



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DETECCION DE RIESGO E INTERVENCION EN LAS  
ALTERACIONES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR  
DEL NIÑO LACTANTE DE ESTANCIA DE BIENESTAR  
Y DESARROLLO INFANTIL

**R E P O R T E   L A B O R A L**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**L I C E N C I A D O   E N   P S I C O L O G I A**  
P R E S E N T A :  
**M A . E L B A P E R A L T A P E R E G R I N O**



FACULTAD  
DE PSICOLOGÍA

DIRECTORA DEL REPORTE: LIC. MIREIA LOPEZ-ARCE CORIA

MEXICO, D. F.

OCTUBRE 2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Ma. Elba  
Pealza Pineda

FECHA: 18-10-04

FIRMA: [Firma manuscrita]

A mi esposo con amor y agradecimiento por su apoyo constante en la realización de este trabajo y en todo momento en que lo he necesitado.

A mis hijas Sandra y Tania con todo mi amor pues son el motor de mi vida.

A mis padres con amor por todo lo que me han dado.

Con cariño para mis hermanos y sobrinos.

## INDICE

INTRODUCCION.....	3
<b>CONTEXTO LABORAL</b>	
- Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil.....	5
Antecedentes.....	5
- Estructura de las Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil.....	8
- Funciones del departamento de psicología.....	9
- Organigrama de Estancia de Bienestar y Desarrollo infantil.....	13
<b>MARCO TEORICO</b>	
DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO.....	14
Enfoques del desarrollo psicológico.....	14
- Enfoque psicodinámico.....	15
- Enfoque psicogenético.....	20
- Enfoque biológico madurativo.....	25
Neurodesarrollo.....	28
Secuencias del desarrollo.....	31
TRASTORNOS DEL DESARROLLO INFANTIL.....	35
Etiología.....	36
Cuadros clínicos.....	42
Detección de trastornos en el desarrollo.....	56
Escala de Desarrollo Psicomotor Brunet Lezine.....	59
ESTIMULACIÓN TEMPRANA.....	64
Breve reseña histórica.....	64

Definición de estimulación temprana.....	65
Objetivos de la estimulación temprana.....	69
PROCEDIMIENTO.....	72
ANÁLISIS.....	77
CONTRIBUCIÓN.....	87
BIBLIOGRAFÍA.....	90
ANEXOS.....	93

## INTRODUCCIÓN

A partir de que la fuerza laboral de las mujeres se incorpora cada vez más en nuestra sociedad, se hace necesario contar con una ley que las respalde como madres trabajadoras, es así que el artículo 123 Constitucional en su fracción XI, inciso C establece el derecho de las mujeres trabajadoras a disfrutar del beneficio de las guarderías infantiles, lo que proporciona a las madres la tranquilidad de que sus hijos están bien atendidos tanto en el aspecto educativo como asistencial durante su ausencia.

Las Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil (EBDI), cuyo objetivo principal es el de brindarle al niño los elementos necesarios que satisfagan sus necesidades físicas, afectivas y sociales para favorecer su desarrollo integral, cuentan con un equipo multidisciplinario que pueda satisfacer adecuadamente las necesidades de los niños que atienden.

De esta manera, las EBDI sustentan sus programas educativos en las aportaciones realizadas por los estudiosos del desarrollo infantil como Jean Piaget, Henri Wallon y Sigmund Freud, entre otros cuyas valiosas aportaciones son el respaldo de muchos programas educativos.

En el presente reporte laboral se informa sobre una de las principales funciones del psicólogo que labora en las Estancias; vigilar el adecuado desarrollo psicomotor del

niño, con el propósito de detectar oportunamente cualquier riesgo o alteración que se presente con la finalidad de realizar una intervención oportuna.

Para realizar esta detección se ha utilizado la Escala de Desarrollo Psicomotor de Brunet Lézine la cual esta normada por la Institución y nos permite medir el desarrollo del niño en sus distintas áreas: motora, adaptativa, social y de lenguaje.

Con base a los resultados obtenidos en esta Escala se diseñan Programas de Estimulación Temprana. El propósito de estos programas es el de prevenir y corregir alteraciones en el desarrollo psicomotor de los niños, para lo cual es indispensable contar con la participación de los padres de familia y personal de sala, con ellos se realiza una labor de orientación y asesoría para que puedan brindarles a los niños las condiciones necesarias para un desarrollo óptimo.

En el presente reporte laboral se exponen aspectos relacionados con la labor de las Estancias Infantiles, enfoques del desarrollo psicológico del niño, trastornos del desarrollo infantil, estimulación temprana, antecedentes básicos de la evaluación del desarrollo psicológico y las características de la Escala de Desarrollo Psicomotor Brunet Lézine. En el capítulo del procedimiento se describe la intervención del psicólogo con los lactantes que presentan problemas en su desarrollo así como los resultados de la misma.



## ESTANCIAS DE BIENESTAR Y DESARROLLO INFANTIL

### ANTECEDENTES

Actualmente, debido a las condiciones socioeconómicas existentes en el país, cada vez es mayor el número de mujeres que se ven en la necesidad de participar dentro de la economía familiar y en muchos de los casos ser ellas el único sostén de la misma, por lo que tienen que dejar a sus hijos desde muy pequeños al cuidado de otras personas, mientras que ellas trabajan.

A nivel mundial el origen de las guarderías se asocia con la incorporación de la mano de obra femenina al trabajo productivo, proceso relacionado con la Revolución Industrial Europea del siglo XVIII. La finalidad de estos centros fue cuidar a los hijos de las mujeres que trabajaban en las fabricas, por lo que su función era meramente asistencial (Soto,1973).

En México, el nacimiento y desarrollo de estos centros está unido, entre otros aspectos, a la historia de la educación nacional, así como a la incorporación de la mujer al campo laboral, remontándose al siglo XIX a la creación de un establecimiento para atender a los hijos de los comerciantes del Mercado del Volador en 1837 (ISSSTE,1994).

En las instituciones gubernamentales se viene utilizando cada vez más la mano de obra femenina en los campos que antes se destinaban sólo a varones, es por

consiguiente que se impuso la necesidad de crear Estancias Infantiles que cuiden de sus hijos mientras la madre trabaja.

En el año de 1941 se instala en el edificio de Pensiones Civiles, una Guardería Infantil con el nombre de "Sra. Sara Pérez de Madero" para resolver la necesidad que se estaba presentando, al aumentar la cantidad de mujeres que trabajan en el propio edificio.

En la década de los sesenta se crean nuevas guarderías del I.S.S.S.T.E. las cuales en poco tiempo alcanzaron un número significativo, 56 a la fecha en el D. F., modificando poco a poco las antiguas ideas de atención e incorporando algunos aspectos educativos desarrollados en el ambiente del nivel preescolar.

En esta década es cuando se logra el sistema actual de Guarderías I.S.S.S.T.E. cuyas unidades tienen técnicos especializados que realizan conjuntamente con el personal adecuado las actividades que permiten:

1. Formación de hábitos (alimentación, higiene, etc.)
2. Cuidados preventivos contra enfermedades.
3. Proporcionar alimentación adecuada.
4. Dar tranquilidad a la madre cuando sabe que su hijo tiene seguridad y protección.

Gracias a las Estancias Infantiles las madres trabajan con tranquilidad y realizan bien su cometido cuando saben que el problema de cuidado y atención de sus hijos queda resuelto, utilizando las Estancias Infantiles con que cuenta actualmente el I.S.S.S.T.E

Las Estancias Infantiles del I.S.S.S.T.E. dan una protección integral porque cubren los aspectos físico, mental y social del niño, proyectándose hacia los familiares. Se fomentan las relaciones humanas entre los niños, el personal y entre los padres de familia para que exista una interrelación entre hogar-estancia infantil y dentro de la misma estancia infantil.

En 1984, el I.S.S.S.T.E. inicia la administración de las Estancias Infantiles del sector público, conforme lo marca el artículo 5° transitorio de su Ley, buscando mejores resultados en el servicio que estos centros proporcionan y con el propósito de alcanzar el desarrollo integral del niño; a partir de 1989, se les llama ESTANCIAS DE BIENESTAR Y DESARROLLO INFANTIL (E.B.D.I.).

Las E. B. D. I. cumplen desde su inicio, funciones asistenciales y educativas. El camino recorrido desde las antiguas guarderías hasta las modernas Estancias Infantiles se relaciona con el convencimiento de que no es posible aspirar al éxito escolar sino se inicia desde la base del proceso educativo, por lo que el I.S.S.S.T.E. proporciona a sus madres trabajadoras este servicio para sus hijos de 2 meses a 5 años 11 meses de edad.

## ESTRUCTURA DE LAS ESTANCIAS DE BIENESTAR Y DESARROLLO INFANTIL.

DIRECCIÓN es la estructura operativa de la unidad, tiene como principales funciones y responsabilidades, planear, programar, coordinar, orientar, dirigir, supervisar y evaluar el funcionamiento de las diferentes áreas de servicio que integran la Estancia a fin de promover la adecuada orientación y formación del niño.

DEPARTAMENTO DE SERVICIO MÉDICO tiene como responsabilidad promover y mantener el estado óptimo de la salud de los niños mediante acciones de prevención y formación de hábitos que coadyuven a su educación integral. Aunada a esta tarea tiene el compromiso de brindar orientación, asesoría, capacitación y educación para la salud de los niños a los padres de familia y al personal que labora en la E. B. D. I.

DEPARTAMENTO DE PEDAGOGÍA: tiene la encomienda de supervisar, orientar, coordinar y apoyar al personal de salas en la elaboración de planes y programas educativos adecuados a las características y necesidades de los niños así como su correcta aplicación.

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL: fortalece el vínculo Estancia-Familia a través de acciones de orientación a la investigación social de la familia de los niños y a la asesoría de padres de familia y personal de la E. B. D. I.

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA: su propósito es promover y controlar el óptimo estado de salud bucal mediante acciones preventivas y curativas. Así mismo brinda orientación, apoyo y asesoría al personal de la Estancia y promueve la participación activa de los padres de familia para apoyar la salud bucal de los niños en el hogar.

DEPARTAMENTO DE NUTRICION: tiene como responsabilidad prioritaria participar en el desarrollo integral del niño proporcionándole una alimentación equilibrada y adecuada a su edad y desarrollo; fomentando en los padres de familia y personal de la Estancia la formación de hábitos alimentarios.

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA: es el responsable de observar, evaluar, orientar y promover el sano desarrollo del niño, realizando acciones preventivas y promotoras considerándolo dentro de su contexto social. Así mismo orienta y asesora sobre el desarrollo psicológico, características y necesidades del niño a padres de familia y personal de la E. B. D. I.

A continuación se mencionan las principales funciones del departamento de psicología de la E.B.D.I.

#### **FUNCIONES DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

1. *Elaboración del Plan Anual de Trabajo.*

\* Realización del análisis técnico del área. Se analiza y concentra la información de aquella problemática que se presento con mayor frecuencia durante el ciclo escolar y es considerada para elaborar el diagnóstico general de necesidades y el plan anual de trabajo.

\* Elaboración del diagnóstico general de necesidades. Conjuntamente con la Directora y el Equipo Técnico se revisa la problemática surgida en el análisis técnico del área para determinar cuales de estos problemas serán atendidos durante el ciclo escolar a través de capacitación, orientación, atención directa u otras estrategias para su solución.

\* Elaboración del plan anual de trabajo. Con los datos obtenidos por medio del diagnóstico general de necesidades de cada una de las áreas que integran la Estancia; la Directora y el equipo técnico elaboran el plan anual de trabajo, el cual contiene las actividades a realizar por cada área, sus objetivos y calendarización.

## 2. *Actividades con padres de familia.*

\* Reunión con padres de familia para tratar asuntos generales al inicio del ciclo escolar.

\* Orientación a padres de familia a través de pláticas grupales programadas en el plan anual de trabajo.

\* Entrevista con los padres de familia.

*Inicial*; al ingreso del niño a la Estancia para abrir expediente y obtener una primera impresión diagnóstica.

*Especial*; al presentarse alguna problemática que requiera de intervención psicológica.

### 3. *Capacitación, actualización y asesoría al personal.*

Se realizan sesiones individuales o grupales para fortalecer el nivel profesional o técnico del personal que labora en la Estancia con el propósito de mejorar su desempeño.

### 4. *Apoyo al área de educación.*

Se brinda orientación y asesoría al personal educativo sobre el proceso de desarrollo de los niños.

Se realizan recorridos a sala para observar la correcta aplicación de los planes y programas de actividades y para detectar problemáticas individuales o grupales con la finalidad de diseñar estrategias para su solución.

## 5. *Elaboración de programas de intervención.*

\* *Programa de intervención para la adaptación del niño a la Estancia*, el cual se lleva a cabo en situaciones como; nuevo ingreso, cambio de sala, cambio de personal o ausencia prolongada que pueda alterar el estado emocional del niño.

\* *Programa de intervención para la educación en el control de esfínteres*, con los niños que tengan la edad y cuenten con los requisitos necesarios para iniciar su entrenamiento.

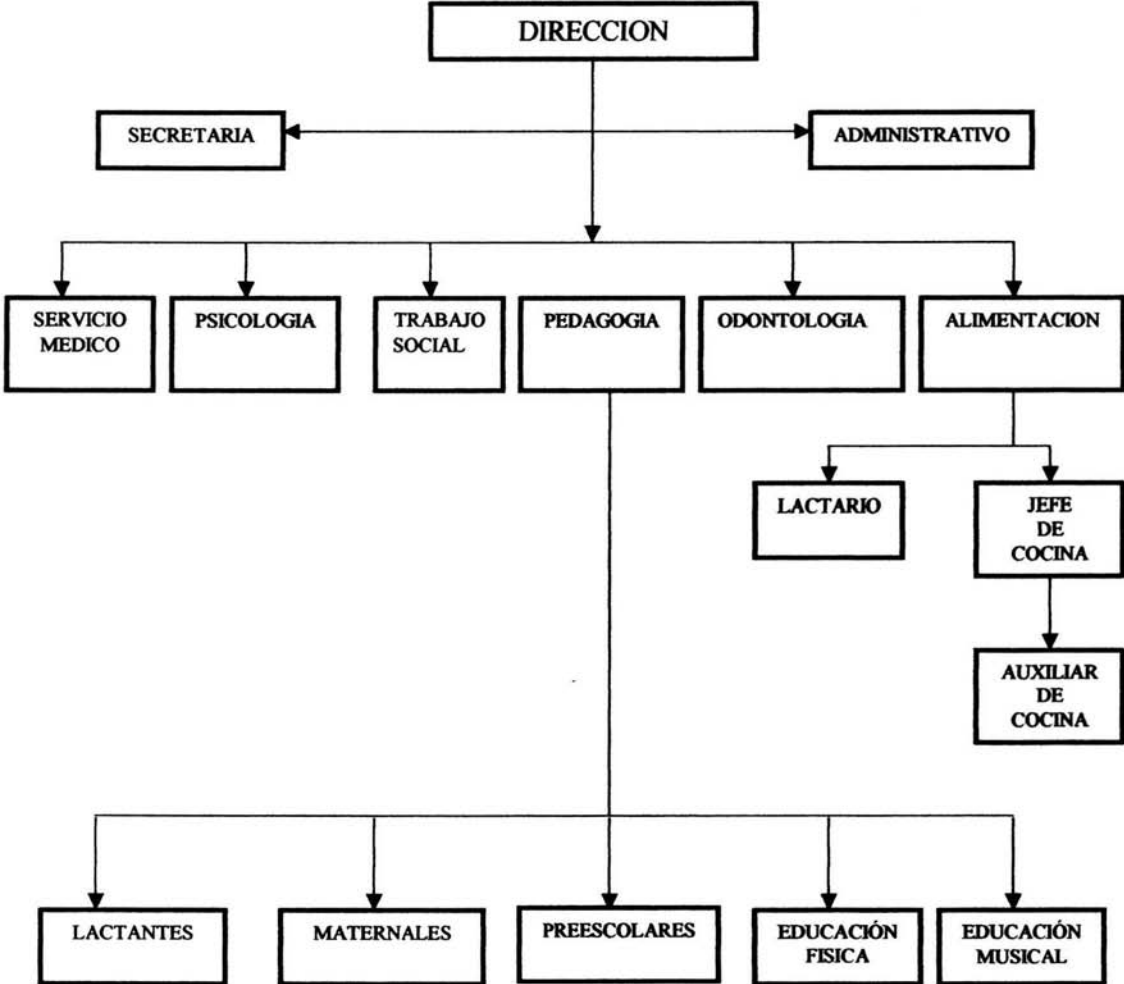
## 6. *Manejo de casos especiales.*

Se denomina caso especial a la alteración fisiológica o de conducta que presente un niño en forma periódica o permanente que obstaculice su desarrollo y requiera de una atención específica, para lo cual se siguen los siguientes pasos:

- \* Detección
- \* Intervención.
- \* Seguimiento.
- \* Canalización.



ORGANIGRAMA DE ESTANCIA PARA EL BIENESTAR Y DESARROLLO INFANTIL



## DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO

El estudio del desarrollo del comportamiento desde la primera infancia es una de las tareas fundamentales de la psicología por lo que desde sus inicios ésta se ha abocado a investigar sobre la evolución del ser humano en su vida emocional, intelectual y social.

Para Fitzgerald (1981) la psicología del desarrollo es la parte de la psicología general que trata de los cambios en la organización de los sistemas conductuales a lo largo de toda la vida.

Piaget y Wallon consideran que el desarrollo psicológico tiene lugar a través de la interacción del individuo con su medio ambiente.

Conociendo el proceso de desarrollo del individuo se sabe qué factores intervienen positiva o negativamente en el mismo.

### ENFOQUES DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO.

La psicología del desarrollo ha sido estudiada desde diferentes enfoques que hacen uso de diversos métodos para comprender como se da este proceso a lo largo de la vida del ser humano tratando de explicar que aspectos genéticos, familiares o sociales son determinantes en el desarrollo y en que medida lo hacen.

Algunos estudiosos del tema hacen referencia de conceptos como etapas o estadios de desarrollo para exponer sus teorías, las cuales se revisaran más adelante, únicamente se mencionaran los estadios o etapas que van de los 0 a los 18 meses de edad que es la que nos ocupa en el presente reporte laboral.

Para Wallon (1979) una etapa o estadio de desarrollo comprende un conjunto de aptitudes o caracteres que debe adquirir el niño para transformarse en adulto.

Cabrera (1976) define las etapas de desarrollo como el número de funciones de un individuo que son relativamente independientes, por lo que una persona puede estar en un estadio según un criterio y en otro estadio según otro.

Piaget (1975) explica el desarrollo a través de estadios definidos, cada uno representa un cambio cualitativo de un tipo de pensamiento a otro, la secuencia de estadios en el desarrollo nunca varía, no se omite ninguna ya que cada una constituye el fundamento de la siguiente.

Los estudios sobre el desarrollo humano son numerosos, se revisarán algunos de los enfoques teóricos que tratan sobre este tema.

#### **ENFOQUE PSICODINÁMICO.**

Esta teoría del desarrollo humano, fue creada por Sigmund Freud, neurólogo vienes, a través del análisis de la vida de sus pacientes.

El fundamento del pensamiento freudiano, se encuentra en la hipótesis de que el cuerpo es la única fuente de toda experiencia mental. Supone que no hay ninguna discontinuidad en los procesos mentales; hay una causa para cada pensamiento, recuerdo, sentimiento o acción.

Los procesos mentales se clasifican en *inconscientes, preconscientes y conscientes*. Gran parte del sufrimiento psíquico del hombre, proviene de la lucha permanente entre los instintos que son controlados, pero que tratan de salir a la superficie y el sistema consciente que se protege de estos "invasores" o que, cuando falla la defensa, intenta mediante alguna situación disfrazada minimizar el daño (Freud, 1988). A continuación veremos éstos conceptos.

El inconsciente; Freud postuló que existe relación entre los sucesos mentales. Cuando un sentimiento aparente no tiene relación con otro sentimiento precedente, las conexiones se encuentran en el inconsciente. Son aquellas representaciones latentes de las que tenemos algún fundamento para sospechar que se hallan contenidas en la vida anímica, como sucede con la memoria.

Dentro del inconsciente hay elementos instintivos que nunca han sido conscientes y que tampoco son accesibles a la conciencia, hay material censurado y reprimido que no se olvida, únicamente no se le permite ser recordado. En él están los principales determinantes de la personalidad, la fuente de energía psíquica y de los impulsos o instintos.

El preconscious forma parte del inconsciente pero, es capaz de volverse consciente. Las partes de la memoria que son accesibles son partes del preconscious. Se puede decir, que es donde están los recuerdos que la conciencia necesita para llevar a cabo sus funciones.

En cuanto a la conciencia, ésta es solo una pequeña parte de la mente; involucra todo aquello de lo cual nos damos cuenta en cualquier momento. Es la representación que está presente en la propia conciencia y es objeto de nuestra auto percepción. S. Freud postuló que los seres humanos se mantienen en estado de fluctuación constante entre dos estados: sus instintos naturales y las restricciones que les impone la sociedad.

Los impulsos o instintos son las presiones que dirigen a un organismo hacia determinados fines. Freud utiliza el término en referencia a los equivalentes humanos de los patrones complejos y hereditarios de la conducta animal; solía llamar necesidades a los aspectos físicos de los instintos y a los mentales los denominó deseos. Los instintos son una fuerza o fuerzas que llevan al hombre a actuar.

En el ser humano las reacciones de búsqueda iniciales pueden ser instintivas, sin embargo, hay que resaltar el hecho de que el instinto puede satisfacerse total o parcialmente de varias formas a diferencia de los animales, los cuales poseen patrones de conducta estereotipadas para satisfacer sus necesidades.

De acuerdo con lo propuesto por S. Freud, el ser humano seguirá un patrón normal, saludable, conductual y mental orientado a reducir la tensión a niveles aceptables. Una persona que tenga una necesidad, continuará buscando actividades que puedan reducir su tensión original. Las tensiones se eliminan cuando el cuerpo vuelve al nivel de equilibrio que existía antes de que la necesidad se presentara.

Freud propone que el desarrollo humano es un proceso conflictivo; "como criaturas biológicas, tenemos instintos sexuales y agresivos básicos que deben satisfacerse, pero la sociedad dicta que muchos de estos instintos deben de ser reprimidos, las formas en que los padres manejen los impulsos sexuales y agresivos en los primeros años de vida de sus hijos, desempeñan una función importante en el moldeamiento de la conducta y el carácter de los mismos (Shaffer, 2000 Pág. 42).

De acuerdo con la postura de Freud, un niño es un organismo reactivo, cuyo desarrollo se efectúa a través de cinco etapas psicosexuales del desarrollo (oral, anal, fálica, latencia y genital), los elementos fundamentales de éstas, son las distintas formas de placer y las áreas físicas de satisfacción del ser humano (donde se ubique la libido o energía sexual).

En la etapa oral (0 – 12 ó 18 meses). El interés y las actividades principales del niño giran en torno a la función biológica de comer, que en este tiempo es la fuente principal de satisfacción. La teoría postula que las experiencias de alimentación que el niño tiene en esta etapa tendrán efectos profundos y duraderos en su ajuste y personalidad posteriores.

El tránsito exitoso a través de las etapas psicosexuales del desarrollo presupone el alcance de una edad adulta normal.

Freud fue el primero en mencionar que la mayoría de las experiencias psíquicas se encuentran por debajo del nivel de conocimiento consciente, también señaló la influencia que tiene la experiencia temprana sobre el desarrollo posterior.

Erik H. Erikson discípulo de Freud, sin desviarse de la teoría psicoanalítica se interesó por la influencia del entorno social en el desarrollo de la personalidad. A diferencia de Freud afirma que los niños son curiosos y activos exploradores que tratan de adaptarse a sus ambientes, más que esclavos pasivos de impulsos biológicos moldeados por sus padres, y da menor importancia a los impulsos sexuales resaltando más las influencias culturales. Erikson describe ocho estadios del desarrollo psicosocial :

- Confianza básica en oposición a desconfianza básica ( 0 a 18 meses).
- Autonomía en oposición a vergüenza y duda (18 meses a 3 años).
- Iniciativa en oposición a culpa (3 a 6 años).
- Industriosidad en oposición a inferioridad (6 a 12 años).
- Identidad en oposición a confusión de rol (13 a 19 años).
- Intimidad en oposición a aislamiento (20 a 40 años).
- Capacidad de generación a estancamiento (40 a 70 años).
- Integridad del ego en oposición a desesperación (a partir de los 70 años).

Cada uno de los estadios depende de la resolución exitosa de un punto decisivo o crisis. En esas ocho crisis, las edades aproximadas representan el periodo crítico para el desarrollo de las características contemporáneas.

*En la Confianza Básica en oposición a Desconfianza Básica (0 – 12 ó 18 meses).*

La primera demostración de confianza social en el pequeño es la facilidad con que recibe su alimentación, la profundidad de su sueño y la regulación intestinal. En este periodo las formas de bienestar y las personas asociadas a ellas, se vuelven cada vez más familiares.

La teoría de Erikson concede gran importancia a las influencias sociales y culturales del desarrollo y cubre la trayectoria entera de la vida a diferencia de otras que se concentran solo en la infancia y el desarrollo. Shaffer (2000), menciona que su teoría es en realidad una revisión descriptiva del desarrollo social y emocional humano y que no explica como tiene lugar el desarrollo.

#### ENFOQUE PSICOGENÉTICO.

Esta perspectiva del desarrollo, cuya fuente principal de teoría e investigación se deriva de los trabajos de Jean Piaget, considera al ser humano como un organismo activo, que por sus propias acciones inicia su desarrollo. El cambio es una parte inherente a la vida y es más interno que externo.



Piaget se concentró en los aspectos relacionados con el desarrollo del intelecto, sus obras tratan sobre la forma en que el organismo humano, desde muy joven, es transformado mediante la experiencia en un adulto pensante, dotado de habla, capaz de resolver problemas e inteligente. Su interés prevaleció en los problemas del pensamiento y del conocimiento y la manera en cómo el niño llega a comprender el medio que lo rodea. La actuación del niño en su ambiente y su tendencia a la adaptación tiene gran importancia en lo que toca al desarrollo de la comprensión y del conocimiento fundamental.

Este autor utilizó el método psiquiátrico para investigar el pensamiento infantil, el cual consistía en dejar que las respuestas del niño determinaran el curso de la entrevista. Para Piaget (1975) el desarrollo es en cierto modo una progresiva equilibración, un permanente pasar de un estado de menor equilibrio a un estado de equilibrio superior.

El equilibramiento elimina el estado de desequilibrio que se presenta cuando el niño es incapaz de asimilar experiencias y cuando no puede acomodarse a ellas. El equilibramiento reorganiza la estructura mental de tal forma que nuevamente se obtenga el equilibrio, así el niño alcanza una comprensión más completa de la realidad, y los procesos de asimilación y acomodación continúan dentro de esta nueva estructura (Lippsit y Reese, 1990).

Existen dos aspectos complementarios del proceso de equilibración: las estructuras variables, las que definen las formas o estados sucesivos de equilibrio, y un

determinado funcionamiento constante que es el que asegura el paso de cualquier estado al nivel siguiente.

El análisis de las estructuras variables o progresivas, o formas sucesivas de equilibrio, es el que marca las diferencias u oposiciones de un nivel a otro de la conducta, desde los comportamientos elementales del recién nacido hasta el adolescente (Piaget, 1984).

Las estructuras variables serán, entonces, las formas de organización de la actividad mental, bajo su doble aspecto motor o intelectual, por un lado, y afectivo, por otro, así como según sus dos dimensiones: individual y social. Para explicar mejor estos conceptos, Piaget distingue cuatro grandes estadios o períodos de desarrollo, que marcan la aparición de estas estructuras sucesivamente construidas (Piaget, 1981).

- Sensoriomotor (0 – 2 años)
- Preoperacional (2 – 7 años)
- Operaciones concretas (7 – 11 años)
- Operaciones formales (12/15 años a la edad adulta)

El período sensoriomotor (0 – 2 años) es el período de los reflejos, o montajes hereditarios, así como de las primeras tendencias instintivas y de las primeras emociones. El niño evoluciona de ser una criatura que básicamente responde por reflejo, a ser capaz de organizar sus actividades en relación con el ambiente.

El periodo sensorio motor está constituido por seis sub-etapas;

- Ejercicio reflejo.
- Reacciones circulares primarias.
- Reacciones circulares secundarias.
- Procedimientos conocidos en situaciones nuevas
- Experimentación activa.
- Recombinaciones mentales.

En estas, el desarrollo de la permanencia de objeto es el logro principal.

En el ejercicio reflejo el niño es estimulado, guiado y controlado por patrones de reflejos innatos. El ejercicio de estas tendencias innatas retroalimentará diferencialmente al bebé y la experiencia acumulada le guiará a la obtención de respuestas más amplias (Piaget 1984).

La reacción circular primaria es como Piaget denomina a la primera manifestación de una modificación ocurrida en la experiencia. Las reacciones circulares evidencian secuencias de interacciones que recogen una respuesta para alcanzar un efecto; según la amplitud de intencionalidad y conciencia de la secuencia, se distinguen varios niveles de reacción circular, así la reacción circular primaria comprenden generalmente los arreglos que los bebés hacen consigo mismos, en vez de manifestar un comportamiento que modifique su medio ambiente o afecte a otras personas (Lippsit 1990, página 137).

En las reacciones circulares secundarias, el niño es capaz de iniciar y de interrumpir un patrón de conducta.

Durante las situaciones nuevas, el bebé reúne varias reacciones circulares secundarias a fin de conseguir logros más complejos. El niño tiene mayor intencionalidad en sus acciones.

En la experimentación activa, los bebés asumen una conducta mucho más experimentadora, y gustan del descubrimiento.

Al llegar a las re combinaciones mentales el niño organiza sus logros de tal forma que pueda resolver problemas y está a punto para entrar al periodo preoperacional.

Para algunos autores, etapa es mucho más que una marca que señala el surgimiento probable de ciertas conductas o de medios ambientes determinados. Etapa significa que la personalidad, el intelecto o cualquier dominio que se considere, se encuentra estructurado de un modo particular. El concepto de estructura hace referencia a la forma en que se interrelacionan los elementos involucrados en cada aspecto.

De esta forma, atravesar por cierta etapa significa no solo la posesión de ciertas capacidades conductuales, sino también la posesión de determinado modelo o estructura de aptitudes conductuales.

## ENFOQUE BIOLÓGICO MADURATIVO.

La premisa básica de los etólogos es que todas las especies animales nacen con varios comportamientos "biológicamente programados". Gesell sostuvo que los seres vivos nacen con un patrón y horario establecidos en sus genes y que la forma en que sus padres los criaban tenían poca influencia en su desarrollo.

Arnold Gesell considera que el crecimiento de la conducta es un continuo, que no se dan bruscos cambios entre el embrión, el feto, el recién nacido, el infante y el niño. Todo organismo al actuar tiene una conducta, por lo cual las descripciones científicas serán morfológicas y deberán especificar las formas de las estructuras y de las funciones (Gesell, citado por Fitzgerald, 1981).

Gesell consideró que los primeros cinco años de vida son formativos y en los cuales se va a establecer el aparato básico de la conducta del niño.

Describió cinco principios básicos del desarrollo que tienen implicaciones "psicomorfológicas" porque representan los principios del desarrollo que ocurren sobre un nivel psicológico, así como de un nivel estructural:

1. El principio de la dirección del desarrollo: el desarrollo no se da al azar, se da siguiendo una secuencia, la cual no se puede alterar y sigue dos cursos:

Céfalo-caudal.- el desarrollo va de la cabeza a los pies.

Próximo-distal.- el desarrollo va del tronco a las extremidades.

2. El principio de entretreído recíproco: la inhibición y la excitación de diferentes músculos operan de manera complementaria para la producción de un movimiento efectivo.

3. El principio de asimetría funcional: una conducta va a través de un período de asimetría (desbalanceado) de desarrollo para capacitar al organismo a superar medidas de desarrollo en etapas posteriores.

4. El principio de la maduración individualizada: cada niño tiene su propio ritmo de maduración.

5. El principio de la fluctuación autoregulatoria: existen fluctuaciones entre períodos de estabilidad e inestabilidad, crecimiento activo y consolidación.

Gesell (1990) describió las diferencias individuales, en términos del desarrollo conductual mostradas en cuatro campos conductuales:

Motriz. Se entienden las reacciones posturales, la prensión, locomoción, coordinación general del cuerpo y ciertas aptitudes motrices específicas, por ejemplo, movimientos corporales como las más finas coordinaciones motrices; reacciones posturales, sostenimiento de la cabeza, sentarse, pararse, gatear, marcha, la forma de aproximarse a un objeto, asirlo y manejarlo.

Adaptativas. Todas las adaptaciones de carácter perceptual, manual verbal y de orientación que reflejan la capacidad del niño para acomodarse a las nuevas experiencias y para servirse de las pasadas, por ejemplo, coordinación de movimientos oculares y manuales para alcanzar y manipular objetos, la habilidad para utilizar adecuadamente la dotación motriz en la solución de problemas prácticos, la capacidad de realizar nuevas adaptaciones frente a los problemas a los que se enfrenta.

Lenguaje. Abarca toda la conducta relacionada con el soliloquio, la expresión dramática, la comunicación y la comprensión.

Personal social. Incluye las reacciones personales del niño frente a otras personas y frente a los estímulos culturales, su adaptación a la vida doméstica, a los grupos sociales.

Gesell propone que el niño es un ente integrado, dentro del cual, las cuatro áreas interactúan una con otra, bajo el control de las fuerzas biológicas expresadas a través de los cinco principios del desarrollo. Para resumir los lineamientos teóricos de Gesell , diremos que, el desarrollo del niño está controlado enteramente por principios biológicos, lo que produce secuencias invariantes de maduración. Este proceso maduracional produce expresiones conductuales y aunque cada niño en lo individual progresa a su propio ritmo, la secuencia del desarrollo es la misma para todos.

## NEURODESARROLLO.

Las características de inmadurez que son normales en el cerebro del recién nacido humano hacen que el examen neurológico del mismo deba realizarse según una metodología especial. Se ha definido al recién nacido como un "animal mesencefálico con reflejos orales bien desarrollados".

Es sabido que la época perinatal es peligrosa en particular para el feto y recién nacido, y que la lesión cerebral más frecuente en niños se debe a circunstancias, que propician la hipoxia y el traumatismo cerebral del niño en proceso de nacer.

En condiciones normales, el lactante experimenta cambios neurológicos muy rápidos en el curso de los primeros meses de vida. Estos cambios son el reflejo del proceso de maduración neural, que básicamente consiste en la mielinización de las vías que se encuentran ya formadas desde una etapa temprana de la gestación. Este proceso se refleja en un aumento del volumen de la cabeza. El crecimiento de los huesos craneales en esta época es más lento en proporción, por lo que se espera que las fontanelas crezcan durante los primeros meses de vida.

Desde el punto de vista funcional, es necesario estudiar el desarrollo neurológico en lo que respecta a modificaciones del tono, maduración (desaparición) de los reflejos primarios y modificaciones de la movilidad ocular.



### *Tono muscular*

El tono muscular del lactante, es definido como un "estado de tensión permanente de los músculos, de origen esencialmente reflejo variable y cuya noción fundamental tiende al ajuste de las posturas locales y de la actividad en general dentro de la cual es posible distinguir diferentes propiedades".

El tono es una actividad regida por el Sistema Nervioso Central. El tono muscular juega un papel importante no solo en el estado neurológico del lactante, sino en la futura integridad de la función neurológica y los sistemas afectivos. "El diálogo tónico es y continúa siendo, el lenguaje principal de la afectividad" (J. Ajuriaguerra).

Durante el primer año de vida el tono muscular muestra amplias variantes como parte del proceso madurativo. Después del parto los neonatos pueden presentar tono muscular elevado, viene después una etapa de adaptación al mundo circundante, pero por lo común los recién nacidos presentan un período de hipotonía generalizada del 1er. al 3er. día, poco a poco van alcanzando su tono muscular y al 4to. o 5to. día lo logran, siendo permanente en los meses que siguen. El tono muscular presenta variantes fisiológicas notorias: con el sueño disminuye al máximo y durante el llanto se exalta.

### *Coordinación de los reflejos*

"Los reflejos del lactante son reacciones automáticas desencadenantes por estímulos que activan ciertos receptores".

Tienden a favorecer la adecuación del individuo a su medio ambiente, tienen raíces filogenéticas (proviene de un pasado biológico remoto) y acompañan al ser humano durante la primera edad y algunos durante toda la vida. A medida que madura el S. N., las respuestas a los estímulos se van haciendo menos automáticas y es así como se inicia el sello de la función cortical. Es a partir de los reflejos que se proveen los esquemas de acción y a través de la experiencia adquirida al ejercitarlos desarrolla la actividad psicomotriz voluntaria.

Los reflejos constituyen un todo armónico, se encuentran interrelacionados unos con otros, sus respuestas dependen de las necesidades fisiológicas del momento en que se los solicita, del estado emocional y de las características del contexto ambiental.

"Los reflejos se desarrollan, se modifican, se adaptan a las circunstancias del momento, del medio, de la salud general del niño, de su edad, de su temperamento y ofrecen al observador elementos que además de informar sobre el estado actual, proveen de elementos de juicio para anticipar aspectos de futuro y predecir el ritmo del desarrollo psicomotor" (López Arce-Coria, 2000).

### *Movilidad ocular*

Los movimientos oculares constituyen el indicador más preciso del desarrollo neurológico durante los cinco primeros meses; al principio, el niño sigue objetos en un arco de 60°. Este arco se amplía hasta los 90° a los dos meses, y a los tres meses se

amplía aún más con auxilio de los movimientos laterales de la cabeza, con un arco de 180°.

## SECUENCIAS DEL DESARROLLO

### 1) *Prensión*

Los primeros intentos de prensión voluntaria comienzan en el curso del 4° mes, con movimientos desordenados. El desarrollo de la prensión sigue una progresión descendiente desde el hombro (4° mes), hasta la extremidad distal de los dedos índice y pulgar (11 ó 12 meses).

Las primeras aproximaciones de la mano al objeto (4 ó 5 meses) son siempre precedidas por la fijación ocular sobre dicho objeto. Para que se ejercite la prensión voluntaria es imprescindible una correcta atracción del estímulo y la disposición afectiva del niño. El ejercicio acelera el desarrollo y las manos estimuladas ganan pronto destrezas.

### 2) *Reacciones equilibratorias*

El recién nacido manifiesta pocos indicios de la lucha antigravitatoria eficaz, no reacciona a inclinaciones de pequeña angulación más tarde (15-20 días) rota la cabeza

en sentido opuesto de la inclinación, tres meses después el cuerpo acompaña a la cabeza en su rotación.

Los reflejos de enderezamiento desempeñan un papel importante en la maduración neuromotriz progresivamente pautas equilibratorias que congregadas con otras secuencias del desarrollo favorecen la ulterior independencia del niño.

La madurez en las reacciones equilibratorias requieren del ejercicio de los reflejos laberínticos.

El paracaidismo es un reflejo en el que el niño adquiere como resultado de su integración neurológica aproximadamente a los 6 meses.

El equilibrio permite multiplicar el contacto con el mundo exterior y a través de ello el niño va dominando el espacio y su contenido.

#### *El conocimiento del cuerpo*

Schilder (citado por López Arce-Coria 2002) define la imagen corporal como "la imagen inconsciente que el ser humano tiene de su cuerpo", esta definición está basada en el concepto de Head acerca del "Modelo Postural" y en efecto, las variaciones de la postura total y segmentaria, aportan elementos que emplea el individuo en desarrollo para elaborar su propia imagen.

El lactante al conocer su cuerpo afronta al mismo tiempo tres tareas (que resultan una sola):

- Adquirir conocimientos de la realidad de su cuerpo
- De la realidad del entorno
- De la dualidad de ambas

Cuenta para ello con órganos sensoriales que canalizan su información y lo ponen en contacto con el mundo, cuenta con una dotación de reflejos arcaicos, posturales y no posturales sobre los que moldean posteriores logros de niveles superiores.

Wallon (1979) denomina a las sensaciones como "impresiones" y provienen sobre todo de la sensibilidad interoceptiva y propioceptiva. Están por otra parte las sensaciones exteroceptivas: visuales, auditivas, gustativas, etc., con todos sus matices de cualidad e intensidad y toda la gama de efectos placenteros o desagradables.

La conciencia corporal se va diseñando en el tiempo, modelada por la experiencia individual que da singularidad al modelo biológico. Cada nuevo aporte, no solo se suma al compuesto de los anteriores, sino que lo modifica y perfecciona en una interacción dialéctica continúa, en un proceso que solo acaba con la vida.

El recién nacido posee un cúmulo de experiencias previas (laberínticas, orales, cinestésicas, etc.), que servirán de base para la cantidad de impresiones que recibirán a partir de su nacimiento.

La madurez neurológica y la repetición de experiencias sensitivas contribuyen a que la zona oral sea la primera parte del cuerpo con representación inconsciente.

La ejercitación del reflejo alimentario consolida la función y nuevas experiencias afianzan y enriquecen la imagen de la zona oral: la aproximación de la propia mano cuyo pulgar termina por succionar, el roce de las ropas, las caricias maternas en esta zona, las maniobras de higiene después de mamar, etc.

El desarrollo neuromotor igual que el crecimiento, es en dirección cefalocaudal (de cabeza a pies) y próximo distal (del interior a la periferia). (López Arce-Coria, 2000).

## TRASTORNOS DEL DESARROLLO INFANTIL

El poder identificar a tiempo los trastornos de desarrollo en el niño nos permite planear intervenciones oportunas para apoyarlos antes de que estas dificultades se conviertan en mayores limitaciones para el niño.

Por trastornos del desarrollo entendemos todas aquellas perturbaciones que por diversos motivos alteran el desarrollo normal del niño.

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) no existe una definición que explique adecuadamente los límites del concepto "trastorno mental", el término carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Los trastornos mentales han sido definidos también mediante una gran variedad de conceptos (limitación, incapacidad, etc.). cada uno es un indicador útil para el tipo de trastorno mental pero ninguno equivale al concepto y cada uno requiere una definición distinta.

En el DSM-IV cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

## ETIOLOGÍA.

La etapa del lactante abarca de los 0 a los 18 meses de edad y tiene una importancia fundamental por ser el periodo en el cual el niño experimenta los cambios más acelerados tanto física como mentalmente, en esta etapa es donde se construyen las bases de toda evolución.

En este sentido los cuidados y la atención que el menor recibe durante este periodo deben encaminarse a ofrecerle las mejores condiciones para lograr su máximo desarrollo.

No obstante existen diferentes factores que pueden influir en el desarrollo armónico del niño provocando alteraciones o retraso en el mismo.

Algunos de los eventos perinatales y daños al sistema nervioso central son mencionados por el Dr. Eduardo Jurado-García (2000).

### *Alteraciones de orden genético*

No se conoce con precisión la magnitud del daño genético, el 6% de todas las personas que nacen, tiene algún defecto tangible. Los tipos de factores genéticos que pueden afectar a la progenie y ser causa potencial de Deficiencia Mental, pueden clasificarse en:



#### a) Mutación genética

La mutación de un solo gene parece ser la causante de una cuarta parte de todos los defectos genéticos. Tal mutación puede ser espontánea o inducida. A medida que la edad de un padre sea mayor, mayor será el riesgo de que haya acumulado mutaciones que puedan afectar a su prole. Por lo tanto es conveniente que la planificación familiar, se realice a edades convenientes (3°. Década: 21-30 años) para ambos cónyuges.

El proceso mutacional puede ser inducido por una gran variedad de agentes tales como: temperatura, sustancias químicas, radiaciones, etc. Que por ello se denominan agentes mutágenos.

#### b) Aberraciones cromosómicas

Se han clasificado más de 2000 alteraciones de orden genético, la mayoría de las cuales se acompañan de retardo mental. Existen 73 síndromes de malformaciones genéticas "seleccionadas", asociadas a retardo mental y que pueden ser detectadas in-útero mediante los procedimientos de; ultrasonido, radiografía, amniografía o fetoscopia.

c) Aberraciones innatas del metabolismo.

Sir Archibald Garrod en 1908 y de Asbjorn Folling en 1934, detectaron las bases Bioquímicas de la Alcaptonuria y la Fenilketonuria; el manejo de la fenilketonuria es controlable con el uso de una dieta con bajo contenido de fenilalanina. El tratamiento dietético en: Tirosinemia, Enfermedad de la orina "jarabe de maple", la Cetonuria de cadenas intermitentes, la hepervalinemia, Hiperamonemia, la Arginino-succínico-aciduria, la intolerancia a la lisina con intoxicación por amoníaco, Hiperlisinemia, Homocitineria, Histidinemia y Galactosemia.

*Eventos perinatales:*

Los eventos perinatales de naturaleza no genética, serán agrupados en las siguientes categorías:

a) Eventos prenatales.

- **Macro-ambiente;** se define a la organización familiar, a la estructura de la comunidad donde vive la mujer embarazada y la relación entre la estructura social de una colectividad y la tasa de secuelas neurológicas entre la población infantil de dicha colectividad. La familia tiene más o menos capacidad para tener acceso a satisfacciones como el alimento, vestimenta, educación, deporte y recreación. Por otro lado está la desnutrición, apatía, mala escolaridad, improductividad y ello afectará

de un modo u otro al feto en desarrollo, minimizando sus oportunidades de crecimiento y desarrollo "normales".

- **Matro-ambiente;** los defectos biológicos, psicológicos o sociales, o la combinación de todos ellos, sumado a la florida patología durante el embarazo, harán que el feto humano no se desarrolle adecuadamente y propiciarán elevado número de abortos, alta cifra de mortinatos, gran mortalidad de neonatos, grandes índices de malformaciones, de recién nacidos pretérmino y de recién nacidos hipotróficos, que desembocarán finalmente en gran número de niños con defectos psicomotores y deficiencia mental.

- **Micro-ambiente:**

Número de productos en el claustro materno

Alteraciones placentarias

Patología del cordón umbilical

Anomalías del líquido amniótico

Amenaza de aborto y partos prematuros

Patología de las membranas carioamnióticas.

b) **Eventos trasnatales.**

Nacer antes del periodo gestacional.

Nacer hipotrófico, es decir, con desnutrición intrauterina

Nacer después del término de la gestación

Sufrir de asfixia neonatal

Presentar hipotermia inmediatamente después de nacido

Verse sometido innecesariamente a ayuno posnatal

Nacer de parto anormal o instrumentado

c) Eventos posnatal

Desnutrición

Hipoxia

Acidosis

Infecciones (virales, bacterianas o parasitarias)

Hemorragia intracraneana

Síndromes respiratorios

Traumatismos

Cuadros convulsivos

Anemia

Privación

*Mecanismos etiopatogénicos*

La presentación de deficiencia mental u otras secuelas neurológicas motoras se manifiestan en tres momentos cruciales: 1) en la etapa neonatal, 2) cuando se inicia la edad escolar y 3) al alcanzar la aceleración puberal de crecimiento y desarrollo.

Un mismo agente puede ocasionar lesiones con manifestaciones diferentes o que diferentes agentes pueden ocasionar lesiones con las mismas manifestaciones, dependiendo del momento del desarrollo del órgano sobre el que actúan.

La reducción ocasionada por la desnutrición crónica es grave y puede originar manifestaciones de déficit neuronal funcional. La estimulación sensorial y mecánica conduce al aprendizaje.

Entre los factores ambientales prenatales Shaffer (2000) menciona los *teratógenos*, que se refieren a cualquier enfermedad, fármaco o agente ambiental que pueda dañar al embrión o feto en desarrollo y causarle deformidades físicas, un retardo grave en el crecimiento, daño cerebral e incluso la muerte.

También encontramos como factor de riesgo, las complicaciones que puedan presentarse durante el nacimiento y que repercuten en la evolución del niño, entre ellas se encuentra la anoxia, el peso bajo y los procedimientos obstétricos entre otros.

La relación inadecuada de la madre hacia su hijo es también un importante factor de riesgo para que el desarrollo del niño se vea alterado, al respecto Ribble (1974), menciona que el bebé que recibe un trato impersonal de su madre por bien limpio y alimentado que esté, queda perjudicado en el crecimiento de su personalidad y en su capacidad para confiar en los demás y relacionarse con ellos. El contacto afectivo con ella es un estímulo importante para su desarrollo sensorial y de la conciencia. así mismo menciona que "el engranaje de la relación madre-hijo sobre una base cómoda y

agradable promueve definitivamente el crecimiento del sistema nervioso y concede tiempo al cerebro para desarrollarse sin tensión\*.

Son cuatro los factores que pueden alterar el desarrollo normal del niño:

-Lesiones directas sobre el sistema nervioso.

-Afecciones de otras partes del cuerpo que provocan secundariamente alteraciones en el sistema nervioso.

-Alteraciones genéticas.

-Causas que dependen del medio ambiente y que influyen sobre el crecimiento normal del niño.

Como vemos el origen de los trastornos del desarrollo del niño son multifactoriales y pueden tener consecuencias determinantes para su futuro.

## CUADROS CLÍNICOS.

La Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE 10 realiza la siguiente categorización de trastornos psicológicos del desarrollo:

### Trastorno específico del desarrollo psicomotor.

Se trata de un trastorno cuya característica principal es un retraso del desarrollo de la coordinación de movimientos, que no pueden explicarse por un retraso intelectual

general o por un trastorno neurológico específico, congénito o adquirido (distinto del implícito en la anomalía de coordinación). Lo más frecuente es que la torpeza de movimientos se acompañe de un cierto grado de déficit en la resolución de tareas cognoscitivas viso-espaciales.

*Pautas para el diagnóstico:* La coordinación de movimientos, para los movimientos finos o para los groseros, es significativamente inferior al nivel esperado de acuerdo a la edad del niño y con su inteligencia general. Esta capacidad se valora mejor mediante la aplicación individual de test estandarizados de coordinación de movimientos finos y groseros. Las dificultades de coordinación deberán haber estado presentes desde el comienzo del desarrollo (no deben constituir un déficit adquirido) y no se deberán a consecuencias directas de déficit de la visión, de la audición o de cualquier trastorno neurológico diagnosticable.

El grado en que el trastorno afecta principalmente a la coordinación de movimientos finos o groseros es variable y su forma específica varía con la edad. Los niños pueden ser torpes en general, para los movimientos finos o groseros o para ambos y tienden a dejar caer las cosas, a tropezar, a chocar con obstáculos y a tener mala letra. En la mayoría de los casos estos niños presentan una notoria falta de madurez neurológica, en forma de movimientos coreicos, discinesias, movimientos en espejo y otros síntomas motores relacionados, así como signos de escasa coordinación de movimientos finos y groseros. Los reflejos tendinosos pueden estar exaltados o disminuidos de un modo bilateral, pero no son asimétricos.

Algunos niños presentan además dificultades escolares, que en ocasiones pueden ser graves y en otros se presentan además problemas sociales, emocionales y comportamentales, pero se sabe poco de su frecuencia y característica.

### Trastornos generalizados del desarrollo

Se trata de un grupo de trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas características de la interacción social, de las formas de comunicación y por un repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de intereses y actividades. Estas anomalías cualitativas son una característica generalizada del comportamiento del individuo en todas las situaciones, aunque su grado puede variar. En la mayoría de los casos el desarrollo es anormal desde la primera infancia y sólo en contadas excepciones, las anomalías se manifiestan por primera vez después de los cinco años de edad. Es habitual, aunque no constante, que haya algún grado de alteración cognoscitiva general, aunque estos trastornos están definidos por la desviación del comportamiento en relación a la edad mental del niño (retrasado o no). No hay acuerdo sobre la subdivisión del conjunto de este grupo de trastornos generalizados del desarrollo.

### Autismo infantil.

Se trata de un trastorno generalizado del desarrollo definido por la presencia de un desarrollo alterado o anormal, que se manifiesta antes de los tres años y por un tipo característico de comportamiento anormal que afecta a la interacción social, a la



comunicación y a la presencia de actividades repetitivas y restrictivas. El trastorno predomina en los niños con una frecuencia tres o cuatro veces superior a la que se presenta en las niñas.

*Pautas para el diagnóstico:* por lo general no hay un período previo de desarrollo inequívocamente normal pero, si es así, el período de normalidad no se prolonga más allá de los tres años. Hay siempre alteraciones cualitativas de la interacción social que toman la forma de una valoración inadecuada de los signos socioemocionales, puesta de manifiesto por una falta de respuesta a las emociones de los demás o por un comportamiento que no se amolda al contexto social, por un uso escaso de los signos sociales convencionales y por una integración escasa del comportamiento social, emocional y de la comunicación, de un modo especial por una falta de reciprocidad socio-emocional. Asimismo, son constantes las alteraciones cualitativas de la comunicación. Consisten en no utilizar el lenguaje para una función social, debidos a una alteración de la actividad lúdica basada en el juego social imitativo y simulado, una pobre sincronización en la expresión del lenguaje, una relativa falta de creatividad y de fantasía de los procesos del pensamiento, una falta de respuesta emocional a los estímulos verbales y no verbales de los demás, defectos de la cadencia o entonación necesarias para lograr una modulación de la comunicación y, como es de esperar, la ausencia de gestos acompañantes para subrayar o precisar la comunicación verbal.

El comportamiento en este trastorno se caracteriza también por la presencia de formas de actividad restrictivas, repetitivas y estereotipadas, de restricción de los intereses y de la actividad en general, en los que destaca la rigidez y rutina para un

amplio espectro de formas de comportamiento. Por lo general, estas características afectan tanto a las actividades nuevas, como a los hábitos familiares y a las formas de juego. Puede presentarse, sobre todo en la primera infancia, un apego muy concreto a objetos extraños, de un modo característico a los "no suaves".

Los niños persisten en llevar a cabo actividades rutinarias específicas consistentes en rituales sin un sentido funcional, tal y como preocupaciones estereotipadas con fechas, trayectos u horarios, movimientos estereotipados o un interés en los elementos ajenos a las funciones propias de los objetos (tales como su olor o textura) y suelen presentar una gran resistencia a los cambios de la rutina cotidiana o de los detalles del entorno personal (como la decoración o los muebles del domicilio familiar).

Además de estas características diagnósticas específicas, es frecuente que en los niños con autismo aparezcan otros trastornos sin especificar, tales como temores, fobias, trastornos del sueño y de la conducta alimentaria, rabietas y manifestaciones agresivas. Son bastante frecuentes las autoagresiones (por ejemplo, morderse las muñecas), sobre todo cuando el autismo se acompaña de un retraso mental grave. La mayoría de los niños autistas carecen de espontaneidad, iniciativa y creatividad para organizar su tiempo libre y tienen dificultad para aplicar conceptos abstractos a la ejecución de sus trabajos (aun cuando las tareas se encuentran al alcance de su capacidad real). Las manifestaciones específicas de los déficits característicos del autismo cambian al hacerse mayores los niños, pero los déficits persisten en la edad adulta con una forma muy similar en lo que se refiere a los problemas de socialización,

comunicación e inquietudes. Para hacer el diagnóstico, las anomalías del desarrollo *deben haber estado presentes en los tres primeros años*, aunque el síndrome puede ser diagnosticado a cualquier edad.

En el autismo pueden darse todos los niveles de CI, pero hay un retraso mental significativo en, aproximadamente, el 75% de los casos.

*Diagnostico diferencial;* Además de otras variedades del trastorno generalizado del desarrollo hay que considerar: trastorno específico del desarrollo de la comprensión del lenguaje con problemas secundarios socioemocionales, trastornos de vinculación en la infancia desinhibido, retraso mental acompañado de trastornos de las emociones y del comportamiento, esquizofrenia de comienzo precoz y síndrome de Rett.

#### Autismo atípico.

Se trata de un trastorno generalizado del desarrollo del desarrollo que difiere del autismo en que el desarrollo anormal o alterado se presenta únicamente después de los tres años de edad o en que faltan anomalías suficientemente demostradas en una o dos de las tres áreas de psicopatología requeridas para el diagnóstico de autismo (la interacción social, el trastorno de la comunicación y el comportamiento restrictivo, estereotipado y repetitivo), a pesar de la presencia de características de una o dos de las otras áreas. El autismo atípico suele presentarse en individuos con retraso profundo cuyo bajo nivel de rendimiento favorece la manifestación del comportamiento desviado específico requeridos para el diagnóstico del autismo.

### Síndrome de Rett.

Se trata de un trastorno, descrito hasta ahora sólo en niñas, cuya causa es desconocida pero que se ha diferenciado por sus características de comienzo, curso y sintomatología. El desarrollo temprano es aparentemente normal o casi normal pero se sigue de una pérdida parcial o completa de capacidades manuales adquiridas y del habla, junto con retraso en el crecimiento de la cabeza y que aparece generalmente entre los siete meses y los dos años de edad. Las características generales son: pérdida de los movimientos intencionales de las manos, estereotipas consistentes en retorcerse las manos e hiperventilación. El desarrollo social y lúdico se detienen en el segundo o tercer año, pero el interés social suele mantenerse. Durante la infancia suele desarrollarse ataxia y apraxia del tronco. La consecuencia invariable es la de una grave invalidez mental. Es frecuente que durante la infancia aparezcan crisis epilépticas.

*Pautas para el diagnóstico:* en la mayoría de los casos el comienzo tiene lugar entre el séptimo mes y los dos años de edad. El rasgo más característico es una pérdida de los movimientos intencionales de las manos y de la capacidad manual fina de tipo motor. Se acompaña de pérdida parcial o ausencia de desarrollo del lenguaje, movimientos estereotipados muy característicos de retorcer o "lavarse las manos", con los brazos flexionados frente de la barbilla o el pecho, movimientos estereotipados de humedecerse las manos con saliva, falta de masticación adecuada de los alimentos, episodios de hiperventilación frecuentes, mal control de los esfínteres, a menudo presentan babeo o protrusión de la lengua y pérdida de contacto social. Es muy característico que estas niñas mantengan una especie de "sonrisa social" mirando "a

través" de las personas, pero sin establecer un contacto social. Esto tiene lugar en el estadio precoz de la infancia (aunque a menudo desarrollan más tarde la capacidad de interacción social). La postura y la marcha tienden a ser con aumento de la base de sustentación, hay hipotonía muscular, los movimientos del tronco suelen ser escasamente coordinados y acaban por presentarse escoliosis y cifoescoliosis. Las atrofas espinales con alteraciones motrices graves se desarrollan en la adolescencia o en la edad adulta en aproximadamente la mitad de los casos. Más tarde pueden presentarse espasticidad rígida que suelen ser más marcada en los miembros inferiores que en los superiores. En la mayoría de los casos aparecen ataques epilépticos, generalmente algún tipo de ataque menor y con comienzo anterior a los ocho años. En contraste con el autismo, son raras las preocupaciones o rutinas estereotipadas complejas o las automutilaciones voluntarias.

*Diagnóstico diferencial* : el síndrome de Rett se delimita inicialmente basándose en la ausencia de movimientos intencionados de las manos, retraso del crecimiento de la cabeza, ataxia, movimientos estereotipados de lavado de manos y ausencia de masticación adecuada. El curso de la enfermedad en el sentido del deterioro motor progresivo confirma el diagnóstico.

#### *Trastorno del desarrollo de la coordinación*

Su principal característica es la alteración significativa del desarrollo de la coordinación motora. El trastorno solo se establece si tal alteración interfiere significativamente en el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana. El

diagnóstico se establece si las deficiencias de la coordinación no se deben a una enfermedad médica (parálisis cerebral, hemiplejía, etc.) y no se cumplen los criterios del trastorno generalizado del desarrollo. Las manifestaciones varían en función a la edad y la etapa del desarrollo, los niños pequeños pueden manifestar torpeza y retraso en la consecución de hitos del desarrollo motor (caminar, gatear, sentarse, etc.).

Los trastornos incluidos en estas clasificaciones comparten las siguientes características:

- a) Comienzan siempre en la primera o segunda infancia.
- b) Deterioro o retraso del desarrollo de las funciones que están íntimamente relacionadas con la maduración biológica del sistema central.
- c) Curso estable que no se ve afectado por las remisiones y recaídas que tienden a ser características de muchos trastornos mentales.

Lebovici (1995) menciona la siguiente clasificación.

Clasificación de la Psicopatología de la Primera Infancia, según L. Kreisler.

#### *I. Referencia clínica de base*

1. Problemas del desarrollo: tienen que ver con los fenómenos evolutivos de orden neuropsíquico que se desarrollan a partir del nacimiento y que se exteriorizan mediante adquisiciones en una forma y una cronología determinada. Los

problemas de desarrollo no son difíciles de localizar, su expresión es objetiva y a veces cuantificable.

- Problemas globales (retardo, aceleración, etc).
  - Problemas electivos (lenguaje, adaptabilidad, etc.).
  - Desarmonías del desarrollo.
2. Problemas de expresión psicomotriz y conductual: a pesar de los muchos estudios relacionados con la génesis y desarrollo psicomotor del bebé normal, aún existen muchas incógnitas relativas a los vínculos entre el desarrollo tónico-cinético y postural por una parte y las interacciones por la otra.
- Actividades motrices repetitivas: A veces denominadas "hábitos nerviosos" son;
    - a) los ritmos corporales y cefalogiros, balanceos globales en procúbite o decúbite, rotaciones repetidas de la cabeza, b) las actividades compulsivas de descarga de tipo autoerótico oral (succiones desenfrenadas, mordisqueos, masticaciones) manipulatorias o autoagresivas (morderse, pellizcarse, pegarse en la cabeza, arrancarse el cabello). Tales actividades desencadenan en accesos de duración e intensidad variable, muy frecuentemente ligadas al sueño o a situaciones de aislamiento.
  - Desviaciones psicomotrices globales: afectan el estilo general de la expresión motora que puede ser insuficiente, excesiva o discordante. la inercia psicomotora se refleja en lentitud gestual, falta de iniciativas motrices, debilidad de las

respuestas e hipotonía significativas de una pasividad posturo-motora, además revela condiciones psicológicas diversas (la indiferencia, el retraimiento, la atonía depresiva, el dolor psíquico, etc.). en la hiperactividad la excitación es su principal motor mental, se asocia a los disturbios de sueño del bebé. Los estados de hiperactividad expresan mecanismos psicológicos como la angustia, la defensa antidepresiva y el "comportamiento vacío".

- Desarmonias psicomotrices: pertenecen a las perturbaciones de la personalidad (autismo y otras psicosis precoces) son el retardo en las adquisiciones posturales y sus discordancias, algunas reconocibles desde los primeros meses, como la ausencia de actitud anticipadora y de ajuste postural al ser tomado en brazos o reacciones paradójicas como echar la cabeza y el cuerpo hacia atrás.

3. Problemas de expresión somática: incluyen una gran variedad de formas que van desde las más serias a las más comunes e incluyen variaciones de la normalidad. Muchos órganos pueden ser afectados con predilección por una función digestiva o respiratoria y las perturbaciones pueden ser funcionales o lesionales.

- Patología psicosomática. Designa los desordenes orgánicos cuya génesis y evolución reconocen una participación psicológica prevalectante.
- Problemas conversivos precoces. Suscitan controversias teóricas, para lo cual se debe aceptar su frecuente aparición en la experiencia pediátrica (falsas impotencias de locomoción, algias de los miembros, dolores abdominales, etc.).



- Consecuencias físicas de comportamientos anormales del propio niño y de su entorno. Accidentes iterativos, lesiones consecutivas a los hábitos nerviosos, a las aberraciones alimenticias, etc.
  
- Falso problema somático. Representa el conjunto de niños llevados a pediatría por razones de poca importancia; falsas enfermedades del niño, pero problemas reales de la familia que pueden a la larga desembocar en una patología real en el niño.

## II. Referencia estructural

- 2.1. Según los disfuncionamientos de las interacciones: Las interacciones patológicas contienen una parte notable tanto de influencias organizantes como de desorganizantes, en una mutualidad donde el bebé no tiene menos influencia en su madre que su madre en él. La interacción testimonia a la vez fenómenos patológicos electivos e influencias patógenas que se producen en la relación.
  
- Insuficiencia de relación materna desprovista de aportes libidinales, carencia de estímulo, etc.. La gravedad se debe o bien a la intensidad de los disturbios funcionales sometidos a un automatismo de repetición con potencial peligroso (anorexia severa, rumiadura, vómitos psicógenos, etc.), o a una organicidad lesional: enfermedad asmática complicada con una infección o una insuficiencia

respiratoria, rectocolitis ulcerosa, retardo del crecimiento por sufrimiento psicológico, infecciones repetidas de localizaciones viscerales diversas, etc.

- **Sobrecarga:** A la patología somática de la carencia se opone la del exceso de excitación y del sobrestímulo. La sobrecarga de excitación aparece en particular en la patología funcional común; los cólicos, los problemas de sueño, el espasmo del sollozo, etc., el exceso de excitación contiene un potencial inmediato de descarga funcional es a veces general y otras selectivo.
- **Discontinuidad:** Las incoherencias y las discordancias cualitativas y temporales de la relación, estas últimas están generalmente reguladas más de acuerdo con las exigencias materiales del entorno que según las necesidades del niño (quien a partir de entonces se encierra en el conformismo), con mucha frecuencia caracterizadas por la discontinuidad. Las irregularidades cualitativas y cuantitativas del apego influyen globalmente en la organización de los efectos e impiden la construcción de defensas psicosomáticas para el presente y a veces, sin duda para el futuro.

2.2. Según los disfuncionamientos psíquicos: La idea de estructura mental en el lactante plantea problemas complejos y ampliamente discutidos. Tanto o más que en edades posteriores a la infancia, el término estructura sólo puede ser aceptado a condición de entenderlo como una modalidad *actual* del funcionamiento psíquico, sometida a profundas modificaciones posteriores en el transcurso del desarrollo.

- Depresión: La depresión del lactante ha sido rectificada en sus formas clínicas y etiológicas por numerosos estudios recientes. Verdadero ananadamiento mental que priva al bebé de sus apetencias afectivas, la depresión se revela como un mecanismo importante de la desorganización psicosomática. Todavía es poco frecuente contar entre los criterios para la evaluación psiquiátrica de un lactante los índices del vigor libidinal y los instintos de vida. La importancia de sus síntomas atestiguan su debilitamiento en la atonía depresiva y su desvío en las otras variedades de la patología del humor, la excitación la hipersensibilidad receptiva o de la vacuidad afectiva.
  
- Psicosis: las dificultades en la clasificación de las psicosis infantiles están en la mismo proporción que las diferencias de concepción que se oponen a propósito de ellas. Mises, cuya propuesta nosográfica tiene la ventaja de optar por una referencia clínica, con miras a señalar la diversidad de condiciones en las que se encuentra asentado el problema de la psicosis precoz: las psicosis autistas, la psicosis de expresión deficitaria; las distorsiones psicóticas de la personalidad (desarmonias evolutivas de estructura psicótica) que cubren parcialmente las psicosis simbióticas.
  
- Síndrome deficitario: El atraso y el retraso mental son considerados dentro de una categoría estructural y no etiológica, se le asigna en su clasificación un eje particular en el nivel intelectual, con una anotación de retraso mental. Sin embargo no se debe desconocer la complejidad de la organización deficitaria y la

diversidad etiológica en la que toman su lugar, al lado de los factores orgánicos, las influencias psicológicas y psicosociales.

## DETECCION DE TRASTORNOS EN EL DESARROLLO

Durante los primeros años de la vida resulta sumamente importante la detección oportuna de trastornos en el desarrollo normal del niño para poder realizar una intervención oportuna. Para poder llevar a cabo ésta detección el psicólogo se vale de instrumentos psicométricos como las escalas de desarrollo infantil.

La mayoría de los investigadores del desarrollo las han definido como pruebas psicológicas que se utilizan para comparar el nivel del progreso alcanzado por un niño durante los primeros años de su vida.

Dichas escalas pueden evaluar las adquisiciones conductuales del bebé o del niño en edad preescolar, comparándolo con su grupo de edad y se componen fundamentalmente de pruebas de ejecución, observaciones estandarizadas y preguntas a los adultos encargados de los niños; con ello se pretende cubrir los diferentes aspectos del comportamiento humano como la motricidad, el lenguaje, la cognición y la socialización (Lezine, 1979).

Jonson y Goldman (citado por Lezine, 1979) mencionan que "la evaluación del desarrollo es un proceso en el cual se obtiene información clínica con el objetivo de dar

respuesta a preguntas de retraso del desarrollo ya que generan estrategias apropiadas de intervención.

"Generalmente su principal interés es obtener una medida global de desarrollo aunque en ocasiones también interesa conocer el nivel de funcionamiento de diferentes áreas que estas técnicas pueden evaluar o la evaluación del progreso o de los cambios aprendidos a lo largo de diferentes evaluaciones en el tiempo" (Silva, 1995 pag.183).

La evaluación infantil inicia a principios del siglo XX con los trabajos de Binet y Simon (1905, 1908, 1911) que se interesaban por los procesos psicológicos, las diferencias individuales y los aspectos hereditarios de la inteligencia así como por la necesidad de instrumentos estandarizados para poder hacer un diagnóstico certero.

Moreno (1985) menciona que es hasta los años 20 cuando se empiezan a construir instrumentos para la evaluación de la temprana infancia, los primeros trabajos los realiza Keihlman en 1922, en Gran Bretaña, aunque sus trabajos fueron duramente criticados por su falta de estandarización y validez.

Otros estudios están basados en las observaciones que algunos investigadores han extraído del comportamiento de sus hijos, sin embargo, estos trabajos también han sido criticados por los métodos empleados y porque la relación de parentesco puede crear deformaciones muchas veces difíciles de evitar.

Los primeros elementos de métodos experimentales que aparecían en algunas biografías de bebés se desarrollan principalmente en la antigua Unión Soviética, con los trabajos de Pavlov y sus discípulos, y en Estados Unidos con Watson, Weiss y muchos otros, que se abocaron en lo concerniente a los reflejos y condicionamientos en el recién nacido y el niño pequeño (Lezine, 1978).

La primera escala de *baby test* aparece en Francia y es realizada por Izard y Simon. Estas escalas proporcionan un valor estadístico que permite estimar con cierta precisión el nivel de desarrollo alcanzado por un niño en determinada edad o su grado de retraso proporcionando de manera descriptiva puntos de referencia cronológicos.

A pesar de que las obras de teóricos como Wallon, Freud y Piaget sirven como fuentes de inspiración para los psicólogos de la primera infancia, los primeros trabajos relacionados con la evolución del lactante y del niño pequeño son obra de neurólogos y médicos. Los aspectos neurológicos han sido estudiados por André-Thomas, J. De Ajuriaguerra, la motricidad por M. Bergeron, C.Koupernik y R. Dailly.

A partir de los trabajos de observación controlada de R. Spitz a las reacciones de los niños pequeños, numerosos trabajos de inspiración psicoanalítica introducen observaciones controladas en sus investigaciones sobre los niños pequeños.

En Francia el desarrollo motor de los niños comenzó a ser estudiado en las guarderías infantiles, desde entonces es utilizada una escala de *baby-test* (Brunet-Lezine).

Las primeras aplicaciones de este método han tenido un interés práctico, al permitir desde el principio distinguir diferentes aspectos del comportamiento perceptivo-motor, verbal y social de los niños desde la edad de un mes a los tres años.

#### ESCALA DE DESARROLLO PSICOMOTOR BRUNET LEZINE

Es una versión francesa de la escala de Gesell (1947) y Buhler y Heltzer (1935) utilizando métodos similares pero modificando lo necesario para escoger las pruebas más significativas de los autores anteriores para reducir las limitaciones que presentaban y aumentar su validez, la ventaja que proporciona es la precisión y programación en la prueba, reduciendo la variabilidad en los ítems en las distintas edades que presenta Gesell, a un número idéntico de ítems en cada edad (Silva, 1985).

La escala francesa de desarrollo psicomotor de Brunet Lezine es una de las escalas que se utilizan en México por ser la escala que se adapta más a los niños mexicanos, pues sus puntajes son muy similares a los puntajes teóricos establecidos por la norma francesa.

Esta escala fue estandarizada en México por las psicólogas Trinidad Berrúm, Lourdes Bernette y Marisela Alvarado (B.B.A.) en 1969, quienes trabajaban para el Instituto Mexicano del Seguro Social y requerían de un instrumento que les permitiera evaluar adecuadamente el desarrollo del niño mexicano.

En 1986, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado elige la escala estandarizada (B.B.A.) para evaluar el desarrollo psicomotor de los niños que asisten a sus Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil.

Al utilizar la escala (B.B.A.) los psicólogos de las Estancias observaron que no había una correspondencia entre el Cociente de Desarrollo (CD) obtenido con la escala utilizada y las conductas de los niños.

Esto probablemente se debió al tiempo transcurrido (18 años) desde que la Dra. Berrúm y colaboradoras estandarizaron la prueba para la población mexicana.

Por tal motivo, el I.S.S.S.T.E. se abocó a normar la escala para la población que atiende en sus Estancias. En esta normalización de la escala participó un grupo de psicólogos que prestaban sus servicios en las mismas y fueron ellos quienes realizaron esta tarea, dando como resultado poder contar con un instrumento válido y confiable que permite evaluar el desarrollo psicomotor de los niños atendidos.

En la escala de desarrollo Brunet Lezine se contemplan los cuatro áreas de desarrollo propuestas por Gesell:

- *Control postural o psicomotricidad.* Abarca el control de los movimientos corporales; posturas, manipulación, locomoción, coordinación espacial y visomotriz.



- *Coordinación oculo-motora o conducta adaptativa.* Estudia la capacidad del niño para adaptarse a nuevas situaciones u objetos; dibujos, reacciones ante nuevos estímulos, observación de objetos, etc.
- *Lenguaje.* Estudia todas aquellas conductas relacionadas con la comunicación del niño; verbalizaciones, sonidos, gestos, comprensión, etc.
- *Relaciones sociales y personales.* Hace referencia a aquellas conductas relacionadas con pautas culturales normativas del medio en que el niño se desenvuelve; respuestas ante personas, conductas relacionadas con la alimentación, el aseo, juegos, etc.

La escala esta diseñada para poder obtener un coeficiente de desarrollo parcial de cada una de estas áreas.

Su administración debe empezar con una serie de preguntas a los padres para conocer el nivel madurativo del niño a examinar para posteriormente realizar la evaluación de la conducta del niño.

La escala de desarrollo Brunet-Lezine tiene las siguientes características.

1.- Es un instrumento que puede aplicarse de manera rápida y sencilla. Los reactivos están organizados de manera que son mínimas las probabilidades de falta de objetividad por parte del examinador, ya que la respuesta que se pide es muy precisa,

por la forma rigurosa y ordenada de presentarse el material, lo cual reduce al mínimo la influencia del examinador.

2.- Es fácil de calificar. Esta prueba permite calcular un cociente de desarrollo global (CD) y cocientes parciales de desarrollo.

Los reactivos se califican (+) si hay acierto y (-) si hay fracaso y se van marcando en la hoja de protocolo. La fórmula para obtener el cociente de desarrollo es la siguiente:

$$\text{CD}_{\text{global}} = \frac{\text{Edad en días de desarrollo} \times 100}{\text{Edad cronológica}}$$

$$\text{CD}_{\text{parcial}} = \frac{\text{Edad en días de desarrollo} \times \text{área} \times 100}{\text{Edad cronológica}}$$

Para el cálculo de la edad cronológica se consideran meses de 30 días y años de 360 días para simplificar las operaciones.

3.- Los materiales que utiliza son de costo accesible y fácil reproducción. La mayoría de ellos son de uso común y pueden conseguirse sin mucha dificultad. aunque tienen características específicas de tamaño, forma, etc.

Por medio de las escalas de desarrollo se pueden obtener información con el objeto de generar estrategias apropiadas de intervención como la estimulación temprana, de la que hablaremos en el apartado siguiente.

## ESTIMULACIÓN TEMPRANA

### BREVE RESEÑA HISTORICA

El termino "Estimulación temprana" empieza a ser utilizado a partir de 1961, cuando Lindón inició en Inglaterra los primeros programas de estimulación precoz, después se intensifica en Estados Unidos estructurándose teóricamente como una disciplina.

En Sudamérica, se inicia en Uruguay en 1963 especialmente dirigida a niños con retardo mental; y a partir de 1967 se empieza a utilizar con niños de alto riesgo.

En Venezuela se inicia en 1971 y se brinda en el Instituto Venezolano para el Desarrollo Integral del Niño (INVEDIN).

En América latina las estrategias se orientan hacia políticas de alimentación, nutrición y salud, desde la primera mitad del siglo pasado, enfrentándose a serias limitaciones para resolver el problema nutricional, la creciente urbanización, el desempleo y sub-empleo entre otras.

En las ultimas décadas ha tomado creciente importancia la educación a nivel preescolar, en América Latina surge como respuesta al proceso general de transformación de la economía agraria e industrial que produce una creciente

incorporación de la mujer al trabajo remunerado fuera del hogar, por lo que se crean "guarderías" para la atención asistencial de los niños mientras sus madres trabajan.

En las décadas de los 50 y 60, con influencias europeas se crean "Jardines Infantiles", dándose a la atención del niño, un carácter más educativo y formativo.

Posteriormente los programas preescolares incorporan en sus objetivos, la atención a necesidades nutricionales y de salud e intentan integrar acciones asistenciales y formativas. Es cuando por iniciativa del sector salud y de grupos privados surgen programas para niños de 0 a 3 años (estimulación precoz) que ponen énfasis en la prevención de los efectos de privaciones físicas y mentales.

En México como en otros países, se busca crear estrategias de atención integral al niño, combinando aspectos de salud, nutrición, desarrollo psicomotor y afectivo-social; incorporando a la familia como agentes de estimulación.

#### **DEFINICIÓN DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA**

Hernán Montenegro (citado por Álvarez 2000, pag. 37) define a la estimulación temprana como "El conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que éste necesita desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicológico. Esto se logra a través de la presencia de personas y objetos en cantidad y oportunidad adecuados y en el contexto de situaciones de variada complejidad, que generen en el niño un cierto grado de interés y actividad, condición

necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo”.

Para Álvarez (2000, Pág. 38) "La estimulación temprana es una estrategia de prevención primaria que debe ser iniciada desde el momento que nace el niño, considerando condiciones ambientales de protección al niño y educativas hacia la madre, incluso antes de su nacimiento en útero, con especial énfasis en la etapa de maduración neurofisiológica, pero en continuación con la estimulación a nivel preescolar y escolar del niño y que abarque tanto su medio ambiente como sus condiciones de salud y nutrición”.

“Estimulación temprana significa el ofrecer constantemente al niño desde que nace oportunidades para relacionarse con el mundo que lo rodea, empezando por su propia familia y por las personas que temporal o permanentemente se encargan de su cuidado. Es importante que el niño se encuentre dentro de un contexto rico en posibilidades, variedad y contraste que le garanticen satisfactorias condiciones tanto para la salud y bienestar físico como para su desarrollo en las demás áreas (Flores, citado por Suárez, 1992).

Los primeros años de la vida del ser humano son considerados como trascendentales para el desarrollo de la vida afectiva, intelectual y social del niño, las aportaciones de los estudiosos del desarrollo nos permiten conocer la importancia de brindar al niño las condiciones necesarias para poder alcanzar un desarrollo óptimo.

Anteriormente los estudiosos de la conducta consideraban que la inteligencia era fija y estaba determinada genéticamente, estas ideas surgen a raíz de los trabajos de CH. Darwin sobre la selección natural y de F. Galton y su teoría de la herencia que suponía que las características mentales del ser humano son producto de la herencia y por lo tanto, inmodificables.

Pero a partir de algunos estudios sobre la inteligencia como los de Binet, en 1909 surge una nueva visión; "La mente de un niño es como la tierra de un campo, para la cual un experto agricultor ha diseñado un cambio en el método de cultivo, de tal manera que en lugar de tener como resultado una tierra desierta, obtengamos en su lugar una cosecha" (Eiserberg, citado por Álvarez,2000) lo que significa que la inteligencia de un niño puede ser aumentada.

Autores como Freud y Piaget con sus teorías mencionan que el desarrollo del niño puede ser modificado en forma positiva o negativa.

Los diversos estudios realizados con gemelos univitelinos que fueron criados en diferentes ambientes demuestran como las diferencias encontradas en el nivel de inteligencia pueden ser producto del ambiente en donde fueron criados.

"Por lo que se hace necesario proporcionar al niño durante los primeros años un ambiente rico en estímulos y crearle un cálido afecto y relaciones emocionales satisfactorias con su madre biológica o con una madre sustituta". (Bowlby, citado por Bralic, 1978).

Uno de los factores que se ha visto que tienen mayor influencia en el desarrollo del niño es la relación madre-hijo que se establece en las primeras etapas del recién nacido. Numerosos artículos nos hablan de los efectos negativos observados en los niños institucionalizados que frecuentemente presentan alteraciones en diversas áreas del desarrollo psíquico, rendimiento intelectual, lenguaje, conducta emocional y social.

Las cuantiosas investigaciones realizadas en este sentido han hecho que surjan conceptos como "deprivación *materna*" no solo para referirse a la separación o ausencia de la madre, sino a situaciones en que ésta va acompañada de otras desviaciones del patrón característico de relaciones entre madre e hijo.

Al respecto Bralic, (1978) menciona que puede haber tres tipos de deprivación materna:

*Distorsiones en la actitud materna*; la madre está presente físicamente, pero mantiene una relación anormal y patológica con su hijo. Diversas causas, desde un exceso de trabajo, hasta alteraciones psiquiátricas pueden impedir que la madre proporcione a su hijo lo que éste requiere para su sano desarrollo. Así, un niño cuidado por su propia madre puede estar sometido a deprivación materna, en la medida de que solo cuenta con la presencia física de su madre, y no con un apoyo emocional cálido y afectivo.

*Separación materna*; el niño ha vivido con su madre hasta una determinada edad y luego es separado de ella y colocado en un hogar sustituto, en este caso la variable



crítica es el cambio de la figura materna inicial, que desaparece y es reemplazada por otra. Aunque ese cambio sea en sí traumático, no en todos los casos de separación de la madre podemos hablar estrictamente de privación materna; la posibilidad de mantener una relación afectiva cálida con una figura materna sigue existiendo, ahora con una madre sustituta pero estable.

*Maternidad múltiple*; el niño está rodeado y atendido por varias figuras maternas simultáneas. Por razones de trabajo de la madre, de organización familiar, social o institucional, la crianza del niño es compartida por diversas personas, con mayor o menor diferenciación de funciones.

La presencia de una figura materna estable que proporcione al niño estímulos afectivos y sensoriales de calidad es indispensable para el sano desarrollo físico y psíquico del niño

La estimulación temprana viene a ser una serie de actividades dirigidas a brindarle al niño la mayor cantidad de oportunidades para favorecer su sano desarrollo en general.

#### OBJETIVOS DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Este método de abordaje propone:

-Permitir el máximo desarrollo del niño a nivel general o en áreas específicas (intelectual, social, de lenguaje, etc.).

-Adaptar las actividades a la etapa del desarrollo por la cual está pasando el niño, a fin de que la viva plenamente y la supere; como también evitar forzar al niño en una actividad para la cual no está preparado.

-Servir de estrategia para evitar o atenuar riesgos a que están expuestos los niños.

-Favorecer un cambio de actitud de los padres y miembros de la comunidad en cuanto al manejo del ambiente, para que convierta éste en un lugar sano, alegre y adecuado para el óptimo desarrollo del niño.

-Que padres y bebés permanezcan más tiempo juntos, enriqueciendo la relación interpersonal.

-La estimulación pretende ser una estrategia al alcance de todos, no requiere costos elevados, si se usan los recursos del ambiente, (Suárez, 1992).

Podemos decir que la estimulación temprana:

*Es acción:* cualquier actividad, intervención, juego realizado con el niño, que se escoge deliberadamente y con el cual se maneja también el ambiente.

Es *sistemática*: porque se realiza gradualmente, teniendo en cuenta las características y desarrollo normal de los niños, las capacidades reales e individuales de cada uno y el ambiente en que vive.

*Tiene un fin educativo*: porque permite expresar al máximo la potencialidad del niño en uno o varios niveles de desarrollo; intelectual o cognoscitivo, social-emocional, motor, del lenguaje. (Suárez, 1992)

## PROCEDIMIENTO

Se elaboraron e implementaron programas de estimulación temprana para los niños lactantes que asisten a la Estancia Infantil y que presentaron alteraciones en su desarrollo, con el propósito de brindar orientación y asesoría a padres de familia y maestras para apoyar el desarrollo psicomotor de los niños.

Para la implementación de los programas se trabajaron cuatro fases:

### *1.- Detección de trastornos del desarrollo psicomotor en el niño lactante.*

Se realiza de tres formas:

a).- Durante la entrevista de ingreso a la Estancia, el psicólogo obtiene una primera impresión del estado general del niño a través de la observación de su conducta y de la forma de relación y manejo por parte de los padres, esta primera impresión se complementa con la valoración de su desarrollo con la escala Brunet – Lezine.

b).- A través de los recorridos hechos por el psicólogo a las salas de lactantes, en donde se observan las actividades y la forma en la que el niño se desenvuelve dentro del grupo, lo cual nos puede dar indicios de la existencia de un trastorno.

c).- La detección puede provenir también a través del personal de sala, quienes conviven mucho tiempo con los niños y conocen su desarrollo normal, en este caso el personal educativo llena una ficha de canalización (anexo 1) para el psicólogo en donde especifica los motivos de la canalización, la fecha y nombre de la persona que reporta.

Detectado el probable caso de trastorno de desarrollo se procede a:

- Observar al menor en sus diferentes actividades.
  
- Valorarlo con la escala de desarrollo psicomotor Brunet – Lezine, de preferencia en la misma sala de lactantes para no sacarlo de su ambiente, ya que esto puede inhibir sus respuestas, especialmente en aquellos niños que tienen problemas de socialización.
  
- Los resultados se registran en el protocolo de la prueba (anexo 2) y se comparan con la o las valoraciones anteriores.
  
- Se procede a revisar el expediente del niño (anexo 3) retomando la información significativa que sea útil para conformar los antecedentes y contexto del caso.
  
- Se realiza una interconsulta con el pediatra de la Estancia comentando los resultados de la valoración, el médico hace una cuidadosa revisión del lactante para descartar cualquier patología que pueda estar afectando al niño.

- Lo anterior es informado a la Directora de la Estancia quien convoca a junta interdisciplinaria, para dar a conocer al equipo técnico de la Estancia (pediatra, pedagoga, trabajadora social, odontóloga y nutrióloga) la situación del menor.

- Se establece el plan de acción, el cual puede ser:

a).- Dar suspensión temporal o definitiva del servicio.

b).-Canalizar al menor con un especialista, de preferencia de la propia institución.

c).- Dar manejo interno en la estancia.

- Una vez determinado el plan de acción se procede a realizar en coordinación con la Directora una entrevista especial con los padres de familia a través de un citatorio (anexo 4) para explicarles los resultados de la valoración, si el niño es canalizado se les brindan algunas alternativas de Instituciones que puedan ofrecerles la atención requerida y se determina con ellos el lugar apropiado para tal efecto.

- En coordinación con la Directora y Trabajadora Social se elabora un oficio de canalización para que los padres lo presenten al especialista.

- Se realiza el seguimiento del caso en la institución encargada a través de la Trabajadora Social, hasta que el niño sea dado de alta. Los padres deben solicitar

periódicamente al especialista un informe sobre la situación del menor para presentarlo en la Estancia, de no cumplir con este requisito se procede a aplicar las sanciones que marca el Reglamento de Estancias, a fin de que los padres no dejen de atender al niño.

## *2.- Diseño de programas de estimulación temprana.*

Es la segunda fase del procedimiento, ocurre cuando en el plan de acción se determina brindar manejo interno en la Estancia. El área de psicología cuenta con programas básicos de estimulación temprana (anexo 5) que están conformados de la siguiente manera:

De 0 a 3 meses de edad

De 4 a 6 meses de edad

De 7 a 9 meses de edad

De 10 a 12 meses de edad

De 13 a 15 meses de edad

De 16 a 18 meses de edad

Se elige el programa básico correspondiente a la edad del niño enriqueciéndolo con actividades destinadas a apoyar específicamente a las áreas de desarrollo en las que el niño presentó retraso (anexo 2).

### *3.- Implementación de los programas .*

En esta fase del procedimiento se cita a los padres (anexo 4) al cubículo de psicología para darles a conocer la situación del niño, lo cual se hace de manera que ellos comprendan y acepten el problema que presenta su hijo, explicándoles la necesidad de apoyarlo en su desarrollo a través de los programas de estimulación temprana y sensibilizándolos en cuanto a la importancia de su colaboración pues en ocasiones se muestran poco participativos.

Se hace entrega del programa de estimulación, explicando detalladamente como efectuar las actividades contenidas en el mismo y mostrando con el propio niño la manera adecuada de aplicar las actividades.

Los padres firman el expediente del niño cuando reciben el programa de estimulación temprana, comprometiéndose a llevarlo acabo en casa, de no contar con su apoyo se aplicaran las sanciones señaladas en el Reglamento de Estancias.

Se habla con el personal de sala sobre la situación del niño, haciendo entrega del mismo programa que se dio a los padres para casa y se les muestra la forma adecuada de realizar las actividades al niño.



#### *4.- Evaluación de resultados.*

Es la última fase del procedimiento. En ella se corrobora los logros y dificultades en la aplicación de actividades contenidas en los programas, manteniendo constante comunicación con los padres del niño y el personal de sala mediante entrevistas subsecuentes.

Se valora mensualmente al niño, para conocer los avances obtenidos e ir cambiando los programas hasta el momento en que logra su recuperación y es dado de alta.

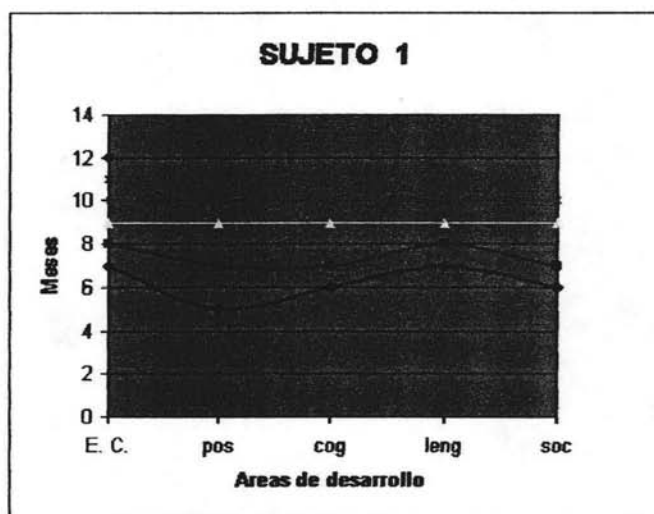
Esta actividad se realiza durante todo el ciclo escolar y su duración depende de los logros obtenidos por cada niño.

#### **ANALISIS**

En la elaboración del presente reporte laboral se selecciono únicamente a la población del área de lactantes de la Estancia Infantil, esta área esta conformada por 72 niños, 12 de los cuales presentaron alteraciones en su desarrollo psicomotor al ser valorados con la escala B. B. A.

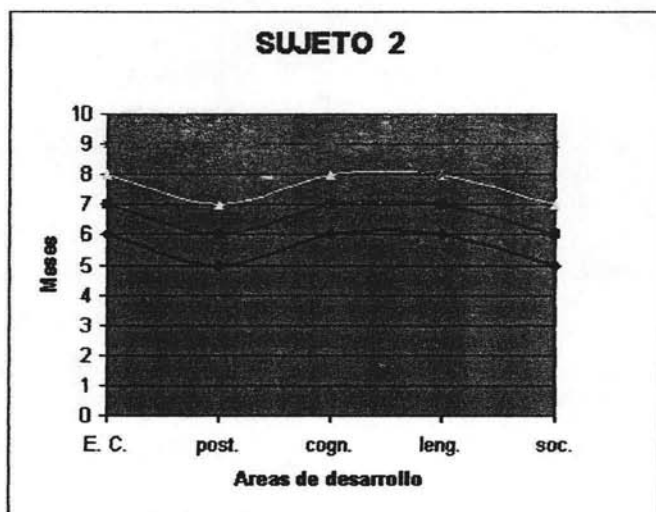
Una vez aplicados los programas de estimulación temprana en los niños que presentaron alteraciones se muestran los resultados en gráficas de línea base en las que se aprecian con diferente color el número de programas que fueron necesarios en

cada caso. Cuando la línea presenta desviaciones hacia abajo se puede observar cuales áreas del desarrollo están afectadas, si la línea es recta nos indica que el sujeto tiene un desarrollo adecuado a su edad.

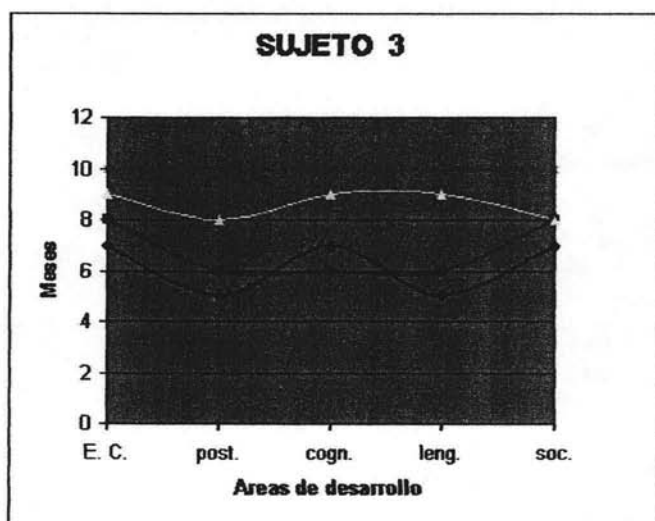


Femenina de 7 meses 12 días, presentó en la primera evaluación retraso en área postural, cognoscitiva y social, requirió de dos programas de estimulación temprana.

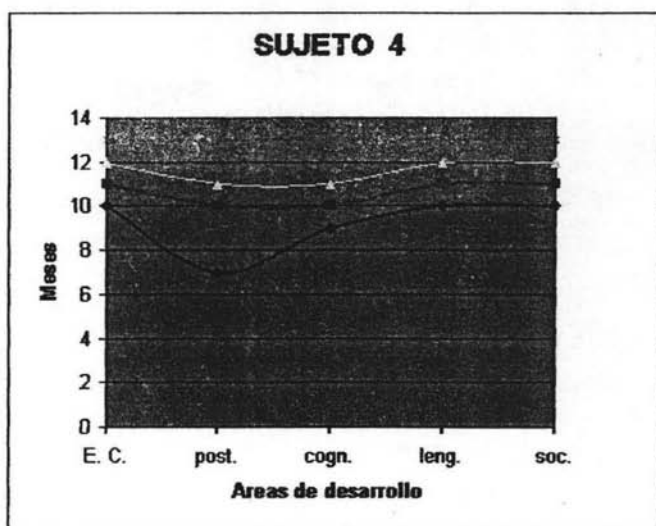
# ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA



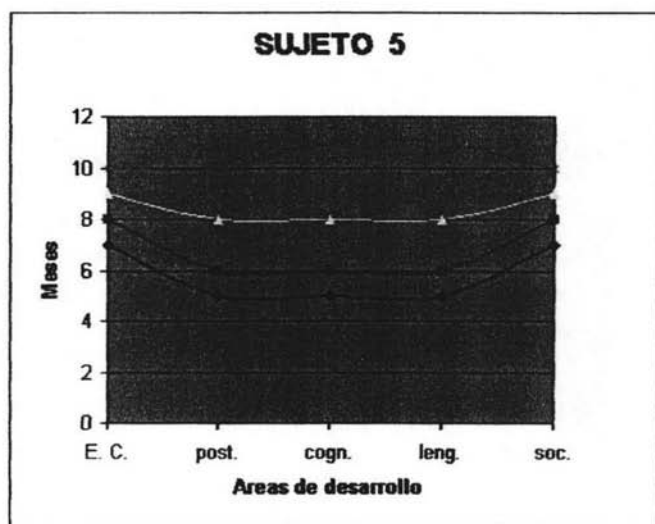
Femenina de 6 meses 23 días en primer evaluación presentó retraso en área postural y social, requirió de cuatro programas de estimulación temprana.



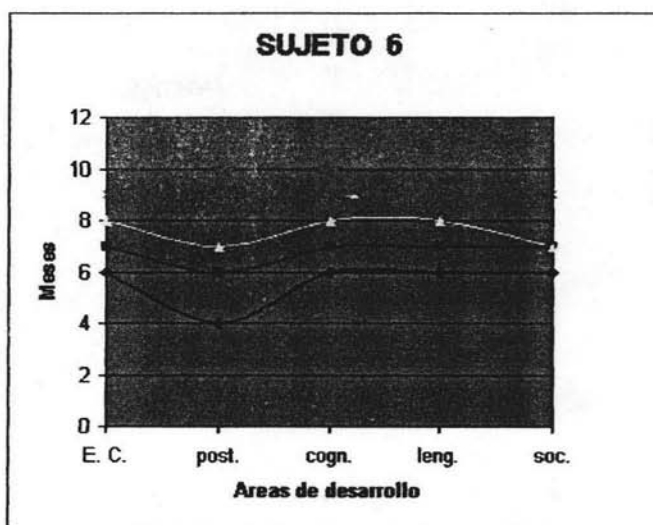
Femenina de 7 meses 6 días, en la primer evaluación presentó retraso en área postural y de lenguaje, requirió de tres programas de estimulación temprana.



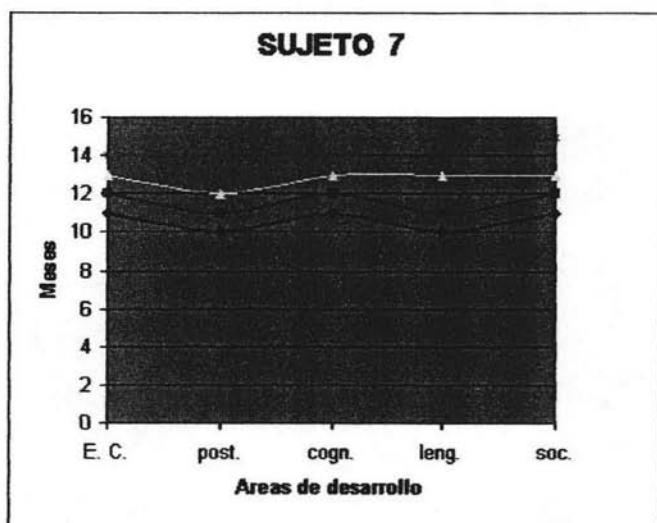
Femenina de 10 meses 20 días, en la primera evaluación presentó retraso en área postural y cognoscitiva, requirió de tres programas de estimulación temprana.



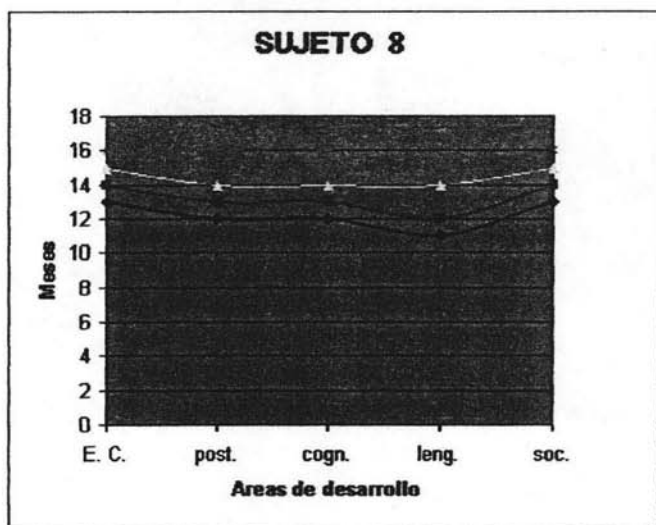
Femenina de 7 meses 6 días, en la primera evaluación presentó retraso en área postural, cognoscitiva y de lenguaje, requirió de cuatro programas de estimulación temprana.



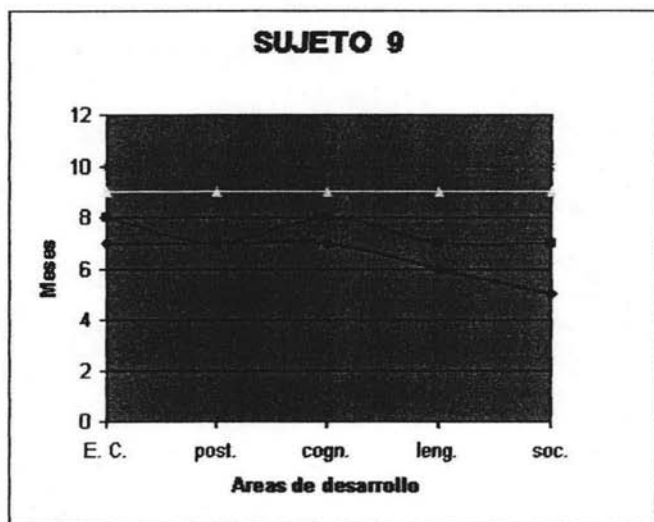
Femenina de 6 meses 9 días, en la primer evaluación presentó retraso en área postural, requirió de tres programas de estimulación temprana.



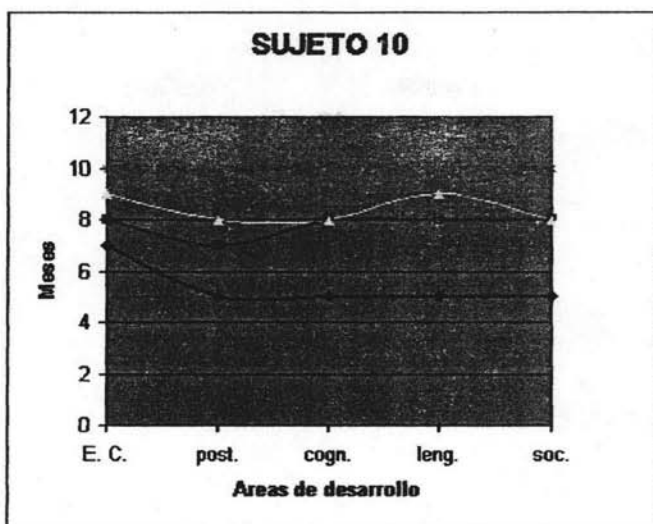
Femenina de 11 meses 6 días, en la primera evaluación presentó retraso en área postural y de lenguaje, requirió de tres programas de estimulación temprana.



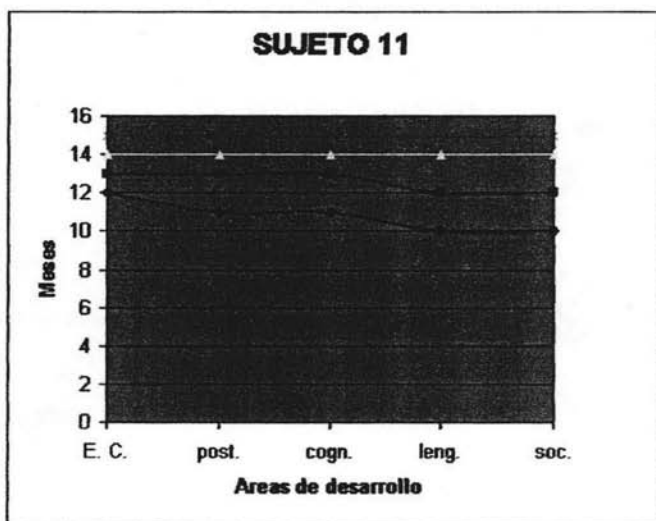
Masculino de 13 meses 8 días, en la primera evaluación presentó retraso en área postural, cognoscitiva y de lenguaje, requirió de cuatro programas de estimulación temprana.



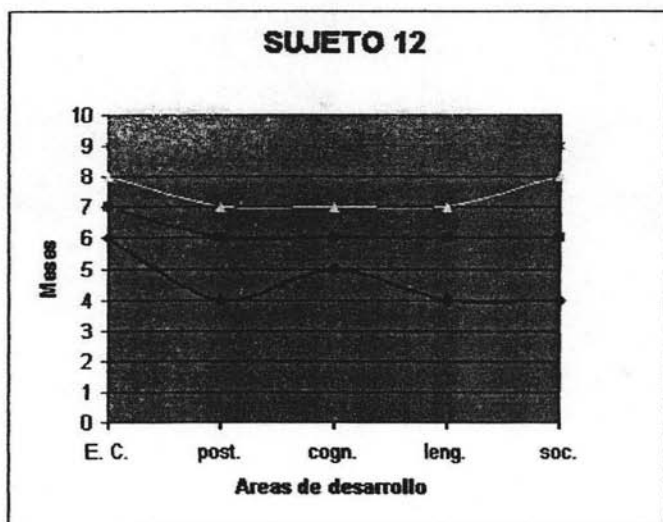
Masculino de 7 meses 4 días, en la primera evaluación presentó retraso en área social y de lenguaje, requirió de dos programas de estimulación temprana.



Masculino de 7 meses 28 días, en la primera evaluación presentó retraso en área postural, cognoscitiva, social y de lenguaje, requirió de tres programas de estimulación temprana.



Masculino de 12 meses 1 día, en la primera evaluación presentó retraso en área postural, cognoscitiva, de lenguaje y social, requirió de dos programas de estimulación temprana.



Masculino de 6 meses 26 días, en la primera evaluación presentó retraso en área postural, cognoscitiva, social y de lenguaje, requirió de tres programas de estimulación temprana.

Como se mencionó anteriormente la escala de desarrollo psicomotor B. B. A. contempla las 4 áreas de desarrollo propuestas por Gesell, con ella obtenemos un coeficiente de desarrollo global y un coeficiente de desarrollo parcial por cada área lo que nos permitió observar que de los 12 niños que conformaron nuestra muestra 11 presentaron alteraciones en el área postural, 7 en el área cognoscitiva, 8 en el lenguaje y 6 en el área social.



Con los resultados obtenidos se pudo observar que el 91% de los niños y las niñas presentaron alteraciones en el área postural, es decir, casi la totalidad de la muestra, el 58% tuvo retraso en el área cognoscitiva, el 66% en el lenguaje y el 50% en el área social.

Sabemos que este periodo de desarrollo está caracterizado por un lenguaje que va desde el llanto indiferenciado y el balbuceo hasta las primeras sílabas y palabras por lo que las manifestaciones de la inteligencia y en general los avances del desarrollo que miden las escalas se van a dar a través de la actividad motriz del bebé y de sus reacciones ante los estímulos.

Algunos de los datos obtenidos durante la revisión de los expedientes de los menores arrojaron los siguientes datos:

La totalidad de los niños pertenecían a familias donde ambos padres trabajaban, siendo las madres quienes pasaban la mayor parte del tiempo con sus hijos después de su jornada laboral, los padres interactuaban poco tiempo con ellos.

Ocho de las parejas tenían un nivel escolar de secundaria o técnico, otras tres parejas tenían un nivel medio superior en uno o ambos padres y en la última pareja la madre tenía un nivel de postgrado y el padre de licenciatura.

Durante las entrevistas realizadas en forma individual para darles a conocer los resultados de las evaluaciones los padres de familia describieron a sus hijos como;

"buenos niños", " tranquilos", "muy inteligentes para su edad", etc., por lo que les fue difícil aceptar los resultados de la valoración, sin embargo aceptaron el apoyo que se les ofreció a través de los programas de estimulación temprana.

Los padres de familia de los niños que recibieron programas de apoyo así como el personal de sala que tenían a su cargo a estos niños recibieron sesiones de orientación para darles a conocer la aplicación de dichos programas, también se les oriento sobre el desarrollo del niño lactante.

Se pudo apreciar que los padres de familia que recibieron la orientación mostraban interés en apoyar a sus hijos, sin embargo desconocían en la mayoría de los casos como hacerlo, mostrando algunos de ellos conductas de sobreprotección hacia sus hijos lo cual impedía que estos pudieran poner en practica todas sus capacidades.

La mayoría reportó que en casa el bebé permanecía mucho tiempo en su cuna o en su silla portabebé, mientras las mamás se dedicaban a las labores del hogar.

No es suficiente que al niño se le rodee de estímulos para que pueda desarrollarse adecuadamente, sino que es indispensable que tanto padres como maestros le brinden los elementos que le permitan avanzar en su desarrollo intelectual, motor, social y afectivo.

Como se ve en las gráficas, después de la aplicación de los programas de estimulación temprana el total de los niños alcanzaron una edad de desarrollo acorde a su edad cronológica.

## CONTRIBUCIÓN

En los primeros años de vida el crecimiento físico y el desarrollo son muy acelerados en los niños principalmente en los lactantes en quienes son más notorios estos cambios, ellos son totalmente dependientes del adulto para poder sobrevivir y los padres o tutores son los principales responsables de la atención y educación de sus hijos, pero desafortunadamente en muchas ocasiones ellos no están preparados para ello o no tienen la disposición para hacerlo, por lo que muchos de ellos pretenden depositar esta responsabilidad en la Estancia Infantil creyendo que con asistir a ella es suficiente para que su hijo se desarrolle adecuadamente.

Para que este proceso sea posible es indispensable que exista un compromiso mutuo entre los padres de familia y la Estancia a fin de que tanto unos como otros brinden al niño las oportunidades necesarias para asegurarle una atmósfera que garantice su óptimo desarrollo afectivo, social e intelectual.

Recordemos que muchos de estos niños viven en ambientes familiares hostiles con carencias económicas y afectivas que repercuten notoriamente en su desarrollo o que simplemente por desconocimiento los padres llegan a afectar este proceso en sus hijos manteniendo conductas de sobreprotección hacia ellos.

Para poder disminuir estos riesgos en los niños que asisten a la Estancia se sugiere que además de las pláticas periódicas que se realizan sobre temas relacionados con sus hijos por parte del servicio de psicología se formen pequeños grupos de padres de familia para que se trabaje con ellos de manera más directa y periódica, estos grupos podrían formarse de acuerdo a las necesidades detectadas, dándoles a conocer las pautas del desarrollo normal y la forma en que pueden apoyarlo con actividades de estimulación en casa.

En cuanto al personal de sala es necesario que exista una adecuada capacitación para ellas, pues aunque conocen mucho sobre los niños por su experiencia de tantos años de trabajo es necesario que se les capacite teóricamente.

Otra sugerencia es que se revisen y actualicen los planes de actividades que se elaboran para trabajar en sala ya que aunque existe un Programa Integral Educativo para la planeación de actividades, en ocasiones las actividades que se programan no cubren de manera integral las necesidades del niño, es común que dichos planes de actividades estén más enfocados a las áreas del desarrollo intelectual y social y se les brinde menos atención al aspecto motor y de lenguaje o viceversa.

También es conveniente que se continúe con la supervisión de actividades en sala realizada por parte del servicio de pedagogía y psicología pues aunque existe un plan de trabajo semanal a veces estas no se llevan a cabo adecuadamente.

Con respecto a las canalizaciones que el psicólogo de la Estancia hace de algún menor con determinado especialista, no se cuenta con un enlace interinstitucional, de manera que si se llega a canalizar el niño, este tarda alrededor de dos o tres meses en ser recibido por el especialista por primera vez y posteriormente las citas que le dan son muy espaciadas debido a la demanda que se tiene, esto hace que los padres de familia a los que en ocasiones les fue difícil aceptar la problemática de su hijo se valgan de este pretexto o pierdan el interés por atender el problema del niño.

Si buscan la atención en otras instituciones del sector salud se les niega el servicio por ser derechohabientes del ISSSTE y en la mayoría de los casos los padres no cuentan con los recursos económicos necesarios para ser atendidos por un especialista en forma particular, de manera que sería conveniente la creación de un acuerdo en el que los niños canalizados por parte de la Estancia reciban una atención más directa sin la necesidad de tener que pasar por el médico familiar de su clínica para que les proporcione el pase con el especialista.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ajuriaguerra, J. De (1980) Manual de psiquiatría infantil. Barcelona: Toray Masson

Álvarez, F. (2000) Estimulación temprana una puerta hacia el futuro. Santiago: Alfaomega.

Bee, H. (1978) El desarrollo del niño. México: Harla.

Bralic, S., Haussler I. y Lira, M. (1978) Estimulación temprana. UNICEF. Santiago: Alfabetá.

Cabrera, C. y Sánchez, C. (1987) La estimulación precoz. Un enfoque práctico. México: Siglo XXI.

Cabrera, E. (1978) Psicología. México: Libros de México.

CIE – 10. Trastornos mentales y del comportamiento, descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. OMS (1992), Madrid: Meditor.

DSM – IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (1996) Barcelona: Masson, S. A.

Fitzgerald, H. y Strommen, E. (1981) Psicología del desarrollo: El Lactante y el Preescolar. México: Manual Moderno.

Gesell, A. (1987) El niño de 1 a 4 años. México: Paidós.

Gesell, A. y Amatruda, C. (1990) Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño.

México: Paidós.

ISSSTE (1994) Manual de normas y procedimientos técnicos del área de psicología.

ISSSTE (1994) Subprograma pedagógico.

Larroyo, F. Historia comparada en la educación de México. México: Porrúa.

Lézine, I. (1979) La primera infancia. Un estudio psicopedagógico sobre las primeras Etapas del desarrollo infantil. España: Gedisa.

Lira, R. y Roche, E. (1992) Normalización de la escala de desarrollo psicomotor de Brunet Lézine en niños de edad preescolar. Tesis de Licenciatura en Psicología:

Facultad de Psicología, UNAM.

Jurado-García Eduardo (2002) Apuntes del Diplomado de Neurodesarrollo. Facultad de Psicología, UNAM.

Lippsit, L. y Reese H. (1990) Desarrollo infantil. México: Trillas.

López Arce-Coria. (2002) Apuntes del Diplomado de Neurodesarrollo. Facultad de Psicología, UNAM.

Mata, S. (1990) Estimulación temprana de 0 a 36 meses. Favoreciendo el desarrollo.

Buenos Aires: Humanitas.

Papalia, D. y Olds W. (1992) Desarrollo humano. México: Mc. Graw-Hill.

Piaget, J. (1975) Seis estudios de psicología. Barcelona: Seix Barral, S. A.

Piaget, J. y Inhelder, B. (1981) Psicología del niño. Madrid: Morata.

Silva, F. (1995) Evaluación psicológica en niños y adolescentes. Madrid: Síntesis.

Soto, E. (1973) Las Estancias de Bienestar Infantil del I.S.S.S.T.E. Tesis de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Trabajo Social, UNAM.

Suárez, E. (1992) Programa y método por la estimulación precoz. Educación Especial, Panamá.

Vila, Ignassi (1986) Introducción a la obra de H. Wallon. Barcelona: Anthropos

Wallon, H. (1979) La evolución psicológica del niño. México: Grijalbo.



## **ANEXOS**



ISSSTE

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, SOCIALES Y CULTURALES  
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y RECREATIVOS

### FICHA DE CANALIZACIÓN

E.B.D.I.No.: \_\_\_\_\_ (1)

NOMBRE DEL NIÑO (A) \_\_\_\_\_ (2) EDAD: \_\_\_\_\_ (3) SALA: \_\_\_\_\_ (4)

FECHA: \_\_\_\_\_ (5) HORA: \_\_\_\_\_ (6)

PERSONA QUE CANALIZA: \_\_\_\_\_ (7) FIRMA: \_\_\_\_\_ (8)

SERVICIO AL QUE SE CANALIZA:

- SALUD ( )
- ODONTOPEDIATRÍA ( )
- TRABAJO SOCIAL ( )
- PSICOLOGÍA ( )
- NUTRICIÓN ( )
- DIRECCIÓN ( )
- EDUCACIÓN ( )

### ANEXO 1

MOTIVO DE CANALIZACIÓN: \_\_\_\_\_ (9)

(10) ELABORÓ \_\_\_\_\_

(11) AUTORIZÓ Vo. Bo. DIRECTOR(A) DE LA ESTANCIA \_\_\_\_\_



SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, SOCIALES Y CULTURALES  
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y RECREATIVOS

**ANEXO 2**

Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil

Evaluación de Brunel-Lezine de 6 A 72 mes

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad Cronológica: \_\_\_\_\_ Edad de Desarrollo: \_\_\_\_\_

Cociente de desarrollo: \_\_\_\_\_ Clasificación: \_\_\_\_\_

Examinador: \_\_\_\_\_ Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_

Edad en meses	P			C			L			S									
	i	+ 0	- m	Edad de desarrollo	Peso en kilos	Edad de desarrollo de Aseo	i	+ 0	- m	Edad de desarrollo	Peso en kilos	Edad de desarrollo de Aseo	i	+ 0	- m	Edad de desarrollo	Peso en kilos	Edad de desarrollo de Aseo	
6	2	1	3	5m 9d 5m 19d 6m	9 10 11		3	5	6	4	6	8	4m	30		10	5m 8m	14 16	
7	12	11	17	6m 8d 6m 19d 7m	8 11 11		13	14	15	6m 10d 6m 20d 7m	10 10 10		18	7m	30		16 19 20	5m 9d 6m 18d 7m	9 9 12
8	21	21	22	7m 9d 7m 18d 8m	9 10 12		26	24	25	7m 5d 7m 11d 7m 19d 8m	5 6 8 11		28	29	30		28 29 30	7m 10d 7m 20d 8m	10 10 11
9	32	31	37	8m 9d 8m 19d 9m	9 10 11		35	36	33	8m 5d 8m 13d 8m 21d 9m	5 6 8 9		38	9m	30		39 42	8m 11d 9m	11 11
10	41	42		9m 13d 10m	13 17		43	44	42	9m 5d 9m 10d 9m 18d 9m 26d 10m	5 5 6 6 8		49	48		50	10m	14 16	30
12	57	51		10m 26d 12m	26 34		56	55	52	10m 10d 10m 21d 10m 33d 10m 43d 12m	10 11 12 17 15		56	56	60		59 60	10m 27d 12m	27 33
16	87	81		12m 40d 13m	40 50		83	84	82	12m 15d 12m 30d 12m 50d 12m 71d 13m	15 18 19 18 19		88	88		89	12m 14d 13m	14 16	30
18	77	71		13m 31d 18m	39 51		75	77	74	13m 20d 13m 43d 13m 64d 18m	20 22 23 20		74	78		77	13m 41d 18m	41 49	35
31	81	87		18m 40d 21m	40 50		82	85	83	18m 23d 18m 36d 21m	28 28 34		86	86	89		90 91	18m 20d 18m 29d 21m	27 30 31
34	91	97		21m 44d 24m	44 44		94	92	93	21m 19d 21m 40d 24m 43d 24m	19 21 22 27		96	98		99	21m 23d 21m 54d 24m	23 33 34	40
34							130	129	131	21m 37d 21m 57d 24m	27 30 33		132	24m	90				
30	107	121		24m 83d 30m	83 97		107	103	104	24m 36d 24m 80d 24m 176d 30m	34 44 48 52		106	108		110	24m 90d 30m	90 90	68 92
36							133	131	135	24m 59d 24m 118d 30m	38 50 47		134	30m	100				





ISSSTE

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, SOCIALES Y CULTURALES  
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y RECREATIVOS

## ANEXO 3

### ENTREVISTA PSICOLÓGICA

FECHA: \_\_\_\_\_  
GRUPO: \_\_\_\_\_

#### 1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

- 1.1. Nombre del niño: \_\_\_\_\_
- 1.2. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_
- 1.3. Nombre de la madre: \_\_\_\_\_
- 1.3.1. Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_
- 1.4. Nombre del padre: \_\_\_\_\_
- 1.4.1. Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_
- 1.5. Estado civil de los padres: \_\_\_\_\_

#### 2. ANTECEDENTES INSTITUCIONALES

- 2.1. ¿ Ha asistido a otra institución de carácter educativo asistencial ? Si ( ) No ( )
- 2.2. Lugar: \_\_\_\_\_ Edad de ingreso: \_\_\_\_\_
- 2.3. Tiempo que asistió: \_\_\_\_\_
- 2.4. Motivo por el cual dejó de llevarlo: \_\_\_\_\_
- 2.5. Persona que ha estado al cuidado del menor y su relación con esta: \_\_\_\_\_
- 2.6. ¿Que espera del servicio de la Estancia? \_\_\_\_\_



ISSSTE

**SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, SOCIALES Y CULTURALES**  
**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y RECREATIVOS**

**3. ANTECEDENTES PRENATALES**

3.1. ¿Fue planeado el embarazo?      Sí (    )      No (    )

3.2. ¿ Cuál fue la reacción de la pareja al enterarse? \_\_\_\_\_

3.3. Núm. de embarazos: \_\_\_\_\_ Núm. de abortos: \_\_\_\_\_

3.4. Duración del embarazo: \_\_\_\_\_ Semanas: \_\_\_\_\_

3.5. Acontecimientos relevantes durante este embarazo: \_\_\_\_\_

**4. ANTECEDENTES PERINATALES**

4.1. Tipo de parto: Natural (    )      Inducido (    )      Cesárea (    )      Fórceps (    )

4.2. Causa: \_\_\_\_\_

4.3. ¿ Cuáles emociones o impresiones sintió la madre durante el parto? \_\_\_\_\_

4.4. Acontecimientos significativos ( hospitalización, tratamientos, etc.) \_\_\_\_\_

**5. NEONATALES**

5.1. Primeras impresiones de los padres y hermanos al conocer al neonato: \_\_\_\_\_

5.2. Preferencia de los padres por el sexo del bebé: por el padre M (    ) F (    )      por la madre M (    ) F (    )

5.3. Cambios en la dinámica familiar: \_\_\_\_\_



ISSSTE

**SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, SOCIALES Y CULTURALES**  
**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y RECREATIVOS**

**DESARROLLO DE HÁBITOS**

**6. ALIMENTACIÓN**

- 6.1. ¿Le dió pecho al bebé? Si ( ) ¿ Cuánto tiempo ? \_\_\_\_\_  
No ( ) ¿ Por qué? \_\_\_\_\_
- 6.2. ¿ Cómo se sintió al darle el pecho ? \_\_\_\_\_
- 6.3. ¿ Cómo fué el destete ? \_\_\_\_\_
- 6.4. Actitud de la madre ante el destete: \_\_\_\_\_
- 6.5. Si no le dió biberón ¿ Por qué ? \_\_\_\_\_
- 6.6. Edad de inicio y proceso de ablactación: \_\_\_\_\_
- 6.7. ¿ Qué utensilios utiliza en la ablactación: \_\_\_\_\_
- 6.7.1. Con o sin ayuda: \_\_\_\_\_
- 6.8. ¿ Cuáles son sus horarios de alimentación ? \_\_\_\_\_
- 6.9. ¿ En qué lugar come habitualmente ? \_\_\_\_\_
- 6.10. ¿ Qué hace cuando el niño no quiere comer ? \_\_\_\_\_

**SIGNOS DE ALARMA**

Succión: ( ) Deglución: ( ) Se pone morado: ( ) lengua constantemente afuera: ( ) No come bien: ( )



ISSSTE

### 7. SUEÑO

- 7.1. El niño duerme: Solo: ( ) Acompañado en la misma cama: ( )
- 7.2. Acompañado en la misma recámara ( ) ¿ Con quién ? \_\_\_\_\_
- 7.3. ¿ Se pasa a media noche a la cama de los padres ? \_\_\_\_\_
- 7.4. ¿ Presenta alteraciones durante el sueño ? ( sonambulismo, terrores nocturnos, etc.). \_\_\_\_\_
- 7.5. ¿ Cuántas horas duerme actualmente?: \_\_\_\_\_
- 7.6. Describa la rutina de sueño: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### 8. CONTROL DE ESFÍNTERES

- 8.1. ¿ Avisa cuando quiere ir al baño ? Si ( ) No ( )
- 8.2. ¿ A que edad aprendió? \_\_\_\_\_ ¿ Cómo lo entreno ? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 8.3. ¿ Cuánto tiempo duro el entrenamiento ? \_\_\_\_\_
- 8.4. Existe control de diurno: \_\_\_\_\_ Nocturno: \_\_\_\_\_
- 8.5. ¿ Se ha presentado algún problema ? ( enuresis, encopresis ): \_\_\_\_\_
- 8.6. ¿ Qué ha preguntado acerca del sexo ? \_\_\_\_\_
- 8.7. ¿ Qué le contestan sus padres ? \_\_\_\_\_
- 8.8. ¿ Con qué frecuencia se toca sus genitales? \_\_\_\_\_
- 8.9. ¿ Que hacen los padres al respecto ? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### 9. DESARROLLO PSICOMOTOR

#### 9.1. LACTANTES

Sostén cervical Si ( ) No ( ) ¿ A que edad lo hizo ?:

Sedestación Si ( ) No ( ) ¿ A que edad lo hizo ?:





SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, SOCIALES Y CULTURALES  
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y RECREATIVOS

ISSSTE

Con apoyo Si ( ) No ( )  
Reptación y/o gateo Si ( ) No ( ) ¿ A qué edad lo hizo ? \_\_\_\_\_  
Bipedestación Si ( ) No ( ) ¿ A qué edad lo hizo ? \_\_\_\_\_  
Marcha Si ( ) No ( ) ¿ A qué edad lo hizo ? \_\_\_\_\_  
¿ Busca el origen de los sonidos ? Si ( ) No ( ) ¿ A qué edad lo hizo ? \_\_\_\_\_  
9.1.1. ¿ A existido algún problema ? (Luxación congénita de cadera, pie equino, etc.) especifique: \_\_\_\_\_

**OBSERVAR**

Manos empuñadas ( ) Hemisíndrome motor ( )

**9.2. Maternal y Preescolar**

Corre: \_\_\_\_\_ Con ayuda: ( ) Solo: ( )  
¿ Sube y baja escaleras alternando los pies ? Si ( ) No ( )  
¿ Ya camina hacia atrás ? Si ( ) No ( )  
¿ Se puede parar sobre un solo pie ? Si ( ) No ( )  
¿ Puede guardar el equilibrio sobre un solo pie ? Si ( ) No ( )  
¿ Puede patear una pelota grande ? Si ( ) No ( )

9.2.1. Actividades físicas preferenciales del niño: \_\_\_\_\_

9.2.2. Juegos y juguetes preferidos del niño: \_\_\_\_\_

**10. LENGUAJE**

**10.1 ACTANTES**

10.1.1. ¿ En sus primeros meses emitió algunos sonidos ? \_\_\_\_\_ Ejemplo: \_\_\_\_\_

10.1.2. ¿ Pronuncia algunos monosílabos: \_\_\_\_\_ Ejemplo: \_\_\_\_\_  
¿ A qué edad? \_\_\_\_\_



ISSSTE

**SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, SOCIALES Y CULTURALES**  
**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y RECREATIVOS**

10.1.3. ¿ Emplea algunos sonidos o señales con significados para pedir algo ? \_\_\_\_\_  
¿ Cuáles ? : \_\_\_\_\_ ¿ A qué edad ? : \_\_\_\_\_

**SIGNOS DE ALARMA**

No intenta responder a los estímulos del medio ( )

No entiende ni hace caso de los estímulos del medio ( )

10.2. Maternales y Preescolares

10.2.1. ¿ Habla consigo mismo ? \_\_\_\_\_ ¿ Se entiende lo que habla ? \_\_\_\_\_

10.2.2. ¿ Existe algún problema en relación al lenguaje receptivo o expresivo ? \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

**11. DINÁMICA FAMILIAR**

11.1. Personas que viven en el hogar y lugar que ocupa el niño en la familia: \_\_\_\_\_

11.2. ¿ Qué hace la familia los fines de semana? : \_\_\_\_\_

11.3. ¿ Cómo son las relaciones en pareja? : \_\_\_\_\_

11.4. Describir cada uno a su pareja: \_\_\_\_\_

El: \_\_\_\_\_

Ella: \_\_\_\_\_

11.5. ¿ Quién toma las decisiones normalmente ? \_\_\_\_\_

11.6. ¿ Ha existido alguna separación entre los miembros de la familia ? \_\_\_\_\_

11.7. ¿ Por cuánto tiempo ? \_\_\_\_\_

11.8. ¿ Cómo reaccionó el niño? \_\_\_\_\_

**12. DESARROLLO AFECTIVO-SOCIAL**

12.1. ¿ Cómo reacciona el niño cuando otras personas se le acercan? \_\_\_\_\_



ISSSTE

**SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, SOCIALES Y CULTURALES**  
**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y RECREATIVOS**

- 12.2. ¿ Cómo responde el niño cuando se le niega algo ? \_\_\_\_\_  
12.3. ¿ Cómo reacciona la familia ? \_\_\_\_\_  
12.4. ¿ Cómo describe el carácter del niño en la actualidad ? \_\_\_\_\_  
12.5. ¿ Quién corrige habitualmente al niño ? \_\_\_\_\_  
12.6. ¿ Cómo lo hace ? \_\_\_\_\_  
12.7. ¿ Juega con otros niños ? \_\_\_\_\_  
12.8. ¿ Tiene hábitos cómo: chuparse el dedo, morderse las uñas, orinarse en la cama, etc. ? \_\_\_\_\_

**SIGNOS DE ALARMA**

No le gusta que lo abracen o lo cargen: (    )

Llanto continuo: (    )

Se priva al llorar o se pone marado: (    )

No juega: (    )

Demasiado tranquilo: (    )

No pide atención: (    )

**13. IMPRESIÓN DIGNÓSTICA**

---

---

---

---

---

---

---

---

**14. RECOMENDACIONES A PADRES**

---

---

---

---

---

---

---

---





## **ANEXO 5**

### ESTANCIA DE BIENESTAR Y DESARROLLO INFANTIL 96

ISSSTE

#### PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

PARA CUBRIR LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA SE RECOMIENDA:

- ⇒ REALICE LAS ACTIVIDADES CON DISPOSICIÓN Y PACIENCIA.
- ⇒ NO ALTERE SU CICLO DE SUEÑO.
- ⇒ REAICE LAS ACTIVIDADES CUANDO EL NIÑO SE ENCUENTRE EN DISPOSICIÓN.
- ⇒ ESTABLEZCA HORARIOS EN LAS RUTINAS DEL NIÑO.
- ⇒ NO OLVIDE SUS CITAS DE CONTROL MEDICO Y PSICOLÓGICO.
- ⇒ DISFRUTE CADA MOMENTO CON SU HIJO.

## 0 –3 meses

- Este atenta a las necesidades del niño pero recuerde que no le hará daño si en alguna ocasión tiene que esperar un ratito para que usted lo atienda.
- Trate de estar tranquila al alimentar al niño y ponga especial atención en lo que hace.
- Cuando tenga al niño en sus brazos háblele y acarícielo, él lo disfrutara.
- Háblele de frente para que el niño la mire, no importa que no entienda lo que usted le dice, lo importante es que escuche su voz y la mire mientras le habla.
- Cualquier sonido que el niño emita; tos, vocalizaciones debe ser imitado para que él pueda repetirlo nuevamente.
- Estimule su sentido auditivo con distintos sonidos (sonajas, campanas, etc.).
- Déjelo desnudo un rato para que pueda jugar libremente con su cuerpo.
- Aproveche el momento del baño para estimularlo con objetos de distintas texturas; toalla, esponja, etc.
- Frote suavemente sus brazos, comenzando por los hombros bajando hasta las manos y las piernas, desde los muslos hasta los pies.
- Tome una mano del bebé, muévala hacia arriba, hacia abajo y de adentro hacia fuera; repita este ejercicio con la otra mano y con cada uno de los pies.
- No lo deje acostado ni lo lleve alzado siempre en la misma posición.
- Coloque un móvil vistoso a la vista del bebé, lo mirará y agitará sus brazos.
- Hable y cante al bebé mientras lo alimenta.
- Muéstrelle un objeto de color vivo, muévalo desde un lado a la línea media, repita lo mismo del otro lado.
- Junte las manos en la línea media, haga que el niño toque con una mano la otra.

#### 4 – 6 meses

- Jueguen a las escondidas. Tápele la cara con una cobija y espere a que él se descubra. Tápese usted, después anímelo para que se lo quite y prémielo con una sonrisa.
- Cuando le hable a su bebé no distorsione el nombre de las cosas, pronúncielas correctamente.
- Estimule a su bebé cuando éste balbuce contestándole, háblele, cántele o hágale escuchar música suave.
- Haga sonar un sonajero cerca del niño para que el lo localice con la vista, colóqueselo en las manos, al principio lo sostendrá breves instantes.
- Cuando le cambie los pañales haga que el niño mire sus pies. Lléveselo suavemente hacia las manos para que los toque y luego trate de que se los lleve a la boca.
- Ofrézcale argollas plásticas para que se entretenga mordiéndolas. Permitale que se lleve los objetos a la boca así los irá conociendo, solo observe que sean objetos que no lo lastimen.
- Trate de mantenerlo sentado por más tiempo ofreciéndole un buen apoyo.
- De pie sobre su falda, tómelo de las axilas y juegue con él a que flexione y extienda las piernas, sólo un ratito.
- Acostado boca arriba, flexione sus miembros inferiores y ofrézcale las manos para que, tomándose de ellas, sea él el que haga fuerza para incorporarse hasta quedar sentado.
- Acuéstelo boca abajo sobre un rodillo, con las piernas flexionadas, muéstrelle un juguete para que intente tomarlo y quede así apoyado en una sola mano.
- Colóquelo sobre una colchoneta para que comience a practicar el arrastre.
- Coloque un objeto llamativo frente al niño, trate de que el niño lo siga con la vista mientras usted lo mueve lentamente de arriba hacia abajo, de derecha a izquierda, aléjeselo y acérqueselo hasta ponerlo en contacto con el mismo.
- Coloque un cubo pequeño sobre la mesa para que lo tome.
- Cuando esté sentado entréguele una cuchara o un cubo para que pueda golpear con ellos sobre la mesa.



## 7-9 meses

- Ofrezca al niño objetos que puedan arrojarse, a él le divertirá arrojarlos y que usted los recoja para volver a tirarlos
- Juegue a esconder y a aparecer en diferentes lugares que estén a la vista del niño.
- Si el niño emite silabas (ba-ba) vuelva usted a repetir las para que el niño las emita nuevamente.
- juegue a imitar gestos nuevos; aplaudir, levantar los brazos, a decir adiós con la mano, etc.
- Acostado boca abajo, llámelo desde atrás para ver si, sin girar se arrastra hacia usted.
- Párelo junto a un mueble y entreténgalo para que se que se así un ratito.
- Ponga un objeto que le guste mucho del otro lado del rodillo para que pase por encima y lo busque.
- Acostado boca abajo ponga sus juguetes preferidos a cierta distancia para que vaya a tomarlos.
- Cuando se mantenga sentado apoyado en una sola mano, ofrézcale un juguete grande para que utilice las dos manos para tomarlo.
- Colóquelo en posición de gateo y empújelo despacio hacia delante, hacia atrás y hacia cada costado.
- Acostado boca arriba apoye los pies del niño sobre su abdomen y trate de que la empuje con sus piernas.
- En la misma posición crúcele las piernas y ánimelo a que las separe.
- Cuando este parado tomado de un mueble enséñele a sentarse en el suelo desde esa posición, agachándose lentamente sin tirarse.
- Cuando se pare en la cuna, vuélvalo a acostar para que lo repita en forma de juego.
- Coloque al niño boca abajo sobre un rodillo, tómelo de los tobillos y empújelo hacia delante para que descargue el peso de su cuerpo sobre las manos abiertas.
- Arrójele despacio una pelota grande y haga que él la empuje con sus manos.

## 10 – 12 meses

- Cuando vista al niño hágalo con ropa cómoda que no limite sus movimientos, permítale que colabore en la tarea.
- Déjelo jugar con la cuchara cuando lo alimente, llévele la mano hacia el plato para que cargue comida en ella y guíelo para que se la lleve a la boca.
- Ofrézcale una taza irrompible con un poco de líquido para que intente tomarlo solo.
- Coloque en la tina de baño varios objetos de su agrado para que juegue con ellos.
- Practique el "dame y toma" con objetos de la vida diaria: golosinas, juguetes, etc, esto le ayudara a comprender una orden sencilla.
- Cuando el niño trate de hacer las cosas solo: comer, bañarse, etc., ofrézcale su ayuda pero permita que él colabore aunque su acción no sea perfecta.
- Enséñele a respetar y comprender las situaciones en que usted no puede dedicarle toda su atención. Intentará atraer hacia sí toda la atención lo cual sólo puede durar un rato.
- Repita varias palabras simples y familiares para él, seguramente las repetirá, premie cualquier intento del niño por pronunciarlas.
- Pregúntele ¿dónde está papá?, ¿dónde está mamá?, tratando de que busque con la vista.
- Si el niño toca o hace algo que no debe, aproveche para marcarle el "no" acompañado por el gesto de cabeza. Trate que los imite.
- Póngalo de rodillas y enséñelo a pararse desde esta posición liberando cada una de sus piernas.
- Ayúdelo a dar sus primeros pasos tomándolo de las dos manos primero y de una sola después.
- Hágalo permanecer un rato parado sin sostenerse, mientras que lo alienta para que se mantenga en esa posición.
- Cuando esté sentado coloque un juguete a sus espaldas para que gire y lo tome.
- Siéntelo en un banco bajito y acérquele sus manos para que se pare.

- Sentado sobre sus rodillas hágalo galopar.
- Acostado boca abajo pídale que se incorpore solo hasta quedar en la posición de pie.
- Ofrezcale objetos pequeños que pueda tomar con sus dedos; pasas, cereal, etc.
- Proporcione al niño de distintos materiales para que los apile: cubos, cajas, etc.
- Haga rodar una pelota por el suelo y pídale que vaya por ella y se la devuelva.

### 13 – 15 meses

- Ofrézcale al niño libros ilustrados y permita que los hojee libremente.
- Permítale jugar libremente con agua mientras lo baña, ofrézcale diversos objetos para que juegue con ellos en el agua.
- Enséñele a soplar velitas, bolitas de algodón o papel picado.
- Cuando el niño pida algo a través de gestos o señalándolo, mencione usted la palabra del objeto deseado.
- Mencione el nombre de los objetos que llamen la atención del niño.
- Siempre que le hable al niño. Hágalo con un lenguaje claro y expresivo, no utilice diminutivos ni repita las palabras que él pronuncie mal.
- Enséñele a imitar acciones de la vida diaria, por ejemplo: planchar, cocinar, lavar, etc.
- Cuando lo bañe nombre cada una de las partes del cuerpo que le vaya tocando.
- Juegue a tocar y reconocer cada una de las partes del cuerpo hasta que la aprenda, por ejemplo la boca.
- Juegue con el niño a arrojarle una pelota, vaya disminuyendo el tamaño de la misma.
- Tómelo de las manos y baile con él, dando pasos hacia los lados.
- Cuando camine llámelo desde atrás para que al mirarla practique el giro.
- Parado empújelo suavemente hacia delante, hacia atrás y hacia los lados.
- Ate juguetes a un cordel para que el niño los arrastre mientras camina.
- Arroje una pelota debajo de un mueble y pídale que vaya a buscarla.
- Ofrézcale al niño dos cubos pequeños y trate de que los tome en una sola mano.
- Ofrézcale una hoja de papel y una crayola y estimúlelo para que haga garabatos.
- Sentado frente a una mesa, muéstrole cómo colocar un cubo sobre otro.

## 16 – 18 meses

- Muéstrelle al niño objetos familiares para que los nombre; guíelo con preguntas sencillas como por ejemplo: ¿quieres dulce o galleta?.
- Muéstrelle objetos conocidos y estimúlelo para que los nombre.
- Pregúntele varias veces al día. ¿cómo te llamas?. Si no lo dice pronúncielo en forma clara y pausada para que él la imite.
- Muéstrelle algunos animales e imite el sonido que éstos realizan para que vaya reconociéndolos.
- Coloque frente al niño varios objetos que le pertenezcan y pregúntele ¿dónde está la pelota? Si no la encuentra ayúdelo a hacerlo.
- Enséñele el lugar de cada cosa y ayúdelo para que los guarde allí.
- Parado tómelo de ambas manos y muéstrelle como levanta usted un pie, motívelo a que la imite.
- Invítelo a caminar sobre superficies un poco irregulares para que ejercite su equilibrio.
- Enséñele a lanzar una pelota en una caja grande colocada a un metro de distancia.
- Proporciónele tres cubos y estimúlelo para que haga con ellos una torre.
- Coloque frente al niño una hoja grande de papel y una crayola, realice un trazo vertical y pídale que el realice uno igual.
- Invítelo a que sostenga con una mano una bolsa pequeña y que con la otra saque los objetos que tiene dentro.
- Enséñele a pelar un plátano.