobre el pecho y juega con sus dedos.
Lenguaje		Comienza a sonreír a la gente cuando alguien se le acerca y le habla (o no le habla)
Personal-social	Cojines	Sostenido (con ayuda) con cojines dura 2 - 3 min.

5 MESES

CONDUCTA	MATERIAL	PRUEBA
Adaptativa	Juguetes Sonaja	Sentado afirmado con cojines. Los juguetes en diferentes posiciones para que los trate de alcanzar. Presentarle un juguete (a 2 ½ cm) (sostenido con estambre), ¿atrapa el juguete?
Motriz gruesa	Cama	En pronación (boca abajo), extiende ambos codos y eleva todo el pecho hasta separarlo del lecho. Acostado boca arriba (en supina) al tomarlo de sus manos ¿intenta sentarse?
Motriz fina	Objetos pequeños Muñeco mediano	Toma los juguetes con fuerza y lo agita. Toma el juguete con ambas manos.
Lenguaje		Chilla, elevando su voz.
Personal - social	Espejo Cobijita	Se le acerca al espejo y sonríe al verse. Al esconderse Ud. ¿El niño lo busca?

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

6 MESES

CONDUCTA	MATERIAL	PRUEBA
Adaptativa	Juguete	Acostado boca arriba (supina) Se le pone el juguete frente a él ¿procura alcanzarlo con las dos manos?
	Mordedera	Se le cae el juguete ¿procura alcanzarlo si está dentro de su campo visual? En posición sentada, ¿se lleva el juguete a la boca?
Motriz gruesa	Juguetes	Sentado con leves apoyos, se le pone objetos a distancia y los trata de alcanzar. Gira desde la posición prona (espaldas) a la supina (abdomen) y retira ambos brazos de abajo del cuerpo. En posición de supina ¿se agarra el pie? Acostado boca arriba (supina) al tomarlo de sus manos ¿intenta sentarse?
Motriz fina	Juguete	Sentado el niño, se le presenta sobre una mesa el juguete (de 2 ½ cm); lo levanta y lo mantiene en el centro de la palma con todos los dedos.
Lenguaje		Emite sonidos para que el niño los imite y los cree. ¿emite sonidos balbuceantes?
Personal - social	Espejo	Se habla a sí mismo cuando está cerca del espejo.

7 MESES

CONDUCTA	MATERIAL	PRUEBA
Adaptativa	Cubos	Se coloca frente a él. Procura alcanzarlo con una sola mano. Pasa el juguete de una mano a otra.
	Sonaja	Sentado, golpea con el juguete la mesa. Sentado, jugando arroja los juguetes.
Motriz gruesa	Superficie dura	En prona(espaldas) Levanta la cabeza como si tratara de sentarse. En supina (boca arriba) gateando se dirige hacia sus juguetes. Permanece sentado, momentáneamente, apoyándose sobre las manos (ésta es en la superficie) Si se le rodea el pecho por debajo de los brazos (frente al examinador). Sostiene gran parte del peso manteniendo el equilibrio (impulsándose con los pies, saltando)
Motriz fina	Juguete pequeño	Lo toma con su mano (moviendo por lo general todo el brazo) Sostiene un objeto y agarra otro.
Lenguaje		Emite sonidos vocales en serie ("a-a-a, o-o-; mam-mam-mam")
Personal - social	Espejo	En supina (espaldas) se mete los dedos del pie en la boca Contempla y palpa su imagen reflejada en el espejo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8 MESES

CONDUCTA	MATERIAL	PRUEBA
Adaptativa	Juguetes	Levanta un juguete pequeño (2 ½ cm) con una mano y después levanta otro con la otra mano sin soltar el primero. Retiene los juguetes durante más de un minuto. Sentado arroja los juguetes. (en el momento del juego).
Motriz gruesa	Superficie dura Cuna Cuchara	Si está cerca de un mueble, en posición de gateo ¿intenta ponerse de pie? En pronación (abdomen), se mueve en círculo cruzando alternativamente los brazos. Se sienta erecto durante un minuto, sin apoyarse en las manos. Con apoyo trata ponerse de pie La toma con ayuda a la hora de comer.
Motriz fina	Juguete o miga	Trata de levantarlo plegando los dedos y acercando a ellos el pulgar.
Lenguaje		Emite un sonido como "da, ba, ca o ga".
Personal - social	Mordedera	Muerde y masca sus juguetes. Trata de alcanzar juguetes que están fuera de su alcance.

9 MESES

CONDUCTA	MATERIAL	PRUEBA
Adaptativa	Cubos	Sentado frente a la mesa. Golpea el juguete que tiene en la mano contra otro que está sobre la mesa.
Motriz gruesa	Superficie dura	Se sienta derecho, por más de 10 min. Se sostiene en un mueble o en el barandal de la cuna sosteniendo todo el peso del cuerpo.
Motriz fina	Juguete pequeño	Lo presiona con la punta de los dedos
Lenguaje		Combina dos sonidos similares (ba-ba, ga-ga, da-da). Imita sonidos respirándolos después de usted (tos, chasquido de lengua, risita, etc.)
Personal - social		Cuando se le llama, reconoce su nombre.

10 MESES

CONDUCTA	MATERIAL	PRUEBA
Adaptativa	Taza y cubos Miga, botón; cubo	Toca con los dedos los cubos dentro de la taza; así mismo juega con ellos. Retiene el cubo con una mano y al mismo tiempo, intenta o agarra, el objeto pequeño con la otra mano.
Motriz gruesa	Superficie dura Mueble, cuna	Se sienta erecto sin apoyarse, por tiempo indefinido Pasa de la posición sentado a la prona (permanece sobre las manos y rodillas. Gatea. Se toma de un mueble o del barandal, ayudándose para pararse de la cuna.
Motriz fina	Juguete pequeño Aro con cuerda	Desde lo alto suelta el juguete. Toma la cuerda con facilidad, y la jala.
Lenguaje		Combina dos sonidos (ma-ma) con intención de referirse a su madre, etc.
Personal - social		Imita actitudes que se le demuestran previamente (palmear las manos, decir adiós con la mano, esconderse)

11 MESES

CONDUCTA	MATERIAL	PRUEBA
Adaptativa	Taza o caja, dados	Ud. Deja caer el objeto (de unos 2 ½ cm) dentro de la taza o caja. ¿El (la) niño (a) lo pone pero sin soltarlo.
Motriz gruesa	Mueble, cuna	Permanece parado ante un mueble o ante el barandal de la cuna.
Motriz fina	Taza o caja, objeto pequeño Botones, bolita de migajón Crayones	(Después de que usted introdujo el juguete) Saca el objeto pequeño de la taza o caja. Empieza a garabatear.
Lenguaje		Aumenta la combinación de sonidos.
Personal - social	Juguete Espejo Cuento	Extiende ante usted el juguete pero no se lo entrega, aun cuando usted se lo pida. Frente a éste trata de agarrar la imagen de un juguete que tiene en la mano. Pasa de tres a cuatro hojas.

12 MESES

CONDUCTA	MATERIAL	PRUEBA
Adaptativa	Taza o caja, dados	Tras una demostración, suelta un cubo dentro de la taza.
Motriz gruesa	Cubos	Apoya un cubo sobre otro sin soltarlo. Puede arrojar la pelota imitativamente. Camina cuando se le sostiene con una sola mano.
Motriz fina	Botella, bolita	Trata de introducir la bolita en la botella. Con la bolita dentro de la botella, Voltea ésta para sacar la bolita.
Lenquaje		Intenta repetir palabras.
Personal - social	Dados Espejo, pelota Vaso	Entrega un juguete cuando se lo piden Sentado frente al espejo, ofrece la pelota a la imagen del espejo. Bebe de su taza o vaso, sin cerramar líquido

PSIC. OLGA AMALIA BARQUERA RODRIGUEZ

RELAJACION MUSCULAR

SUGERENCIAS PARA LA RELAJACIÓN MUSCULAR DEL BEBÉ (5)(6)

OBJETIVO:

Estimular el tono muscular del bebé en: su cuello, piernas, brazos, muñecas, hombros y tronco.

ANTES DE BAÑARLO O CAMBIARLO

- Déjelo con una ropa ligera durante 30 seg. para que juegue con sus pies.
- Acuéstelo boca abajo (mínimo 4 segundos).

DURANTE EL DÍA

- Acuéstelo con el pecho apoyado sobre su vientre mientras usted juega con él.
- Si alguna persona lo carga, lo puede pasar por encima de sus hombros; y mostrarle su entorno.
- La persona que lo cuida puede sentarlo sobre sus rodillas, durante un momento (según la edad será de: un segundo a cinco minutos).

PARA LA APLICACIÓN DE LA RELAJACIÓN MUSCULAR

El masaje de relajación se realizará antes de que empiece a trabajar con el bebé, durante el primer año de vida.

- 1- La estimulación se dará media hora antes de comer o 15 minutos antes de bañarlo.
- 2- El cuarto deberá estar libre de corrientes de aire.
- 3- Antes de empezar la persona que aplicará la relajación tendrá sus manos tibias.
- 4- Colocar una cobija en un lugar firme para que pueda darle la relajación muscular en forma correcta.
- 5- Ponga música suave durante los periodos que esté despierto y cuando lo ejercite.
- 6- La temperatura del cuarto será agradable (25 - 28 grados centígrados).
- 7- Durante el masaje establezca contacto visual y auditivo (mire y platique con el bebé).
- 8- Ponerse crema en sus manos para aplicar una mejor relajación muscular.
- 9- Desvestirá al bebé según las partes que vaya relajando, tapando aquellas en donde lo haya hecho, hasta que quede completamente desnudo.
- 10- La relajación se aplicará desde la cabeza, bajando suavemente por la cara, mejillas, hombros, brazos, pecho, estómago y piernas, al final, a los dedos de los pies.

- 11-Cuando se indique: "Dar golpecitos", significa tocar suavemente; y si se indica "masaje", es mover suavemente los músculos; usando las yemas de los dedos.
- 12-En las áreas pequeñas de tu bebé usa las yemas de los dedos; en las áreas grandes usa los dedos y/o la palma (según el área que esté estimulando).
- 13- El masaje se proporcionará con movimientos suaves y lentos con uno, dos, todos los dedos, o con la palma de la mano según sea el área a estimular.
- 14- Los masajes se darán en la dirección indicada, ejem. De arriba – abajo, de derecha a izquierda, etc.
- 15- Si el bebé cambia de posición deberá esperar a que descanse, y así poder continuar después en el área que se quedó.
- 16-Al finalizar la relajación, ruédelo suavemente de derecha a izquierda, para ejercitar su tronco.

Recuerde que tanto ud como él son importantes, que las caricias (estimulación) y el contacto son importantes para que su bebé pueda desarrollarse de manera óptima.

RELAJACION MUSCULAR DEL BEBÉ

Tanto la madre como el niño deberán estar relajados y tranquilos, de preferencia media hora antes de que el niño coma ó 15 minutos antes de bañarlo; la temperatura del cuarto será agradable y sin corrientes de aire. El bebé estará cubierto con una colcha pequeña, para cubrir aquellas partes del cuerpo que no se les esté dando masaje.

Al bebé se le colocará en una superficie suave y firme para que se sienta seguro y se le pueda relajar con comodidad, se sugiere ponerse crema en las manos antes de realizar el masaje; éste se dará de la cabeza a los dedos de los pies, de acuerdo al programa de trabajo. Mientras se le enseña a la madre el programa se le sugerirá que lo acaricie y lo observe hablándole dulcemente, al mismo tiempo que le realiza los ejercicios al niño, con el fin de que exista una comunicación emocional, visual y táctil.

OBJETIVO:

Estimular tono muscular de cuello, piernas, brazos, muñecas, hombros y tronco.



1- CARA. Se dará masaje empezando desde

Frente- Con las yemas de ambas manos empezando de en medio hacia fuera.

Cejas y párpados, como en la frente.

Nariz- Con las yemas de ambas manos, empezar de arriba hacia abajo.

Oídos- Con las yemas de ambas manos, realizar movimientos circulares suaves.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



2- **CUELLO.** Con ambas manos en el área del cuello(derecho e izquierdo), desde el inicio del cuello hasta el hombro.

HOMBRO- En forma alternada (primero el hombro derecho y después el hombro izquierdo). Se harán movimientos circulares con las yemas de los dedos.



3- **BRAZOS.** Con ambas manos se dará masaje de arriba hacia abajo en cada brazo (primero el derecho y enseguida el izquierdo).

CODOS- Con las yemas de los dedos realizar movimientos circulatorios (primero el derecho y enseguida el izquierdo).

4- **MANOS.** Se moverán suavemente hacia arriba y hacia abajo con cada muñeca. (primero la derecha y enseguida la izquierda) -- Se harán movimientos circulares con cada una de las muñecas (primero la derecha y enseguida la izquierda).

-- Se juntarán los brazos en el pecho; vuelven a su misma posición.

-- Se levantan hacia atrás; volviendo a su misma posición.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



5- PECHO. Dar masaje con ambas manos empezando del final del cuello hacia el estómago.
Después del masaje darle golpecitos en esta área, para una buena relajación.



5- ESTOMAGO. Se dará masaje con la palma de la mano, en movimientos circulares conforme las manecillas del reloj.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



7- PIERNAS. Con ambas manos se dará masaje de arriba hacia abajo en cada pierna (primero la derecha y enseguida la izquierda).



RODILLAS- Con las yemas de los dedos, realizar movimientos circulares – conforme las manecillas del reloj. Primero en la rodilla derecha y enseguida en la izquierda. En seguida, se flexionarán suavemente ambas piernas, llevándolas hasta el vientre.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



8- PIES. Alternadamente.

- a) Se dará masaje en el empeine con las yemas de los dedos (de arriba hacia los dedos).
- b) Se moverán hacia arriba y hacia abajo cada uno de los pies. Tomar, antes con la mano derecha la pierna izquierda; y al terminar se cambia a la otra pierna.
- c) Se harán movimientos circulares en cada pie del niño.

VOLTEAR AL NIÑO BOCA ABAJO



9- ESPALDA. Se realizarán masajes con ambas manos, según la edad del bebé ejemplo: de 0-1 mes con las yemas de los dedos; hasta el año de edad utilizar ambas manos, como sigue:

- a) De arriba abajo.
 - b) Con movimientos circulares de la columna hacia fuera.
- Después del masaje darle golpecitos con las yemas de los dedos para mejor relajación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



10- PIERNAS - Se realizarán masajes con ambas manos - de arriba hacia abajo- Después del masaje darle golpecitos con las yemas de los dedos, para una mejor relajación.

PARA CONCLUIR LA RELAJACIÓN:

TRONCO. Sobre una manta se rodará suavemente hacia la izquierda y hacia la derecha, empezando con dos tiempos.

Después del masaje, darle suavemente golpecitos con la mano enconchada para mejorar la relajación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA
RELAJACION MUSCULAR

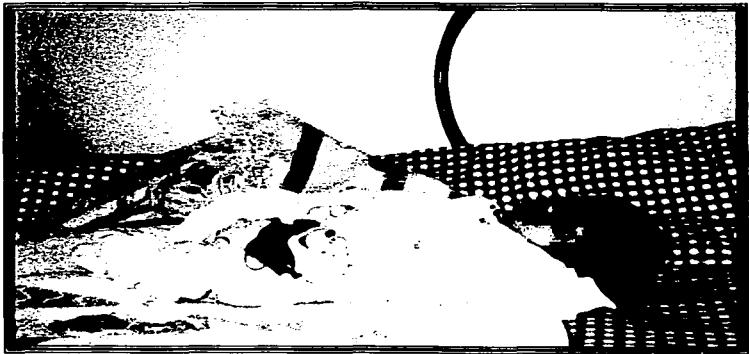
31

García, G.V. (1998) Sugerencias de estimulación para niños de 0 a 2 años. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Coyoacán. México. 60 pp.

Manrique, B. (1999) Hola Familia. www.abranpasoalbebé.com

PROGRAMA MENSUAL

32-1



1 mes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTIMULACION BASICA

0 - 1 mes

ANTES Y DURANTE LAS ACTIVIDADES DEBERA SEGUIR FIELMENTE LO QUE ESTA ESCRITO EN LAS ACTIVIDADES SUGERIDAS EN LA PARTE DE ENTRENAMIENTO A PADRES.

MUSICA #: En todas las áreas se tendrá cuidado de poner la música indicada para mejores resultados. En esta edad la estimulación se aplicará con el casete:
Buenos días - Lado 1

ADAPTATIVA

Estando acostado mostrarle un objeto, desplazándolo del plano medio a un lado (derecha- izquierda). El objeto deberá ser de colores: rojo, amarillo, o azul.
Acostado, agitar la sonaja para que atienda al sonido.

MOTRIZ GRUESA

Estando boca abajo. Hablarle para observar si gira la cabeza a un costado.

MOTRIZ FINA

Acercarle una sonaja a su mano, para que la tome. Darle masaje en el dorso de la mano.

LOGROS DEL BEBÉ

- Gira la cabeza a un costado, flexiona el brazo y pierna al otro costado. (2)
- Sigue el aro colgante de un lado al plano medio (2)
- Cierra el puño al acercarle un objeto(2)
- Atiende al sonido de la sonaja (1)
- Rota la cabeza apoyándose sobre su mejilla (2)
- Extiende y recoge los miembros inferiores, con brazos y piernas flexionadas. (2)

NOTA: En la hoja de registro anotar fecha y hora de la tarea.

1 MES

ANTES Y DURANTE LAS ACTIVIDADES DEBERA SEGUIR FIELMENTE LO QUE ESTA ESCRITO EN LAS ACTIVIDADES SUGERIDAS EN LA PARTE DE ENTRENAMIENTO A PADRES.

MUSICA #: En todas las áreas se tendrá cuidado de poner la música indicada para mejores resultados. En esta edad la estimulación se aplicará con el casete:
Buenos días – Lado 2

ADAPTATIVA

- Preséntele un objeto (no sonoro) para que lo siga. Moviéndolo del plano medio hacia la derecha y a la izquierda.
- Acostado boca arriba. Moverle levemente sus brazos (abriéndolos en forma de cruz, y cerrándolos pegándolos al pecho). Subirlos sobre su cabeza y bajarlos hasta sus extremidades inferiores (piernas)
- Acostado en su cuna: Póngale un móvil (puede hacerlo con pequeños juguetes de diferentes colores).

MOTRIZ GRUESA

- Coloque al niño boca abajo con los brazos apoyados en la superficie y las rodillas de sus piernas apoyadas en la superficie, en posición de gateo.
-
- A partir de la postura anterior mostrarle objetos llamativos para que levante el tórax por algunos momentos (moviéndolo de un lado a otro, al momento que se conversa con él).

MOTRIZ FINA

- Acérquele un objeto sonoro para que la sostenga con su mano. Dándole masaje en el dorso de su mano para que la sostenga por más tiempo.
- Ayúdela a que mueva su sonaja (5)

LENGUAJE

- Repita con él sus vocalizaciones reflejas.
- Háblele para que gire su cabeza hacia el lugar donde ud. esté.

LOGROS DEL BEBE:

- Mira con atención los objetos que se le presentan.(1)
- Reacciona al sonido(6)
- Busca los objetos (presentados y que se hicieron desaparecer) (2)
- Gira su cabeza para buscar a la persona que le habla.(2)
- En pronación, levanta su cabeza (2)
- Mueve su cuerpo cuando se le ejercita. (1)
- Se tranquiliza al escuchar la voz humana (6)
- Emite pequeños sonidos guturales - vocalizaciones reflejas (balbucea) (6).

NOTA: En la hoja de registro anotar fecha y hora de la tarea.

33-1



2 meses

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTES Y DURANTE LAS ACTIVIDADES DEBERA SEGUIR FIELMENTE LO QUE ESTA ESCRITO EN LAS ACTIVIDADES SUGERIDAS EN LA PARTE DE ENTRENAMIENTO A PADRES.

MUSICA #: En todas las áreas se tendrá cuidado de poner la música indicada para mejores resultados. En esta edad la estimulación se aplicará con el casete:
= Diálogo Interno (P.A.R.H., 1975)

ADAPTATIVA

- Acostado en su cuna sobre su espalda (en supina) Colocarle un móvil o un juguete - de colores- amarrado a un cordón; moviéndolo de un lado a otro para que el bebé lo siga con su mirada y agite sus brazos.

MOTRIZ GRUESA

- Coloque al niño boca abajo con los brazos apoyados en la superficie y las rodillas de sus piernas apoyadas en la superficie, en posición de gateo.
- A partir de la postura anterior mostrarle objetos llamativos para que levante el tórax por algunos momentos (moviéndolo de un lado a otro, al momento que se conversa con él).
- Antes de bañarlo póngalo boca abajo (mínimo 3 segundos).

MOTRIZ FINA

- Acostado en su cuna (boca arriba) darle una sonaja o algún juguete pequeño para que lo sostenga en su mano por breve tiempo.
- Si se le cae el juguete, ayudarlo mediante un ligero masaje en el dorso de su mano.

LENGUAJE

- Repita con él sus vocalizaciones reflejas.
- Háblele para que gire su cabeza hacia el lugar donde ud. esté.

PERSONAL - SOCIAL

- Háblele con afecto mientras lo ejercita y está cerca de él.

LOGROS DEL BEBE

- Mira con atención y sigue a las personas y a los objetos.(1)
- Sostiene por corto tiempo los juguetes que se le presentan.(2)
- Acostado boca abajo, levanta su cabeza.
- Emite pequeños sonidos guturales - vocalizaciones reflejas (balbucea) (6).
- Empieza a ver en forma definida y directa (6)
- Sigue con la vista a una persona que se mueve por la habitación(2)
- Reacciona al afecto(1)
- Respuesta facial-social. Sonrisas (6)

NOTA: En la hoja de registro anotar fecha y hora de la tarea.

34-1



3 meses

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3 MESES

ANTES Y DURANTE LAS ACTIVIDADES DEBERA SEGUIR FIELMENTE LO QUE ESTA ESCRITO EN LAS ACTIVIDADES SUGERIDAS EN LA PARTE DE ENTRENAMIENTO A PADRES.

MUSICA #: En todas las áreas se tendrá cuidado de poner la música indicada para mejores resultados. En esta edad la estimulación se aplicará con el casete:

ADAPTATIVA [+YO VI – 1 minuto]

- Acostado boca arriba (en supina) en su cuna, muéstrele juguetes coloridos, y muévalos de un lado a otro para que el niño los siga con su vista.

MOTRIZ GRUESA [+ Rata Vieja– 1 minuto]

- Coloque al niño boca abajo con los brazos apoyados en la superficie y las rodillas de sus piernas apoyadas en la superficie, en posición de gateo.
- A partir de la postura anterior mostrarle objetos llamativos para que alcance el tórax por algunos momentos (moviéndolo de un lado a otro, al momento que se conversa con él).

MOTRIZ FINA [+ Derecha – Izquierda – 1 minuto].

- Colocar una sonaja en su mano y ayúdelo a que mueva su mano de un lado a otro, y la observe.

LENGUAJE [+ El Eco – 2 minutos]

- Hablarle y repetir los sonidos que emita.

PERSONAL – SOCIAL [+ El Gato y el Ratón – 1 minuto]

- Imita las sonrisas que haga el bebé.

LOGROS

- Mira con atención los objetos que se mueven en la línea media. (1) (2) (6)
- Los objetos pequeños, los presiona con fuerza. (2)
- Emite sonidos.(1); Vocalización, cacareo (6)
- Manifiesta sonrisas.(1)

NOTA: En la hoja de registro anotar fecha y hora de la tarea.

35-1



4 meses



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4 MESES

ANTES Y DURANTE LAS ACTIVIDADES DEBERA SEGUIR FIELMENTE LO QUE ESTA ESCRITO EN LAS ACTIVIDADES SUGERIDAS EN LA PARTE DE ENTRENAMIENTO A PADRES.

MUSICA #: En todas las áreas se tendrá cuidado de poner la música indicada para mejores resultados. En esta edad la estimulación se aplicará con el casete:

ADAPTATIVA [+ Derecha - Izquierda - 1 minuto]

A cualquier hora del día. Acostado boca arriba: (1) (5)

- Póngale un juguete colgado de lo alto, invitándolo a que trate de asirlo-sujetarlo.
- Desaparezca el juguete que trató de agarrar para que lo busque.
- Muéstrelle sus manos, acercándose a los ojos, diciéndole: ¡Mira tus manos bebé, mira como se mueven (moviéndole suavemente sus dedos).

MOTRIZ GRUESA [+ Las estatuas de marfil - 1 minuto]

- Moverle las piernas como bicicleta.
- Coloque al niño boca abajo con los brazos apoyados en la superficie y las rodillas de sus piernas apoyadas en la superficie, en posición de gateo.
- A partir de la postura anterior mostrarle objetos llamativos para que alcance el tórax por algunos momentos (moviéndolo de un lado a otro, al momento que se conversa con él).
- Sentar al niño sostenido con cojines: Iniciar la actividad de 2 a 3 minutos, aumentando el tiempo como máximo durante unos 10 minutos. Además de recibir su ayuda y cuidado deberá platicar con él mientras esta en esta posición; puede presentarle algún muñeco o juguete para que lo observe.

MOTRIZ FINA [+ ArramSamSam - 1 minuto].

A cualquier hora del día. Acostado boca arriba: (1) (5)

- Preséntele su sonaja u otro juguete sonoro para que los mueva de un lado a otro.

LENGUAJE

- Repita los sonidos que emite y dígame palabras sencillas y conocidas (papá, mamá, leche, nene, etc).

PERSONAL - SOCIAL [+ El oso y el Osito - 2 minutos]

- Tómelo en brazos (cárguelo): Llévelo a conocer su cuarto y sus objetos personales - nombrando el objeto- (¡Esta es tu cuna!, ¡Sonajal (agitándola),), así mismo al momento que se le muestran llevarle sus manitas para que toque y las sienta.

LOGROS (4 meses)

- Mira el aro, y mueve los brazos para alcanzarlo.(2)
- Al quitarle un objeto lo busca.(2)
- Localiza sonidos.(1)
- En pronación, apoyado en sus antebrazos, levanta su cabeza por más de un minuto y mira al frente. (2)
- Sostiene objetos en sus manos.(1) (2)
- Manifiesta sonrisas. (1)
- Llora elevando su voz (2)
- Comienza a sonreír a la gente cuando alguien se le acerca y le habla (o no le hable) (2)

NOTA: En la hoja de registro anotar fecha y hora de la tarea.

37-1



5 meses

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5 MESES

ANTES Y DURANTE LAS ACTIVIDADES DEBERA SEGUIR FIELMENTE LO QUE ESTA ESCRITO EN LAS ACTIVIDADES SUGERIDAS EN LA PARTE DE ENTRENAMIENTO A PADRES.

MUSICA #: En todas las áreas se tendrá cuidado de poner la música indicada para mejores resultados. En esta edad la estimulación se aplicará con el casete:

ADAPTATIVA [+ Arriba – abajo – 2 minutos]

- Acostado boca arriba. Présentele un objeto sostenido con un estambre, moviéndolo de un lado a otro para que lo observe y trate de atraparlo. (levantando ligeramente la cabeza y el tronco).
- Sentado protegiéndolo con cojines, presentarle juguetes frente a él (cuidando que no se los meta a la boca) para que los alcance y pueda manipularlos.

MOTRIZ GRUESA [+ De parejas – 2 minutos]

- Acostado boca arriba. Ayúdelo a rodar de un lado a otro (2 veces).
- Tómelo de sus manitas, y sosténgale sus piernas (con mucho cuidado, no forzando al bebé) para que vaya haciendo el intento por sentarse (sólo una vez, aumentando el ejercicio según observe usted su adelanto).
- Acostado boca abajo (sobre su abdomen) presentarle un juguete de su preferencia y agíteselo para que levante su tronco e intente atrapar el juguete (3 segundos)
- Sentado afirmado con cojines, frente a él, acérquele juguetes para que trate de alcanzarlos.
- Sentado afirmado con cojines juegue con él a la pelota – rodándosela frente al él para que la alcance y la tome en sus manos.

MOTRIZ FINA [+ Yo soy Yo – 2 minutos]

- Acostado boca arriba o sentado. Presentarle objetos pequeños para que los tome con fuerza.
- Presentarle objetos grandes para que los tome con ambas mano.

LENGUAJE [+ El nidito – 1 minuto]

- Continúe estimulando su lenguaje: hablándole en todo momento, imítelo cuando gorgojea, cuando pronuncie "dadada, o bababa".

PERSONAL- SOCIAL [+ Al paso – 1 minuto]

- Póngalo frente a un espejo (donde observe todo su cuerpo) para que observe el reflejo de su imagen; al momento deberá platicar y señalarle – y con voz suave saludarlo diciendo ¡Hola bebé, yo soy tu mami, y este eres tú! =Si llora con este primer contacto no se preocupe, ya que esto es un buen indicio de que es consciente de su propia imagen, sólo retírelo y en otra ocasión, empiece por presentar su imagen (la de la madre) ante el espejo sin que el no se refleje.

(Jugando usted a las escondidas, diciéndole ¡Hola –saludarlo-, adiós –, retirándose-.

- Juegue a escondidas con el niño: Pregúntele ¿dónde está mamá?; escóndale su juguete y pregúntele: ¿dónde está tu perrito, (muñeco, sonaja, etc.)?

LOGROS (5 meses)

- Se sienta con apoyo. tratando de alcanzar los juguetes que se presentan frente a él (1)(2)
- Mira con atención objetos que se caen.(1)
- Boca abajo, extiende ambos codos y eleva todo el pecho hasta separarlo del lecho.
- Intenta sentarse, respondiendo a la ayuda que recibe.
- Toma los juguetes con fuerza y lo agita (2)
- Toma el juguete con ambas manos (2)
- Repite fonemas (1), balbucea (6).
- Al jugar a escondidas, busca al objeto o a la persona.
- Lloro elevando su voz (2)
- Examina los objetos con los ojos antes de manipularlos (6)
- Sonríe a la imagen en el espejo(6)

NOTA: En la hoja de registro anotar fecha y hora de la tarea.

39-1



6 meses



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTES Y DURANTE LAS ACTIVIDADES DEBERA SEGUIR FIELMENTE LO QUE ESTA ESCRITO EN LAS ACTIVIDADES SUGERIDAS EN LA PARTE DE ENTRENAMIENTO A PADRES.

MUSICA #: En todas las áreas se tendrá cuidado de poner la música indicada para mejores resultados. En esta edad la estimulación se aplicará con el casete:

ADAPTATIVA [+ Mis ojitos - 1 minuto]

- Acostado boca arriba. Muéstrelle un objeto moviéndolo de derecha a izquierda, pero deteniéndose en la línea media, para que procure alcanzarlo con las dos manos.
- Haga que el niño se toque una mano con la otra.
- Ponga una mano a la altura de las rodillas y la otra bajo la cabeza. Siéntelo lentamente.
- Sentado. Afirmado con cojines, presentar juguetes frente a él, en diferentes posiciones para que trate de alcanzarlos y los tome.
- Tener cuidado de que cuando tome un juguete y se lo lleve a la boca, sea de un tamaño que no pueda tragárselo.

MOTRIZ GRUESA [+ Tiritín - 1 minuto]

- Acostado boca abajo: Colocar para que practique el arrastre. Apoyando las palmas de sus manos en las plantas de los pies del bebé para que se impulse.
- Presentarle su juguete favorito para que extienda ambos codos y eleve su pecho para que lo separe del lecho.
- Muévase de derecha a izquierda para que cambie de posición (de boca abajo a boca arriba y viceversa).
- Sentado con leves apoyos: Procure que cuando se le caiga un juguete, él lo busque.
- Al jugar con él ayúdelo para que tome el juguete con las dos manos.
- Manténgalo sentado por más tiempo.
- Cargado sobre sus piernas, tómelo de sus axilas y haga que flexione y extienda las piernas por dos o tres segundos.

MOTRIZ FINA [+ El nidito - 1 minuto.

- Frente a la mesa: Tras una demostración, enseñar al bebé como meter un juguete a una canasta.
- Ponerle un juguete pequeño para que lo tome y lo mantenga en el centro de la palma de la mano.
- Acérquele una cuchara o un cubo para que golpee la mesa y escuche los sonidos.

LENGUAJE. [+ La Campesina – 5 minutos]

- Imitar sus sonidos balbucientes, además de decirle la palabra correcta si quiere leche.
Además de imitar el sonido decirle: si ... mmm, leche. Procurando hacerlo al inicio separando las sílabas y que el bebé le vea el movimiento de los labios. Lee – chee.

PERSONAL SOCIAL [La Campesina – 5 minutos]

Frente al espejo. Presentarse usted – tocando su figura en el espejo-, diciéndole "mira esta es tu mamá"; y a la vez señalándolo "mira este es el bebé, se llama....".

LOGROS (6 meses)

- Sentado afirmado con cojines. Trata de alcanzar los juguetes. (2)
- Al mostrarle un juguete procura alcanzarlo con las dos manos.
- Al tener un objeto en sus manos se lo lleva a la boca
- Trata de sentarse con ayuda.
- Al caer un objeto, trata de sujetarlo. Si éste se encuentra dentro de su campo visual(6).
- Gira desde la posición supina a la prona, y retira ambos brazos de abajo del cuerpo (2)
- Sigue con la mirada los objetos que se desplazan. (1)
- Acostado boca arriba se sujeta su pie (sin zapatos)
- Toma objetos pequeños con fuerza. (1) (2)
- Al tener objetos pequeños en su mano lo mantiene en el centro de la palma de su mano.
- Toma los objetos grandes con fuerza.
- Toma los objetos grandes con ambas manos.
- Repite fonemas.(1) Vocaliza, balbucea (6) (2)
- Emite sonidos balbuceantes (2)
- Al acercarlo al espejo sonríe al verse, al momento que la ve a usted. (6 meses)

NOTA: En la hoja de registro anotar fecha y hora de la tarea.

41-1



7 meses

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7 MESES

ANTES Y DURANTE LAS ACTIVIDADES DEBERA SEGUIR FIELMENTE LO QUE ESTA ESCRITO EN LAS ACTIVIDADES SUGERIDAS EN LA PARTE DE ENTRENAMIENTO A PADRES.

MUSICA #: En todas las áreas se tendrá cuidado de poner la música indicada para mejores resultados. En esta edad la estimulación se aplicará con el casete:

ADAPTATIVA [+ 5 Lobitos – 1 minuto]

- Sentado, colóquele cubos y enséñele a colocar uno sobre otro.
- Sentado, permítale que con su juguete golpee la mesa.
- Sentado en su silla o en su cama, acérquele juguetes para que pueda arrojarlos y los reciba para que siga jugando de esa forma.

MOTRIZ GRUESA [+ Tacatán – 2 minutos y + La Casa de Peña – 35 segundos]

- Siéntelo sin apoyo, unos minutos (cúidelo), pásele juguetes para que los tome con sus manos y juegue *.
- Parado (frente a usted.) rodee su pecho por debajo de sus brazos, muévalo para que se impulse con los pies (saltando).
- Póngalo en el suelo de gatas, mostrándole juguetes frente a él, para que gatee hacia delante.
- Acostado sobre sus espaldas, tómelo de una mano, háblele y muéstrele un objeto para que intente sentarse.

MOTRIZ FINA [+ Las Estrellitas – 1 minuto]

- Sentado, darle un juguete pequeño para que lo tome con su mano.
- Sentado preséntele varios objetos para que pueda tomar uno en cada mano.

LENGUAJE [+ Las vocales – 20 segundos]

- Repítale palabras cortas, en sílabas (pa – pá, ma – má, etc.
- Pásele revistas para que observe las láminas y nombre lo que se encuentra en cada una de ellas.

PERSONAL SOCIAL [+ Andar – andar – 15 segundos]

- Frente al espejo, juegue con él para que se observe. Señalándole y nombrando cada parte de su cuerpo.
- Cuando intente tocar algo peligroso, indíquelo con movimientos de cabeza y con la palabra (no) para que facilite la comprensión.

LOGROS (7 meses)

- Repite acciones con intención.(1)
- Con ayuda pone un cubo sobre otro. (1)
- Sentado golpea con el juguete la mesa (1)
- Permanece sentado sin apoyo. (2)
- En supina, levanta la cabeza como si tratara de sentarse.(2)
- Trata de gatear al mostrarle algún juguete frente a él. (2)
- Sostenido se impulsa con los pies saltando. (2)
- Coger objetos con la mano.(2)
- Pasa un juguete de una mano a otra.(2)
- Repite fonemas, (1), emite sonidos vocálicos polisílabos (laleo) (6),
- Emite sonidos vocales en serie (a-a-a-,o-o; mam-mam-mam) (2)
- Contempla y palpa su imagen reflejada en el espejo. (2)
- Al jugar lanza juguetes frente a él.
- A la indicación del movimiento de la cabeza (no) no intenta tocar el objeto peligroso. (7 meses)

NOTA: En la hoja de registro anotar fecha y hora de la tarea.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

43-1



8 meses

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8 MESES

ANTES Y DURANTE LAS ACTIVIDADES DEBERA SEGUIR FIELMENTE LO QUE ESTA ESCRITO EN LAS ACTIVIDADES SUGERIDAS EN LA PARTE DE ENTRENAMIENTO A PADRES.

MUSICA #: En todas las áreas se tendrá cuidado de poner la música indicada para mejores resultados. En esta edad la estimulación se aplicará con el casete:

ADAPTATIVA [+ Mozita – 1 minuto]

- Sentado en su silla, preséntele cubos, sonajas, objetos de goma, etc; para que los manipule y pueda pasarlos de una mano a otra.

MOTRIZ GRUESA [+ Canción de los animales – 1 minuto]

- A la hora de comer, permítale tomar la cuchara (con su ayuda) para que coma.
- En su cuna, ayúdelo cuando intente ponerse de pie.
- Póngalo en posición de 'gateo' para que se acerque a un mueble e intente ponerse de pie.
- Sentado sin apoyo muéstrelle juguetes frente a él, para que intente alcanzarlos.
- Acostado boca abajo, preséntele juguetes frente a él para que trate de gatear.

MOTRIZ FINA. [+ Sumgali – 1 minuto]

- Sentado en su silla, póngale juguetes pequeños para que los tome utilizando el índice y el pulgar.

LENGUAJE [+ Los pollitos – 15 segundos]

- Platique con él cuando emita sonidos como: da, ba, ca, etc.

PERSONAL SOCIAL. [+ Cuando compres – 30 segundos]

- Cuando juegue con él, pídale los juguetes, señalándolos (pásame la pelota); ayúdelo con su mano dirigiendo el juguete para que se lo dé y agradézcale emitiendo una sonrisa.

LOGROS (8 meses)

- Retiene los juguetes por más de un minuto.(1) (2)
- Con ayuda después de una demostración, da los juguetes cuando se le pide.
- Manipula sus juguetes y los pasa de una mano a otra. (2)
- Trata ponerse en pie con apoyo.(1)
- En pronación se mueve en círculo cruzando alternativamente sus brazos.(2)
- Se sienta erecto durante un minuto sin apoyarse de las manos (2)
- Coge los objetos utilizando el dedo índice y pulgar.(1)
- Repite fonemas combinados, da,la,ca.(1) (6) (2)
- Trata de alcanzar juguetes que están fuera de su alcance (2)
- Manifiesta expresiones de cariño. (1)

NOTA: En la hoja de registro anotar fecha y hora de la tarea. (8 meses)

45-1



9 meses

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9 MESES

ANTES Y DURANTE LAS ACTIVIDADES DEBERA SEGUIR FIELMENTE LO QUE ESTA ESCRITO EN LAS ACTIVIDADES SUGERIDAS EN LA PARTE DE ENTRENAMIENTO A PADRES.

MUSICA #: En todas las áreas se tendrá cuidado de poner la música indicada para mejores resultados. En esta edad la estimulación se aplicará con el casete:

ADAPTATIVA [. Estrellita – 2.5 minutos]

- Sentado en su silla, ponerle sobre la mesa una caja o canasta pequeñas, y juguetes que quepan en la caja o canasta; mostrarle como puede meter esos juguetes, sáquelos de la misma. Ayúdele a que realice la actividad.
- Indíquele que meta y saque los juguetes, al momento que ud. Realiza la acción; decirle: mete al meter el juguete, saca: al momento de sacar el juguete.

MOTRIZ GRUESA [. Pimpom – 3 minutos]

- En su cuna, sentado póngale juguetes (que no le lastimen), lejos de su presencia para que los alcance. Escóndaselos en una cobija pequeña para que los busque.
- Coloque al niño frente al barandal de su cuna para que haga el intento de pararse.
- Tome al niño de la mano e invítelo a caminar (iven, vamos a caminar!)
- Caminando, vaya nombrando los objetos que están en su camino
- Parado, sostenido en algún mueble, (silla o sillón) pedirle que le aviente una pelota (previamente colocada) "aviéntame la pelota".
- Sentado juegue con él a la pelota. (Láncela y que él la devuelva).

MOTRIZ FINA [+ Papas y papas – 1 minuto]

- Para que el niño comience a utilizar los dedos pulgar e índice. Sentado en su silla, frente a la mesa. Ponerle varios objetos o juguetes (pedazos de pan, corchos, cubos, motas de algodón).

LENGUAJE [+ Tengo manita – 1 minuto]

- Nombrar cada uno de los juguetes que le puso para la actividad anterior (ejem. Dado, carro, etc.)
- Cuando él emita sonidos como: ba-da, ga-da, etc. Responderle hablándole despacio y repitiendo las palabras que él trató de decir.

PERSONAL SOCIAL. [. Hoy tengo que decirte Papá – 3 minutos]

- Sentado en su silla, ponerle sobre la mesa un juguete para que pueda golpearlo sobre la mesa.

LOGROS (9 meses)

- Aprende a meter y sacar un objeto de la canasta o caja.
- Sentado frente a la mesa, golpea dos juguetes con las manos.(2)
- Se sienta derecho por más de 10 min. (2)
- Se sostiene de un mueble o en el barandal de la cuna, sosteniendo todo el peso del cuerpo.(2)
- Coge objetos utilizando el pulgar.(1)
- Imita sonidos, sílabas. (1) (2) (6)
- Combina dos sonidos similares (ba-da, ga-ga, da-da)(2)
- Entiende gestos "ven acá". (1) (6)
- Repite la palabra Adiós, después de que la escuchó.(1)
- Responde a su nombre.(1) (2)
- Se alegra con la compañía de padres o familiares.(1)
- Busca objetos escondidos ante su vista.(1)

NOTA: En la hoja de registro anotar fecha y hora de la tarea. (9 meses)

47-1



10 meses

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

10 MESES

ANTES Y DURANTE LAS ACTIVIDADES DEBERA SEGUIR FIELMENTE LO QUE ESTA ESCRITO EN LAS ACTIVIDADES SUGERIDAS EN LA PARTE DE ENTRENAMIENTO A PADRES.

MUSICA #: En todas las áreas se tendrá cuidado de poner la música indicada para mejores resultados. En esta edad la estimulación se aplicará con el casete:

ADAPTATIVA [. Las mañanitas – 5 minutos]

- Siéntelo en su silla, póngale sobre la mesa objetos pequeños, juguetes, caja o canasta pequeña; para que meta los juguetes dentro de éstas.
- En su cuna o cualquier lugar, pasarle telas con diferentes texturas para que las palpe.

MOTRIZ GRUESA [+ Gateando – 1 minuto]

- Tómelo de una mano para que trate de caminar.
- En el piso, ponerlo en posición para que gatee. Colóquele objetos a distancia para que los alcance.
- En su cuna (cerca del barandal), estando sentado, muéstrelle juguetes arriba del barandal para estimularlo a que se levante.
- Juegue con él cerca de un mueble o del barandal de su cuna para que trate de levantarse.

MOTRIZ FINA [+ Abrir – Cerrar – 1 minuto]

- Sentado en su silla póngale cubos para que los arroje (pídale: ¡arrójame los cubos).
- Entréguele juguetes que tengan cuerda para que los jale.
- A la hora de comer, permítale que tome su cuchara (ayúdelo para que se la lleve a la boca, y poco a poco retirele la ayuda para que lo haga por sí mismo). Acérquele un vaso con tapadera para que pueda tomar agua (con su ayuda, retirándole poco a poco la ayuda para que lo haga por sí mismo).

LENGUAJE [+ El martillo – 1 minuto- . La fiesta – 2 minutos]

- Antes de bañarlo o en el cambio de pañal, nombrarle cada una de las partes de su cuerpo.
- Platique con él para que combine sonidos: ma-má, pa-pá, etc.

PERSONAL SOCIAL [. Papas y papas – 1 minuto]

- En la posición anterior, con los cubos o dados, invítele a que haga un tren pequeño o los apile (ponerlos uno sobre el otro)
- Cuando esté jugando, pedirle que le preste el juguete (préstame tu juguete y yo te presto el mío).

LOGROS (10 meses)

- Toca con los dedos los cubos que hay dentro de una taza y juega con ellos.(2)
- Retiene el cubo con una mano y al mismo tiempo intenta o agarra otro objeto con la otra mano.(2)
- Se sienta erecto sin apoyarse, por tiempo indefinido.(2)
- Gatea.
- Se toma de un mueble o barandal, ayudándose de ello, para pararse.
- Camina con apoyo.(1)
- Coge objetos utilizando el pulgar.(1)
- Desde lo alto suelta un juguete (1)
- Toma la cuerda de un juguete con facilidad. (1)
- Realiza la ecolalia da,da / ma,ma. (6)
- Emite dos o más palabras o sonidos (ma-ma). (2)(6)
- Relacionarse con otras personas.(1)
- Imita acciones.(1)
- Imita sonidos..(1)

NOTA: En la hoja de registro anotar fecha y hora de la tarea.



11 meses

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTES Y DURANTE LAS ACTIVIDADES DEBERA SEGUIR FIELMENTE LO QUE ESTA ESCRITO EN LAS ACTIVIDADES SUGERIDAS EN LA PARTE DE ENTRENAMIENTO A PADRES.

MUSICA #: En todas las áreas se tendrá cuidado de poner la música indicada para mejores resultados. En esta edad la estimulación se aplicará con el casete:

ADAPTATIVA. [+ Los colores – 1.5 minutos]

En su silla, frente a la mesa. Darle una caja con dados. Deje caer un juguete (de 2 ½ cm) dentro de la caja para que el niño los deposite (puede lanzarlo igual o empezar a introducirlo con la mano).

MOTRIZ GRUESA [x Si estás feliz – 1 minuto]

- En su cuna, sillón de la sala o silla, platique con él para que permanezca parado.

MOTRIZ FINA [x Rimas – 1 minuto]

- En su silla, póngale crayones o pinturas de agua, y hojas para que "garabatee".
- En su silla, pásele juguetes pequeños o botones (cuidando que no se los meta a la boca), para que los tome con sus dedos pulgar e índice.
- En su silla, acérquele una botella sin tapa, con juguetes que puedan introducirse en la botella, para que realice la acción.

LENGUAJE [. Susanita tiene un ratón – 3 minutos – x Granja – 2 minutos]

- Juegue a que el niño haga imitaciones como: sacar la lengua; repita el sonido ba-ba, etc.; aplauda con sus manos; levante los brazos.
- Respóndale cuando el intente comunicarse.
- Antes de dormir: Nárrle cuentos sencillos (sastrecillo valiente, caperucita roja, etc.)

PERSONAL SOCIAL [/ El viejo MacDonald – 2 minutos- / Te quiero – 2 minutos]

- En su cuna o silla, pásele un cuento o revista para que lo hojee.
- Juegue a las escondidas (tápese con un trapo o escóndase atrás de un mueble) –“dónde está mamá, dónde está el juguete, etc”.
- Frente al espejo permítale que intente asir su imagen (menciónale: ¡ese niño eres tu!, señale el espejo y tóquelo. Así como toque su imagen y dígame: ¡esta es tu mamá!).

LOGROS (11 meses)

- Imita acciones y palabras.(1)
- Permanece parado ante un mueble o el barandal de la cuna (2)
- Sacar un objeto pequeño de la taza o caja, previa demostración.(2)
- Verbaliza sílabas.(1)
- Aumenta la combinación de sonidos (2)
- Juega solo y emite sonidos como si quisiera hablar.(6)
- Reacciona cuando lo llaman por su nombre (6)
- Busca objetos escondidos ante su vista.(1)
- Frente al espejo, trata de sujetar - asir la imagen de un juguete que tiene en la mano.(2)
- Empieza a garabatear.
- Al mostrarle una revista pasa de 3 a 4 hojas observando las láminas.

NOTA: En la hoja de registro anotar fecha y hora de la tarea.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

51-1



12 meses



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

12 MESES

ANTES Y DURANTE LAS ACTIVIDADES DEBERA SEGUIR FIELMENTE LO QUE ESTA ESCRITO EN LAS ACTIVIDADES SUGERIDAS EN LA PARTE DE ENTRENAMIENTO A PADRES.

MUSICA #: En todas las áreas se tendrá cuidado de poner la música indicada para mejores resultados. En esta edad la estimulación se aplicará con el casete:

ADAPTATIVA [x 6 patitos – 2 minutos - / La canción del Arcoiris – 2.5. minutos]

- Sentado frente a la mesa. Tras la demostración de soltar el cubo dentro de la taza. Pídale que realice la misma acción.

MOTRIZ GRUESA [. ¡Oh Susana! - 2 minutos]

- Tras una demostración, pídale que ponga un cubo sobre otro.
- Tómelo de la mano y colóquelo en el sillón, para que se desplace apoyándose.
- De pie, suéltelo por segundos, (retirándose poco a poco) pidiéndole que se acerque a usted.
- Frente a la escalera, ayúdelo a que suba gateando.
- En el piso, ruédele la pelota para que vaya a buscarla, o la arroje.

MOTRIZ FINA [+ Tortillitas – 1 minuto]

- Sentado en su silla, poniéndole juguetes u objetos pequeños, permítale que los tome para que haga una pinza fina con el pulgar e índice) y los sostenga.
- Después de una demostración. Que trate de introducir cuentas pequeñas en una botella con boca pequeña.
- Al introducir las cuentas, que intente sacarlas.

LENGUAJE [. La granja del Tío Juan – 2 minutos]

- Pídale que repita palabras sencillas (papá, mamá, hola, etc.).
- Muéstrole algún libro o cuento, con láminas; para que voltee las hojas; enseñándole ud. los elementos o situaciones (pidiéndole que trate de repetir lo que ud. le dice – casa, carro, cama, etc) ¿Qué es? –señalando ud. la lámina-

PERSONAL SOCIAL [/ La canción del avión – 2 minutos]

- En su silla o cualquier otro lugar, indíquele órdenes sencillas (¡pásame la pelota o el juguete!, etc).
- Cuando esté jugando, pídale que le preste su juguete.
- Sentado en su silla, póngale sobre la mesa un vaso con un poco de agua, para que beba su contenido.

LOGROS (12 meses)

- Colabora en actividades del hogar.(1)
- Tras demostración, suelta un cubo dentro de la taza. (2)
- Apoya un cubo sobre otro sin soltarlo.(2)
- Logra la pinza superior (índice y pulgar).(1)
- Trata de introducir una bolita a la botella (2)
- Voltea la botella, para sacar la bolita que está dentro.(2)
- Trata de arrojar la pelota imitativamente.(2)
- Camina cuando se le sostiene con una mano.(2)
- Al final de este mes intenta dar sus pasos sin apoyo.(1)
- Intenta repetir palabras.(2)
- Emite tres o más palabras.(1)
- Entrega un juguete cuando se lo piden. (6)
- Bebe de su taza o vaso, sin derramar el líquido.(1)

NOTA: En la hoja de registro anotar fecha y hora de la tarea.

BIBLIOGRAFIA

DIAGNOSTICO DE DESARROLLO Y MANUAL DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA
(0 meses – 1 año)

- (1) GARCIA, G.V. (1998) Sugerencias de estimulación para niños de 0 a 2 años. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Coyoacán. México. 60 pp.
- (2) Gesell, A Y Amatruda, C. (1992). Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Paidós, México. pp. 11-103.
- (7) Kaye, K. (1986). La vida mental y social del bebé. Paidós, España. p.p. 45-299.
- (3) Jasso, L. Dr. (1987). Neonatología práctica. Manual Moderno, México. p. p. 357 – 360.
- (4) Manrique, B. (1999) Hola Familia. www.abranpasosalbebé.com
- (5) Matas, S., Mulvey, M., Paone, S., Frias, E. Y Tapia, L. (1997). Estimulación temprana de 0 a 36 meses. Hvmánitas, Argentina. 247 pp.
- (6) Naranjo, C. (1980). Ejercicios y juegos para mi niño de 0 a 3 años. Procep UNICEF. Piedra Santa, Guatemala. 147 pp.
- (8) Papalia, D. E. y Wendkos, O. S. (1999). Psicología del desarrollo. McGrawHill, México. Pág. 1
- (9) Papalia, D.E. y Wendkos, O.S. (1992). Desarrollo humano. McGrawHill, México. pág. 86

MÚSICA

- Carrasco S. B. (2000). Experiencias Musicales para bebés. 2ª edición. (Disco compacto) Diken Lux estudio. México.
- Carrasco S. B. y Benet, M. (2000). Canciones Montessori. Pedagogía para el arte. (Audio cassette). México.
- Las canciones de Barney. (1997). (Audio cassette). Fonivisa. México.
- La gran sorpresa de Barney. (1998). (Audio cassette). Tycoon. México.
- Lo mejor de Tatiana. (1999). (Disco compacto). Cosmos Musical. México.

AREA DE
PERINATOLOGÍA

AREA DE PERINATOLOGIA

ANTES Y DURANTE LAS ACTIVIDADES DEBERA SEGUIR FIELMENTE LO QUE ESTA ESCRITO EN LAS ACTIVIDADES SUGERIDAS EN LA PARTE DE ENTRENAMIENTO A PADRES.

MUSICA #: En todas las áreas se tendrá cuidado de poner la música indicada para mejores resultados. En esta edad la estimulación se aplicará con el casete:
Buenos días – Lado 1 y Lado 2.

MATERIAL:

Tablero de ajedrez (de material ligero).

Sonaja.

Móvil (de figuras pequeñas)

Bolitas de algodón.

Saquitos de arena o rollos de toallas (como apoyo)

ESTIMULACION VISUAL

- 1- Colocar en las paredes de la incubadora o de la cuna imágenes de caras o tableros de ajedrez (dibujadas en cartones) a una distancia de 18 a 23 cm. orientadas hacia los ojos del niño. La posición de las imágenes de caras debe ser en orientación cara a cara con la del niño.
- 2- Colgar un objeto movable por arriba del niño hacia su izquierda o derecha (más que en la línea media) de tal forma que los movimientos circulares queden a una distancia de 18 a 23 cm. de los ojos del niño.
- 3- Mientras se esté acariciando al niño, alimentándolo o ambas cosas quien efectúe las maniobras debe procurar mantener su vista sobre los ojos del neonato, a una distancia de 18 a 23 cm. Debido a que los prematuros y otros neonatos de alto riesgo pueden responder a las caras animadas con una mirada de aversión mayor que los niños de término, los padres o la enfermera pueden necesitar disminuir su animación imitando el comportamiento del niño con el fin de aumentar el contacto ojos a ojos.
- 4- Conforme lo permita el estado médico y el equipo, el niño debe moverse a una posición vertical con el fin de aumentar la apertura de los ojos y su atención.

- 5- Si el estado médico y el equipo lo permiten, el niño debe ser cargado en una posición vertical sobre el hombro de la enfermera o de los padres y paseado por la sala para incrementar su estimulación visual. De ser posible, otra persona debe hablarle o hacerle gestos al niño, o mover lentamente una sonaja a una distancia de 18 a 23 cms, lo que incrementará el desarrollo del control de la cabeza y el seguimiento, así como también brindará la exposición a una gran variedad de estímulos visuales.
- 6- Si el niño se encuentra bajo fototerapia, debe tener sus ojos cubiertos. Aunque la fototerapia continua es útil, deben permitirse periodos de interrupción de 15 minutos cada ocho horas, durante los cuales el niño, en caso de permitirlo, debe colocarse en posición vertical y permitir el contacto ojos a ojos en una orientación cara a cara con quien efectúe la maniobra a una distancia de 18 a 23 cms. La estimulación visual es eficaz cuando el recién nacido está completamente despierto, lo cual se logra moviéndolo a la posición vertical.
- 7- El niño que tiene venoclisis o está inmovilizado, tiene un espacio reducido en el que puede ser movido o cargado. De ser posible, puede colocarse en posición vertical sobre el hombro o en los brazos, y el papá o la mamá dar vueltas a su alrededor; o bien que otra persona le hable, le haga gestos, mueva lentamente un objeto o una sonaja.
- 8- Cuando la cabeza del neonato se encuentra en posición fija debido a que está en asistencia a la ventilación, pueden colocarse las imágenes de las caras o de los tableros de ajedrez en el techo de la incubadora o en cualquier lugar que pueda verlos. De manera similar, los objetos movibles para los niños en ventiladores se colocarán sobre su cabeza.

ESTIMULACION TACTIL

- 1- Mientras se alimenta al niño deben brindársele caricias en todas las partes de su cabeza y cuerpo, esto puede hacerse mientras se le alimenta con biberón o con sonda. Cuando un neonato ha recibido estimulación táctil no agradable (instalación de venoclisis, cirugía, etc.), es necesario que también reciba estimulación placentera para evitar que relacione la estimulación táctil solo con el dolor.

Por tanto debe ponerse especial énfasis en acariciar de manera placentera aquellas zonas que han sufrido la agresión, para evitar de esa forma que el niño rechace las caricias.

- 2- Además del contacto piel a piel, las caricias pueden hacerse con telas de algodón o de estambre, lo que producirá al niño una gran variedad de estímulos táctiles.
- 3- Si el neonato se encuentra dentro de la incubadora con una protección adicional para disminuir el gasto calórico, como una doble pared de acrílico, esta última podrá retirarse para permitir la estimulación táctil.
- 4- Es frecuente que en las unidades de cuidado intensivo neonatal a muchos niños se les alimente mediante sonda. Estos momentos se pueden aprovechar para brindarles actividades de estimulación. Por ejemplo, colocar un chupón en su boca, acariciarle y hablarle en una orientación cara a cara con lo cual el niño establecerá una relación entre succión o sensación de plenitud gástrica y contacto humano placentero. Cuando se incluyen estos elementos en forma sistemática en la alimentación con sonda, el cambio a la lactancia materna o con biberón será más fácil y agradable, tanto para el niño como para los padres.

ESTIMULACION AUDITIVA

- 1- Hablándole al niño mientras se le acaricia, alimenta (mediante sonda o con biberón) y cuando se practica el contacto ojos a ojos. Los neonatos responden más a la voz articulada que a otros sonidos y por lo tanto, la plática o el habla debe integrarse con las otras actividades de estimulación.
- 2- Deben excluirse en lo posible aquellos estímulos auditivos desagradables, como dar una fuerte palmada sobre el techo de la incubadora, cerrar de golpe las ventanillas de la misma, dejar el sistema de succión abierto cuando no se esté usando, incubadora con motor ruidoso, etc.
- 3- Se debe tratar de hablar al niño a través de las portezuelas de la incubadora, ya que los niños no sólo están privados de los sonidos normales de la voz, sino que están expuestos continuamente a ruidos como el del motor de la incubadora o el

flujo de aire presurizado, que no lo estimulan. Al hablarle al niño dentro de la incubadora debe procurarse que sea en forma simultánea a las otras actividades de estimulación.

ESTIMULACION POSTURAL

- 1- Cambiar la posición del niño cada dos horas, a menos que su estado no lo permita. A pesar de esto, aunque no sea posible cambiarlo decúbito supino al ventral o viceversa, puede voltearse la cabeza hacia los distintos lados, así como colocarlos en decúbito lateral teniendo cuidado de evitar la hiperextensión del cuello y la retracción del hombro usando saquitos de arena o rollos de toallas como apoyo.
 - 2- Conforme el estado médico y el equipo lo permitan, debe cargarse y arrullarse al niño. Esto también puede hacerse en algunos casos en los que el niño esté siendo monitorizado.
 - 3- Además de cargarlo y arrullarlo, es posible colocar al niño en posición vertical sobre el hombro de quien esté realizando la maniobra. La estimulación vestibular propioceptiva que se produce al llevar al niño a la posición vertical es un medio eficaz para calmarlo y que también permite aumentar la estimulación visual.
 - 4- Cuando el niño está en incubadora puede sentársele sosteniendo su cabeza mientras se le acaricia, habla, o se mantiene la relación cara a cara.
- (Dr. Luis Jasso, 1987).

ENTRENAMIENTO A PADRES

ENTRENAMIENTO A PADRES PARA UNA MEJOR ESTIMULACION TEMPRANA

Desde la primera entrevista se les sugerirá a las madres y/o padres que presenten a su hijo al área de estimulación temprana, algunas indicaciones para que resulte una buena relación entre el bebé y sus progenitores, así como para que se propicie un correcto desarrollo del el bebé.

ANTES Y DURANTE LAS ACTIVIDADES DEBERA SEGUIR FIELMENTE LO SIGUIENTE:

DESDE LOS CERO HASTA LOS DOCE MESES:

- En la primera relación madre - hijo, en el momento que éste se alimenta deberá hacerse *cara a cara*. Ya que en esta situación las expresiones faciales son importantes para que se presenten las sonrisas, vocalizaciones y expresiones bucales.
- En todo momento deberá hablarle por su nombre y acariciarlo.
- Cántele alguna canción suave y melodiosa.
- Puede ponerle alguna música suave, con el volumen bajo en todo momento.
- Preséntele a las personas cercanas (saluda a..., etc.).
- Cuando esté acostado en su cuna, ponerle una almohada en su cabeza, procurar cambiarlo de posición (boca arriba, de un lado al otro).
- No lo deje acostado ni lo cargue en la misma posición.
- Ponga música suave durante los periodos que esté despierto y cuando lo ejercite.
- Póngale su móvil sobre su cuna para que lo observe.
- Repita cada parte de su cuerpo cuando lo esté ejercitando.
- Repita los sonidos que el niño emita.
- Platique con él cuando esté despierto.
- Festéjele los logros que realice (sonrisa, tarea, etc.). (¡Bravoi - aplaudiendo frente a él-).
- Conversar con él, siempre hablándole por su nombre y con mucho cariño, por ejemplo: (¿Quieres un besito?, ¡Qué feliz soy porque estas a mi lado!; ¡Me encanta verte contento!; ¡Te quiero mucho!, etc).
- Repita cada parte de su cuerpo cuando lo esté ejercitando.
- Tómelo en brazos y juegue con él.

DESDE LOS SEIS MESES.

- Continué con las actividades de los meses anteriores además de:
- Cántele e invente rimas.
- Pídale los brazos.
- Deje que el niño juegue solo, supervisándolo.
- El niño deberá participar en la rutina familiar (comidas, reuniones, etc.).
- Colóquelo cerca de usted para que lo cuide y escuche.
- Juegue a escondidas con el niño, tapándose la cara con un trapo o con las manos (¿dónde está mamá?, etc.)
- En la interacción de juego esperar que el bebé tome su turno y el padre seguir con el que le toca, siempre respetando las reglas.

DESDE LOS SIETE MESES.

- Cuando salga con él de paseo, platíquele lo que vaya viendo (esa es un pájaro, ese es un árbol, etc.).

DESDE LOS OCHO MESES.

- Comparta juegos con el niño (ruede una pelota, golpee un juguete, etc.).
- Antes de bañarlo o cambiarle el pañal permítale que juegue con sus pies y manos.
- Cuando se dirija a él, hablele claramente, pero con cariño. Puede repetir su balbuceo, pero también repita las palabras correctamente.

DESDE LOS NUEVE MESES.

- Llámelo por su nombre, y pídale que nombre a sus padres por su nombre (aunque sea con balbuceos).
- Invítelo para que juegue con otros niños.
- Enséñele a dar besitos en el rostro, aventando besos con su mano.
- En cualquier momento pídale que repita palabras. (carro, mamá, papá).
- Apláúdale con cualquier logro.

DESDE LOS ONCE MESES.

- Llámelo por su nombre, y pídale que nombre a sus padres por su nombre (aunque sea con balbuceos).
- Invítelo a actividades como: dar de comer al perro, a los pájaros, etc.

DESDE LOS DOCE MESES.

- En cualquier momento exprésele cariño a su hijo (acariciándole su cabeza; diciéndole muy bien, que niño tan inteligente) y que el haga lo mismo con usted (tocar su cabeza o le de un beso).
- Llámelo por su nombre, y pídale que nombre a sus padres por su nombre.
- Apláúdale con cualquier logro.
- Invítelo a actividades como: dar de comer al perro, a los pájaros, etc.
- Invítelo a escuchar música y mueva su cuerpo junto con usted.
- Pídale que repita palabras: cuando se le entrega un juguete o reciba cualquier cosa -¡gracias! -
- Empece a sentarlo en su bacínica a la hora que considera ud. que va a orinar o defecar (procure que sea siempre después, de media hora, de cada comida).

RECOMENDACIONES PARA EL DESARROLLO OPTIMO DE LA (DEL) BEBÉ

Los accidentes son problemas que se deben prevenir, es por ello que para proteger al bebé del peligro se deben tomar en cuenta las siguientes recomendaciones.

EN SU CUNA: (5)

- a) No ponerle almohadas.
- b) No colgarle nada sin el cuidado de un adulto.
- c) No dejarlo sólo con su biberón.
- d) No darle juguetes pequeños que se pueda llevar a la boca.

EN SU PERSONA:

- a) No ponerle ropa de peluche, ni de angora.
- b) Cuando lo saque a tomar baños de sol (recetados por su pediatra), tener cuidado de cubrirle sus ojos.
- c) No darie paliativos para que lo acompañen, como: chupón, muñecos, trapo para que pueda chuparse el dedo, etc.
- d) No dejarlo solo en su silla (6)
- e) No permitirle (cuando ya camine), que se acerque a los enchufes, cables de corriente eléctrica, estufa, borde de la escalera. (6)

DIARIAMENTE. (4)

- a) De preferencia el baño deberá ser en la noche (para que descanse y duerma tranquilo).
- b) Tener cuidado con su ombligo, lavándolo en el momento del baño.
- c) Cambiarlo de ropa cada vez que lo requiera, durante el día.
- d) La ropa de cama (sábanas, cobijas)
- e) Su cuarto tendrá una temperatura agradable, más o menos de 25* centígrados.

ASISTENCIA MEDICA

- a) Si su aspecto en cara y uñas es azulado (cianótico). (1)
- b) Problemas respiratorios.(2)
- c) Temperaturas: altas de más de 37.5*. (1)
- d) Exceso de flatulencias durante más de un día .(2)

- e) Estreñimiento de más de un día. (2)
- f) Vómito (no confundir con regurgitación, la cual es una expulsión leve de leche por la boca). (3)
- g) Revisar su tono muscular. (ni muy rígido, ni muy laxo). (1)
- h) Al estar acostado: Si presenta movimientos de extremidades superiores o inferiores <convulsiones> (en una o varias extremidades, que va de una a otra sin orden establecido). (7)

NO OLVIDAR

(4)

- a) Iniciar su estimulación con los masajes que se han dado desde el primer mes de nacido.
- b) Tener el contacto cara-cara para que el (la) bebé se inicie en la relación madre-hijo y en la socialización.
- c) Llevar al bebé (niño o niña), a revisión médica, por lo menos durante el primer año de vida.
- d) Presentarse a Estimulación Temprana el día y hora señalado.

Psic. Olga A. Barquera Rodríguez

BIBLIOGRAFIA

RECOMENDACIONES

- (1) Amaro, H.L. y Huerta, R.L. (1999). Inmunomodulación en la práctica pediátrica. Rev.Méx. de Puericultura y Pediatría: Vol. 7 (38): 38-49.
- (2) Bernal, S.F. (1995). Constipación. JGH editores, México. p. p. 3-8
- (3) Fuentes, B. C. y Rodríguez, V. H. (1998). Frecuencia de reflujo gastroesofágico silencioso en niños con enfermedades recurrente de vías respiratorias inferiores. Bol.Med.Hosp.Infant. Vol.55 (5): 251-256.
- (7) Hoyos, A. (1993). Pautas de recién nacidos. Celsus, Colombia. p. p. 164-165.
- (6) Kaye, K. (1986). La vida mental y social del bebé. Paidós, España. p. p. 45-299.
- (4) Manrique, B. (1999) Hola Familia [En red] Disponible: www.abranpasoalbebé.com
- (5) Medellín, C. G. y Tascón, E.C. (1995). Crecimiento y desarrollo del ser humano. Tomo I. Guadalupe TDA, Colombia. p. p. 181-188, 359-362

LA MÚSICA

LA MUSICA EN LA ESTIMULACION TEMPRANA

65-1

El trabajo de los psicólogos y los padres en la Estimulación Temprana, no sólo se enfoca al hecho de propiciar estímulos táctiles al bebé, sino que es necesario reducirle el nivel de molestia que pueda tener en ese momento; para ello la interacción cara a cara con la madre es importante; Brody, Zelazo y Chaika (1980) (en: Poch, 1998) afirman que la vida del recién nacido no sólo es limpieza y cuidado, pero si a ello se involucra el afecto de la madre en el primer momento, ayudará a obtener un buen desarrollo. Por su parte Schaffer, (1985) (en: Compendio de Musicoterapia, 1985), indica que el que se le proporcione al bebé una estimulación en la que se le cante o que escuche una música suave, ayuda a su desarrollo. Por su parte Poch, (1998), afirma que la música modifica el estado de ánimo del recién nacido.

La música es considerada por Poch, (1998), como otro factor que ayudará al bebé en las primeras semanas. 1) Emocionalmente - al escuchar canciones de cuna; 2) Fisiológicamente - Incluyendo en la Estimulación Temprana música de fondo; 3) Cognitivamente - Ayuda a la estimulación sensorial con apoyo de la música. La Developmental Music Therapia (La musicoterapia para el desarrollo) establece que el trabajo que realiza la estimulación temprana incluyendo la música ayuda a las siguientes áreas: "del comportamiento, comunicación, socialización y conocimientos académicos" (pág.160).

Incluyendo al amor de la madre, la música, se considera que desde los dos primeros días, el niño puede diferenciar la música del ruido; en el segundo día, el escuchar un sonido sonoro y prolongado tranquiliza al bebé; asimismo prefiere la voz materna y la música; al cuarto día, indica Brody, Zelazo y Chaika (1980) (en: Poch, 1998, página 204) "el niño puede recordar diversos aspectos del lenguaje y es capaz de discriminar entre lo escuchado previamente y palabras nuevas"

En la estimulación precoz, aunados a los masajes, las actividades que los padres pueden llevar a cabo son:

- Canciones de cuna- Demostrando afecto y el lenguaje que se le presente.
- Para expresar amor, rodeándole de melodías emotivas con música instrumental; si le cantan, la voz será suave como una caricia.
- Al momento de arrullarlo para que se duerma. Acompañando con música el balanceo suave, ayudará a que se relaje y pueda dormir.
- Acostado en su cuna estimulándolo siguiendo las melodías como: vales, música de ballet, cuentos infantiles.
- Interacción- Con melodías 'jocosas' que inviten al niño a reír. Se estimula al niño mirándolo a los ojos "mientras el dedo índice del adulto se mueve en espiral rozando la palma de la mano" Brody, Zelazo y Chaika (1980) (en: Poch, 1998, página 204), este roce le produce risa.
- Para la estimulación física - En el niño ayuda a su desarrollo, facilitado por el adulto con masajes al ritmo de la música.
- En la estimulación sensorial- Considerando que el recién nacido puede escuchar, pero no es lo mismo con la visión; ésta se estimulará acercándole objetos móviles musicales de colores vivos.

EN EL NIÑO PREMATURO.

La utilización de la música en el área de perinatología es indispensable, ya que al separar a los bebés de su madre y privarlos del contacto físico, en algunos casos, al carecer del entorno estimulante que sentían en el útero puede provocar en estos niños algún retraso. La música y el acercamiento verbal, puede ser utilizada en algún momento como muestra de afecto, ayudando al bebé a disminuir la ansiedad, a aumentar su apetito y peso; acortando la estancia en el hospital.

BIBLIOGRAFÍA

LA MUSICA EN LA ESTIMULACION TEMPRANA

- Brody, Zelazo y Chaika, (1980). En: Poch, B. S. (1998). Compendio de Musicoterapia Vol.II. Barcelona. Herder. pág. 613 - 617.
- Poch, B. S. (1998). Compendio de Musicoterapia Vol.I. Barcelona. Herder. p.p.145-160; 202 - 204; 209.
- Poch, B.S.(1998). Compendio de Musicoterapia Vol.II. Barcelona. Herder. p.p. 613-617
- Schaffer, R. (1985). En: Poch, B. S. (1998). Compendio de Musicoterapia Vol.I. Barcelona. Herder. p.p.145- 160; 202 - 204; 209

RELAJACIÓN A LOS PADRES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LA RELAJACION A LOS PADRES EN LA ESTIMULACION TEMPRANA

Ser madre o padre implica nuevas experiencias, que pueden ser enfrentadas positivamente o, en caso contrario, provocar estrés no permitirá obtener una relación óptima entre el niño y sus padres. En el caso de la madre, un problema que puede presentarse es la dificultad de amamantar a su bebé; para ambos el crecimiento de su bebé, las enfermedades que pueda padecer el niño, y el dotarlo de una estabilidad económica puede generar en ambos ansiedad o estrés.

Carbello, Casas y Romero (2000), señalan que, durante el crecimiento y desarrollo, las personas están continuamente relacionadas con muchas formas de ansiedad y tensión, por lo que se encuentran indicadas en ellas muchas alteraciones de la salud como el insomnio, la hipertensión, el dolor de cabeza, la ansiedad flotante, la tensión en general, situaciones de estrés y todas las formas en las que se necesita control sobre sí mismo. Para atender estos problemas el psicólogo utiliza técnicas de relajación, conforman un acervo de procedimientos de intervención que son útiles tanto en el ámbito de la psicología clínica como en la aplicada y de la salud.

Vera y Vila (en Caballo, 1991), afirman que la relajación es estrictamente un proceso psicofisiológico de carácter interactivo, en el que los aspectos fisiológico y psicológico interactúan como partes integrantes del proceso; en la activación fisiológica se propone la alternativa teórica que considera a la emoción como el producto de una retroalimentación aferente de patrones corporales específicos. Desde dicha perspectiva la activación fisiológica contribuiría tanto a la intensidad como a la cualidad emocional, por lo tanto la relajación puede ser entendida como un estado específico caracterizado por un patrón de activación fisiológica distinto u opuesto al de las emociones.

Dentro de los procesos motivacionales, actualmente se conceptualiza al estrés como la respuesta biológica ante situaciones percibidas y valoradas como amenazantes, ante las que el organismo no tiene recursos para enfrentarlas adecuadamente. Este modo de comprender el estrés pone de manifiesto la trascendencia de dos variables psicológicas mediadoras: la valoración cognitiva de la situación y la capacidad para hacerle frente.

Se considera la relajación como una respuesta biológicamente opuesta a la respuesta de estrés que puede ser aprendida y convertirse en un importante recurso

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

para contrarrestar sus efectos; empleando diferentes procedimientos, por ejemplo, en la relajación progresiva de Jacobson, el principal mecanismo de aprendizaje podría ser la discriminación perceptiva de los niveles de tensión EMG en cada grupo muscular a través de los ejercicios sistemáticos de tensión - distensión.

CARACTERISTICAS DE LA TECNICA

La técnica de relajación muscular progresiva, que elabora Jacobson, como indican Vera y Vila, es el método de uso cotidiano en la práctica clínica. Delgado (1983), refiere que Jacobson define su método como: "una reducción progresiva y voluntaria de la contracción, tono o actividad de los músculos y del sistema nervioso motor correspondiente" (pág. 149). por último precisa tres tipos de relajación:

1. Relajación local: Cuando se limita a un grupo específico y determinado de músculos.
2. Relajación general: Cuando el proceso involucra a todos los músculos del cuerpo.
3. Relajación diferencial: Cuando se logra el mínimo de tensión en un grupo determinado de músculos, para ejecutar una función específica manteniendo relajados los otros grupos musculares.

A partir de la relajación local, el sujeto se entrena progresivamente en la relajación de los distintos grupos de músculos para llegar, por medio del entrenamiento diario, a un hábito de reposo que se automatiza como conducta corporal.

Delgado (1983), recomienda que para un buen resultado en la relajación muscular se observen los siguientes aspectos:

- a) Procurar que el entrenamiento se efectuó en un sitio tranquilo, con casi ninguna o ninguna interferencia de ruido externo y con luz moderada e indirecta.
- b) Emplear un diván o una cama para relajación en decúbito, pero es posible emplear una butaca en las sesiones sin que afecte los resultados.
- c) El terapeuta se colocará en un sitio donde no incomode al individuo.
- d) Se explicará a éste que es la relajación muscular.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- e) Eliminar objetos que puedan afectar la relajación como: anteojos, lentes de contacto; deberá aflojarse la ropa, el cinturón y los zapatos para que el paciente esté confortable.
- f) La voz del terapeuta debe ser suave, tranquila y monótona.
- g) Aclarar que el paciente no perderá el control de sí mismo con el avance de la relajación.
- h) Explicar al paciente que aprenderá un recurso que podrá poner en práctica cuando lo requiera. Es conveniente estudiar con el paciente en qué momentos puede servirle la relajación.
- i) La relajación deberá ser con un promedio del 75% de tensión como máximo, pues lo importante es provocar la sensación de tensión muscular previa a la relajación.

Buela-Casal y Caballo (1991), refieren que, en términos generales la relajación puede favorecer el estado de ánimo. Este puede influir considerablemente el proceso de la información y la memoria. En esta línea de razonamiento la relajación puede influir sobre la tensión arterial a través de un mejor estado de ánimo.

El éxito de la relajación no depende de que el terapeuta sea muy bueno con la técnica sino que sea muy bueno motivando y asegurándose de que el paciente aprenda a: 1) reconocer y relajar la tensión muscular, 2) practicar diariamente en casa, 3) aplicar la relajación en su vida cotidiana y ante situaciones estresantes específicas, y 4) convertirla en un hábito.

La persona deberá: 1) Identificar diariamente la tensión durante las actividades cotidianas. 2) Utilizar la identificación de tensión como "señal" para aflojar los músculos y relajados. 3) Practicar esto hasta que llegue a convertirse en un hábito, y por tanto, en un proceso automático. La relajación progresiva facilitará al paciente reducir la tensión producida previamente.

El paciente deberá comprometerse a trabajar en su casa los ejercicios que aprenda en las sesiones, como rutina diaria y única forma para alcanzar la destreza en el método de relajación (Hewitt, 1986).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Después de haber trabajado con el bebé en la sesión grupal, se utilizará la técnica de Tensión – Distensión de los músculos; ésta incluirá un fondo musical tranquilo (que pase desapercibido). Como sigue:

- Se les pedirá que eviten cruzar sus brazos y piernas.
- Realizarán tres inhalaciones por la nariz y posteriormente exhalar el aire por la boca (pausadamente). Enseguida, indicarles que continúen respirando a su propio ritmo.
- Se seguirán relajando, empezando por los pies. Indicándoles que al inhalar tensen los músculos (se cuenta del 1 al 4) y al exhalar se relajan (se cuenta del 1 al 4) .
- Se va subiendo por las piernas, vientre, tronco, brazos y manos (cerrando y abriendo los puños), hombros y cuello, mandíbula, boca, nariz, párpados y frente.
- En ese estado indicarle que continúe respirando a su propio ritmo. Sugiriendo con palabras el acercamiento a su bebé con amor y que disfruten esa relación que se produce.

Después de unos minutos en los que acariciarán y platicarán con su bebé, se les indicará:

- Respiren profundamente, y después de un gran bostezo lentamente y al ritmo de cada padre - madre se levanten y acaricien nuevamente a su bebé.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS
LA RELAJACION A LOS PADRES

- Buela - Casal, G. y Caballo, E. V. (1991) Manual de psicología clínica aplicada. Siglo XXI, México. p. p. 439 - 444.
- Carabelo, B., Casas, F. y Romero, M. (2000). La relajación como hábito de salud en niños y jóvenes. [Enred]. Disponible, en: www.geocities.com/HotSprings/3046/relajación.htm
- Delgado, F. (1983) La terapia de conducta y sus aplicaciones clínicas. Trillas, México. p. p. 144 - 155.
- Hewitt, J. (1986). Aprende tú solo: RELAJACION. Pirámide, Madrid.
- Jacobson, E. (1929) Relajación progresiva. En: Hewitt, J. (1986). Aprende tú solo: RELAJACION. Pirámide, Madrid.
- Vera, M. N. y Vila, J. Técnicas de relajación. En: Caballo, V. E. (1991) Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Siglo XXI, España. p. p. 161 - 181

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
CAMPUS IZTACALA

PROGRAMA DE CAPACITACION
PARA EL PERSONAL DEL
HOSPITAL GENERAL "VALLE CEYLAN"

Psic. Olga Amalia Barquera Rodríguez.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL
HOSPITAL GENERAL "VALLE CEYLAN"

OBJETIVOS

- Identificar conceptos teóricos básicos de estimulación temprana.
- Obtener conocimientos prácticos a partir de los cuales se podrá aplicar la estimulación temprana a los niños a su cargo.

DIRIGIDO A:

Enfermeras y personal de salud interesados en la Estimulación Temprana.

DURACION:

De 10 a 15 hrs.

METODOLOGIA:

Materiales audiovisuales (como apoyo didáctico).

NUMERO DE PARTICIPANTES:

El curso constará de 15 a 20 participantes.

TEMATICA DEL CURSO

1. Antecedentes Históricos
2. Areas de desarrollo:
Adaptativa, motriz gruesa, motriz fina, de lenguaje, social.
3. Areas de atención dentro del hospital:
Perinatología, pediatría, mamá canguro.
4. Aplicación del diagnóstico de desarrollo.
5. Formas básicas de aplicación.
6. La Importancia De La Participación Madre - Padre
7. Seguimiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

MANUAL DE ESTIMULACION TEMPRANA

- Amaro, H.L. y Huerta, R.L. Inmunomodulación en la práctica pediátrica. Rev. Méx. De Puericultura y Pediatría. 1999. 7 (38) 38 -49.
- Bernal, S.F. (1195). Constipación. JGH editores, México. p. p. 3 - 8.
- Brody, Zelazo y Chaika (1980). En. Poch, B.S. (1998). Compendio de Musicoterapia. Vol. II. Herder, Barcelona. p. p. 611 - 617.
- Buela - Casal, G. y Caballo, E. V. (1991) Manual de psicología clínica aplicada. Siglo XXI, México. p. p. 439 - 444.
- Carabelo, B., Casas, F. y Romero, M. (2000). La relajación como hábito de salud en niños y jóvenes. [Enred]. Disponible en: www.geocities.com/HotSprings/3046/relajacion.htm
- Delgado, F. (1983) La terapia de conducta y sus aplicaciones clínicas. Trillas, México. p. p. 144 - 155.
- Fuentes, B.C. y Rodríguez, V.H. (1998). Frecuencia de reflujo gastroesofágico silencioso en niños con enfermedades recurrentes de vías respiratorias inferiores. Boletín médico. Hospital Infantil. Vol. 55 (5); 251 - 256.
- García, G.V. (1998) Sugerencias de estimulación para niños de 0 a 2 años. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Coyoacán. México. 60 pp.
- Gessel, A. (1992). Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Paidós, México. 203 pp.
- Hewitt, J. (1986). Aprende tú solo: RELAJACION. Pirámide, Madrid. p.p. 25 - 30.
- Hoyos, A. (1993). Pautas de recién nacidos. Celsus, Colombia. p.p. 164 - 165.
- Jacobson, E. (1929) Relajación progresiva. En: Hewitt, J. (1986). Aprende tú solo: RELAJACION. Pirámide, Madrid.
- Jasso, L. (1987) Neonatología práctica. Manual Moderno, México. p. p. 357-360.
- Kaye, K. (1986). La vida mental y social del bebé. Paidos, España. p. p. 45 - 299
- Manrique, B. (1999). Hola Familia. [En red]. Disponible en: www.abranpasosalbebé.com
- Matas, S., Mulvey, M. Paone, S., Frias, E. y Tapia, L. (1997). Estimulación temprana de 0 a 36 meses. Hvmantitas, Argentina. p. p. 247.
- Medellín, C.G. y Tascón, E.C. (1995). Crecimiento y desarrollo del ser humano. Tomo I. Guadalupe TDA, Colombia. p. p. 181 - 188, 359- 361.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Naranjo, C. (1980). Ejercicios y juegos para mi niño de 0 a 3 años. Procep UNICEF. Piedra Santa, Guatemala. 147 pp.

75

Papalia, D.E. y Wendkos, O.S. (1999). Psicología del desarrollo. MxGrawHill, México. Pág. 1.

Poch, B.S. (1998). Compendio de Musicoterapia. Vol. I. Herder, Barcelona. p. p. 145-169; 202-204; 209.

Poch, B.S. (1998). Compendio de Musicoterapia. Vol. II. Herder, Barcelona. p.p. 611 - 617.

Vera, M. N. y Vila, J. Técnicas de relajación. En: Caballo, V. E. (1991) Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Siglo XXI, España. p.p. 161 - 181

MÚSICA

- Carrasco S. B. (2000). Experiencias Musicales para bebés. 2ª edición. (Disco compacto) Diken Lux estudio. México.
- Carrasco S. B. y Benet, M. (2000). Canciones Montessori. Pedagogía para el arte. (Audio cassette). México.
- Las canciones de Barney. (1997). (Audio cassette). Fonivisa. México.
- La gran sorpresa de Barney. (1998). (Audio cassette). Tycoon. México.
- Lo mejor de Tatiana. (1999). (Disco compacto). Cosmos Musical. México.