

81387

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales
"IZTACALA"



UNAM. CAMPUS
IZTACALA

ESTANCIA INFANTIL DE ATENCION ESPECIAL:
UNA ALTERNATIVA PARA LA PREVENCION
DEL RETARDO

001
31921
E2
1988-2

REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A. :
J A V I E R G A R C I A

Los Reyes Iztacala, México.

1988



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.

A G R A D E C I M I E N T O S :

W A MI ESPOSA: Ma. ELENA, POR SU APOYO CONSTANTE, SU AMOR Y SU PACIENCIA.

W A MIS HIJOS: JAVIER, ERIKA Y MARLEN, QUIENES HAN SIDO MI INSPIRACION Y LA MOTIVACION A CADA MOMENTO.

W A UNA PERSONA, QUIEN SIN SU AYUDA ESTO NO HUBIESE SIDO POSIBLE: MI MADRE.

W A CADA UNO DE MIS HERMANOS: EDUARDO, MIGUEL ANGEL, MANUEL, ALBERTO, GABRIELA, LIZET Y GRACIELA. QUIENES ME APOYARON CON SU COMPRESION Y CARIÑO.

W FERNANDO ESTAS EN MI PENSAMIENTO Y EN MI CORAZON, ERES MI GUIA PARA SEGUIR ADELANTE.

W A MIS TIOS: QUIENES MUCHO HAN TENIDO QUE VER PARA QUE ESTE TRABAJO LLEGUE A SU CULMINACION.

W Y EN PARTICULAR: A TODOS MIS FAMILIARES POR DISTINGUIRME CON SU CARIÑO.

W A LOS PROFESORES: YOLANDA GUEVARA, POR SU ACERTADA ASESORIA; A EDUARDO MARROQUIN Y ELISEO MEZA, POR SUS VALIOSAS APORTACIONES.

**LOS COLORES Y LAS FORMAS
SON LOS NIÑOS.**

M.G.R.

INDICE

IZT 1000879

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO 1. LA ATENCION INICIAL.....	4
1.1. Antecedentes de la Atención Inicial.....	5
1.2. Centros Educativos y Cobertura.....	7
1.3. Programas.....	8
1.4. Estancias Infantiles del Departamento del Distrito Federal.....	11
1.4.1. Estancias Infantiles de la Delegación - Gustavo A. Madero.....	12
1.4.2. Centros.....	14
1.4.3. Organización y Funcionamiento.....	17
1.4.4. Cobertura y programas.....	24
Comentario.....	32
CAPITULO 2. LA EDUCACION ESPECIAL.....	33
2.1. La Educación Especial con niños de 0 a 6 años.....	37
2.1.1. Programas y cobertura.....	37
2.2. Estancia Infantil de Atención Especial...	40
2.2.1. Antecedentes de la Estancia Infantil de Atención Especial.....	40
2.2.2. Situación física de la Estancia Infantil de Atención Especial.....	41
2.2.3. Organización y funcionamiento.....	45
2.2.4. Demanda y cobertura.....	62
Comentario.....	70
CAPITULO 3. LA ESTIMULACION TEMPRANA.....	71
3.1. Fundamentos de la Estimulación Temprana..	72
3.1.1. Aplicaciones de la estimulación temprana.....	74
3.1.2. Antecedentes de la estimulación temprana.....	76
3.2. El Psicólogo y la Estimulación Temprana..	81
3.2.1. El papel del psicólogo en los programas de estimulación temprana.....	81
Comentario.....	84
CAPITULO 4. LA PREVENCIÓN DEL RETARDO POR MEDIO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA.....	86
4.1. La Prevención del Retardo.....	87
Comentario.....	93

83

CONCLUSIONES GENERALES.....	94
BIBLIOGRAFIA.....	96
APENDICE A.....	103
APENDICE B.....	104
APENDICE C.....	105
APENDICE D.....	106
APENDICE E.....	107
APENDICE F.....	119
APENDICE G.....	131
APENDICE H.....	133
APENDICE I.....	137

introducción

INTRODUCCION

Ante la creciente demanda del servicio de atención especial se hace indispensable crear estrategias que permitan influir notoriamente sobre la cobertura, y paulatinamente, sobre la creación de medidas preventivas. Al utilizar la estimulación temprana como una estrategia de intervención, se está cubriendo ampliamente a la demanda existente. Esto es debido a que la estimulación temprana hace énfasis en aspectos colectivos más que individuales; en acción preventiva más que remedial; y en que se consi-dere a los primeros años de vida etapa de formación, mas que etapa de transición.

Este tipo de estrategias son relevantes cuando surgen en condiciones precarias, y más cuando pueden ser aplicadas a la población mayoritaria.

La estimulación temprana es la parte central donde confluyen una serie de aspectos para dar validez a la prevención del retardo. Al mismo tiempo, es la coyuntura que le permite al psicólogo tomar la relevancia necesaria que le corresponde como profesionalista. Por lo mismo, el psicólogo debe servirse al máximo de este momento para retomar los aspectos que le permitan atender a un número mayor de población. Debemos de estructurar, de planificar y de coordinar las acciones, que son las idóneas para la mayoría de la población.

El que se brinden oportunidades para ingresar a una institución de atención inicial, depende en muchos de los casos, de las personas que establecen el primer contacto con las mismas. En el momento de que el psicólogo es contratado en una institución, se abre una vía para que otros tengan la oportunidad de incorporarse. En cada una de las áreas donde el psicólogo se desarrolle profesionalmente, se debe buscar la promoción para darle la validez necesaria a la profesión; esta será a través del trabajo coordinado, de la planeación acertada, de la ética profesional y de ese gran interés de ayudar a la población desfavorecida. Los beneficios serán en ambas direcciones, se ayuda a grandes cantidades de población y el psicólogo obtiene la relevancia necesaria. En este sentido, algunos currícula de la formación del psicólogo han ayudado, ya que se han orientado a proporcionar una formación más acorde con la situación social imperante. Es decir, el psicólogo se forma inmerso en la problemática de las mayorías dando soluciones viables. Por consiguiente, los psicólogos que hemos tenido la oportunidad de formarnos con estos aspectos, debemos buscar promocionar constantemente la profesión psicológica.

El trabajo que aquí presentamos, contempla tales concepciones. La oportunidad que se ha tendido de incorporarse a una institución donde prácticamente era desconocida la profesión del psicólogo, ha resultado doblemente satisfactoria. Por un lado, _

se ha promocionado ampliamente a la carrera de psicología, y por el otro, se estructuró una forma de trabajo que nos ha permitido tanto ganarnos un respeto profesional como conseguir ejercitar la carrera que se profesa.

En este trabajo presentamos cómo se logra lo anterior, y al mismo tiempo, tenemos la oportunidad de aportar una serie de aspectos que son producto del trabajo desarrollado. En la medida de que el psicólogo tenga oportunidad de incorporarse a situaciones de trabajo que le sean propias, irá adquiriendo su real valor, al presentar resultados positivos. Estos resultados deben ser producto de una metodología rigurosa que busque tanto la solución a la causa que le dió razón, como generar una serie de investigación colateral. Ya es tiempo de que en México se diseñen líneas de investigación de amplia cobertura, y no pequeñas investigaciones que por lo mismo, tienen alcances limitados tanto en la generación de información como en la aplicabilidad de la misma. Se deben establecer vínculos más estrechos entre los diferentes investigadores, para que las líneas tengan una continuidad y una amplia difusión. Nuestra intención es recalcar la importancia que tiene la intervención temprana, a través de la aplicación de ésta en una situación por demás adversa. Lo que aquí presentamos es el principio de un proceso que está en marcha, y el de una serie de concepciones que tienen que brindar mayores frutos; esto se traducirá en la prevención de casos de alteraciones en el desarrollo que son producto de condiciones sociales desfavorables.

En los capítulos 1 y 2, se describe lo que se ha efectuado en materia de atención inicial por algunas instituciones, entendida como aquella que reciben los niños en sus primeros años de vida. Principalmente, se describe como ha influido el psicólogo en una institución de atención inicial que le ha permitido desarrollarse profesionalmente. Primeramente, se trata de dar una visión general de lo que implica la atención inicial, para comprender cabalmente la importancia que tiene el que se generen aspectos que se puedan aplicar en otras instituciones con objetivos similares. En el capítulo 2, se hace especial énfasis en las condiciones que rodean actualmente a la atención especial, teniendo a esta como parte de un continuo indisoluble que lo constituye la educación especial-normal. Se trata de dar algunas soluciones viables para la prevención de alteraciones en el desarrollo en grado superficial; no porque se haga una distinción tajante entre esta y otras, sino porque se quiere, por lo menos, apoyar en la medida de lo posible a los casos de los superficiales.

En el capítulo 3, se menciona más específicamente lo que significa la estimulación temprana. Esta es entendida como una estrategia que nos permite ahondar en la cuestión del desarrollo

del niño. Nos permite darle a la infancia una reconceptualización, ya que se destaca la importancia que tiene esta etapa para el posterior desarrollo del individuo. De la misma manera, destaca el valor que tienen todas las acciones que se dirigen a la optimización del desenvolvimiento del niño en sus primeros años. Nos indica cómo la estimulación temprana lejos de ser una mera forma de atención, es en un sentido amplio una estrategia de intervención para la niñez.

Todo esto se va estructurando para llegar a una máxima que la constituye la prevención de las alteraciones en el desarrollo, tratada en el capítulo 4.

Los temas adyacentes que se han tomado, como parte necesaria para complementar este trabajo, se conjugan integrándose en un solo proceso que nos permite describir más propiamente, una visión particular con la cual concordamos, en donde se considera a la educación especial y normal como parte de un continuo indisoluble.

capítulo 1

CAPITULO 1. LA ATENCION INICIAL.

La educación en los primeros años de vida del niño se ha convertido en un tema en boga en la última década. Una gran cantidad de instituciones dedicadas a la atención del menor han tratado de dar, de una u otra manera, su punto de vista sobre la atención inicial a través de programas. Parte de dichos programas corresponden a enfoques que ponen énfasis en algún aspecto, y otros más incluyen acciones multisectoriales. En ellos participan, de manera altamente independiente, entidades del Estado, de seguridad social, del sector privado, de la beneficencia y de la propia comunidad, dentro de una amplia gama de servicios correspondientes a organizaciones de carácter formal y a esquemas innovadores, con contenido y orientación distinta y con una estructura de organización y costos que ofrecen también marcados contrastes.

Antes de pasar directamente a lo que es la atención inicial, tomemos en cuenta algunos datos sobre población que son de enorme relevancia para el tema a tratar.

Para América Latina tenemos que en 1980, la población de 0 a 14 años es estimada en 147 millones, lo que representa el 41% de la población total la cual es de 358 millones. De esta población 66 millones son niños en edad preescolar, de 0 a 5 años, o sea el 45% de la población joven de 0 a 14 años y el 19% de la población total. Los diferentes sistemas de atención preescolar no logran coberturas mayores del 8%. No obstante y paradójicamente tenemos que, el gasto destinado a la producción de armamento superó en 1980, la cifra de 127 mil millones de dólares, y en 1981 los 520 mil millones de dólares. Cifra equivalente al 6 por ciento de la producción mundial, y es aproximadamente, "el valor total del capital invertible en todos los países en vías de desarrollo" (Estado Mundial de la Infancia, 1985; Naranjo, 1981).

Comprender la magnitud que encierran estas cifras es alarmante, sin embargo, a pesar de todo, hay esfuerzos importantes de instituciones y grupos por mejorar las condiciones de vida de los más desaventajados.

En México, país perteneciente a Latinoamérica, los datos estadísticos no son nada diferentes al resto de la región. Para 1970, la población infantil de 0 a 14 años era de 23.66 millones, lo que representa un 46.7% del total de la población; de estos, 12.46 millones corresponden a niños de 0 a 6 años, lo que representa el 52.6% de la población de 0 a 14 años. Y para 1980, según datos preliminares (CONAPO, 1986), la población de 0 a 14 años es de 31.11 millones, que es el 44.8% de la población total; dentro de estos tenemos 15.44 millones de niños entre 0 y 6 años, lo que significa el 22.1% del total de la población de 0 a 14 años. Para 1985, según una alternativa histórica, que es en base a una tasa de fecundidad constante a partir de 1980 (CONAPO, 1986); tenemos una población de

34.43 millones que va de 0 a 14 años, lo que representa el 43.5% del total de la población. Dentro de estos tenemos, una población de 17.3 millones de niños que tienen una edad entre 0 y 6 años, que es el 21.6% de la población total.

Teniendo en cuenta el gran porcentaje de población que hay entre la edad de 0 y 14 años, podremos comprender el enorme aparato de servicios que tienen que estar presentes para que esta población tenga por lo menos los satisfactores indispensables. Satisfactores como la alimentación, salud, educación, saneamiento, etc. En el caso de educación preescolar (que es donde se tienen datos más fiables dentro de los de atención inicial), para 1970 se atendía al 11.7% del total de la población que podría demandar este servicio (niños de 4 a 6 años). Para 1980, se atendía al 16%, lo que representaba 738,300 alumnos, quedando al margen 4,428,500 niños (Solana, Cardiel, y Bolaños 1982).

Por otro lado, y no por eso menos grave, hay una gran cantidad de población infantil (generalmente de 0 a 4 años), con necesidades básicas aun no satisfechas y que por lo mismo, no participan en ningún tipo de programa de atención inicial; situación que se ve agravada por la creciente incorporación de la mujer al sector asalariado, por lo que se requieren alternativas de atención al niño durante la jornada laboral de la madre.

Teniendo en cuenta la importancia de este tipo de atención, iniciamos una somera revisión de los aspectos más relevantes que sobre materia de atención inicial se han presentado. Entenderemos como atención inicial a aquella que recibe el niño en sus primeros seis años de vida.

1.1. ANTECEDENTES DE LA ATENCION INICIAL EN MEXICO.

La atención en los primeros años de vida del niño no es algo novedoso. En 1837, en un local del Mercado del Volador, se dió el primer intento de atención a los menores, esto era mientras sus madres trabajaban. Mas adelante, en 1865, se crea "La Casa de Asilo a la Infancia" y en 1869, el "Asilo de San Carlos". Es aquí donde se amplía el servicio proporcionando a los niños no sólo el reguardo, sino también la alimentación. En 1867 se funda la "Casa Amiga de la Obrera", más tarde, esta institución pasa a depender de la beneficencia pública, la que crea además "La Casa Amiga de la Obrera No. 2".

En 1883, Enrique Laubsher, de origen Alemán, fundó el primer jardín de niños, anexo a la Escuela Modelo de Orizaba. Este jardín llevaba la misma orientación que Federico Froebel había dado a los jardines Comunes Alemanes conocidos como Kindergartens (DIF, 1980).

En 1929, se organizó la Asociación de Protección a la Infancia, la cual instituye y sostiene diez hogares infantiles, que en 1937 cambian su nombre por el de Guarderías Infantiles; además de éstas,

la Secretaría de Salubridad y Asistencia funda otras guarderías en este mismo período y supervisa las instalaciones sanitarias de todas las existentes (Elizondo, 1980).

Desde entonces, estas instituciones se multiplicaron aisladamente, pues cada dependencia, organismo público, paraestatal y privado, se ve en la necesidad de tener un lugar en el que se cuide y se atienda a los hijos de sus trabajadoras.

No obstante que estas instituciones fueron creadas originalmente para el resguardo de los niños pequeños mientras la madre trabajaba, hoy en día, el cada vez mayor conocimiento de la importancia que poseen los primeros años de la vida del niño ha llevado a reorientar los programas de atención inicial de algunos países. Cualquiera que sea el nombre que se les dé (guardería, sala cuna, jardín de infantes, escuela de párvulos, por nombrar sólo algunos), o cualquiera que sea el patrocinio (secretarías de gobierno, organizaciones filantrópicas, padres de familia, universidades, industrias o particulares), comparten muchos de los mismos objetivos y actividades fundamentales. Todos proporcionan cuidado al niño en grupos fuera de sus hogares durante algunas horas del día, e inclusive algunas ofrecen algún tipo de alimento, y algunas más, actividades y posibilidades educativas adecuadas a la etapa de desarrollo del niño. Sin embargo, como veíamos anteriormente, hay millones de niños que no participan en ningún programa de atención y se ven privados de estos servicios (Beers, 1982). Dentro de las causas a las que podemos atribuir lo anterior están: la deficiente infraestructura para cubrir la demanda en los lugares donde existe este servicio; los altísimos costos que lo ponen más allá de las posibilidades de la mayoría; y por otro lado, la apatía generalizada para comprender la importancia de los primeros años en la vida de todo ser humano.

En muchos países, las autoridades se encargan de dictar las pautas y de diseñar los programas para la atención inicial; y en otros más, son organizaciones privadas las que controlan las normas, por lo cual a menudo, los programas son manejados como empresas privadas, que aunque algunas veces poseen buenas intenciones, son pocos los alcances, los conocimientos y la experiencia que puedan tener. Esto es común en los países en vías de desarrollo, donde hay escasos ejemplos de buenos programas de atención a los menores (Beers, 1982).

La mayoría de las guarderías, se encuentran en las grandes ciudades y en los suburbios donde trabajan un gran número de mujeres, y donde las exigencias de la vida en la ciudad hacen prácticamente imposible que una familia provea todo lo necesario para el desarrollo de sus hijos menores. Los "padres de ciudad" están reclamando con creciente vehemencia que se les proporcione buenos servicios de guarderías, como complemento del cuidado familiar e incluso con recursos limitados, muchos están haciendo el sacrificio de pagar grandes sumas de dinero en los casos en que no hay programas gratuitos.

o subvencionados (Beers, 1982).

En México hay una serie de organismos gubernamentales que han regido en menor o mayor tiempo a lo que hemos venido denominando como atención inicial. Esto lo describiremos más ampliamente en los siguientes apartados.

1.2. CENTROS EDUCATIVOS Y COBERTURA.

La creación de centros educativos, guarderías, jardín de niños, estancias infantiles, etc., en la mayoría de los casos había quedado a iniciativa de sectores gubernamentales, particulares y/o sectoriales. Los centros de atención inicial, para los cuatro primeros años de vida del niño son muy pocos, y regularmente, es en las grandes ciudades donde se concentran la mayoría. Los centros que existen para esta población, son en gran parte, para el servicio exclusivo de las madres trabajadoras de instituciones oficiales (IMSS, ISSSTE, SEP, SSA, etc.). El reducido número que queda son de carácter particular, quedando fuera del alcance de grandes sectores. Algunas instituciones han quedado designadas oficialmente como las encargadas de prestar este servicio a los grandes sectores de la población (IMSS en 1973); otros que aunque no han sido designados, han contribuido notoriamente al proporcionar este servicio (SEP en 1979; y DIF en 1980). Todo esto se ha iniciado prácticamente en esta última década; y paulatinamente, ha ido adquiriendo la relevancia necesaria como la tiene la educación preescolar (niños de 4 a 6 años). La educación preescolar, que aunque a la fecha no ha sido designada como "obligatoria", si ha recibido más apoyo de diversos sectores. En consecuencia, es en este rubro donde se cuenta con mayor información precisa en cuanto a matrícula escolar, número de profesores, grupos, escuelas, etc. El número de centros escolares para las diferentes entidades federativas, no se tiene con exactitud por los diversos organismos, e inclusive, la información a este respecto no es fácilmente asequible.

El IMSS, en sus sistema de guarderías, contaba en 1982, con 84 unidades, de las cuales, 42 se encuentran en el Valle de México y 36 en el interior de la República. Setenta y ocho de ellas atienden a los hijos de las madres aseguradas y las seis restantes, a los hijos de trabajadores del instituto. En conjunto dispone de una capacidad de atención de 19,275 niños, lo que representa el 6.77% de la demanda potencial (IMSS, 1980).

El DIF, a partir de sus nuevos programas, alcanzo en 1979 una cobertura de 189,141 infantes, con sus diferentes modalidades de atención (Centros de Desarrollo Infantil, Jardines Estancia y Centros de Atención Preescolar). Del total atendido para este ciclo, 15,264 correspondieron al Distrito Federal por medio de 290 centros. Para el año de 1980 alcanza una cobertura de 300 mil niños a nivel nacional (DIF, 1980).

La SEP, a través de sus centros de educación preescolar, de sus centros de desarrollo infantil y del programa "Desarrollo del Niño de 0 a 5 años a través de Padres de Familia y Miembros de la Comunidad", ha conseguido una cobertura de 1.411,316 alumnos para 1980-81, a nivel nacional (Solana, Cardiel y Bolaños, 1982). Para el Distrito Federal en datos más recientes, ciclo escolar 1983-84, la cobertura fue de 237,526 alumnos (Anuario Estadístico del Distrito Federal, 1984).

Hay algunos otros sectores que tienen diferentes modalidades de atención inicial y abarcan a población de edades entre 0 y 6 años. Estos sectores, muchas de las veces no tienen disponible la información en cuanto a cobertura y programas; y ni hay un organismo que concentre esta información y tenga estos datos disponibles y actualizados.

Si bien es cierto que corresponde a la Secretaría de Educación Pública la atención de la población demandante del servicio educativo a nivel preescolar, también es cierto, que a pesar de los constantes incrementos de este servicio no se ha podido satisfacer a toda esta población. De ahí, que haya otros sectores que traten de apoyar para así cubrir la demanda potencial de este servicio. Sin embargo, en algunos casos esto ha resultado contraproducente, ya que cada organismo se ha encargado de darle la dirección que él cree que debe tener; lo que hace que no se tenga un consenso común en cuanto a planes de trabajo. Esto se podría solucionar si se le da a la atención inicial el carácter de obligatoria y se designa efectivamente a un solo organismo como el responsable de los planes de trabajo.

1.3. PROGRAMAS.

El que diferentes sectores trabajaran sobre la atención inicial y el que no hubiera un acuerdo común entre ellos, ha provocado la falta de un programa único a nivel nacional. Como hemos venido señalando, ha sido la educación preescolar (niños de 4 a 6 años), la que ha recibido mayor apoyo para su establecimiento. Esto ha permitido que se tenga una mayor experiencia en esta área y el que se vayan incorporando las investigaciones recientes, como una forma de optimización del servicio.

Antes de la década de los 80's, se desconocía los planes de trabajo de la mayoría de las instituciones dedicadas a impartir una atención inicial, ha sido a últimas fechas que se han dado a conocer éstos; y afortunadamente, se ha podido comprobar que hay un gran consenso entre ellos en lo que respecta a los objetivos que debe tener la educación inicial, y la importancia de la etapa por la cual atraviesa el niño en sus primeros años.

Actualmente, aunque la atención a niños menores de 6 años no ha sido designada como obligatoria, si hay esfuerzos, e inclusive

gubernamentales, para llevar este servicio a un mayor número de niños.

Las actividades que tradicionalmente se venían realizando dentro de los centros de atención inicial, no eran llevadas bajo un programa preestablecido; la mayoría de las actividades estaban encaminadas, principalmente, a mantener al niño en resguardo, proporcionándole solamente la seguridad de su integridad física descuidando totalmente el aspecto formativo. Esta situación se veía aun más agravada por la falta de personal capacitado, la inoperancia de las instalaciones y las deficiencias en materiales y equipo.

A pesar de que hay un organismo gubernamental en el cual recae la responsabilidad de vigilar que se guarden ciertas normas en la atención de los menores (Diario Oficial, 1978, citado en Elizondo, 1980), este no ha sido capaz de regular esto; por consiguiente, se han dado una diversidad de modalidades de atención, que muchas veces depende de los gustos y caprichos de grupos o personas. Fue hasta el inicio de la década de los 80's, cuando las principales instituciones (SEP, DIF, IMSS y SSA), dieron a conocer unos programas de trabajo más específicos, los que incluyen formas de trabajo para llevarse a cabo con población de escasos recursos y con sistemas que se han denominado "educación no formal". Afortunadamente los objetivos que han presentado estas instituciones sobre la atención inicial guardan una gran similitud.

Así tenemos que para la SEP (1982), la atención inicial debe: "favorecer el crecimiento, el desarrollo y la maduración del niño de 0 a 5 años, a través de la satisfacción de sus necesidades básicas y de estimulación de las áreas física, afectivo-social y cognoscitiva, que le permitan conocer y adaptarse al mundo que le rodea y a la sociedad de la que forma parte".

El DIF (1980), menciona que el objetivo de la atención inicial es: "proporcionar al niño la oportunidad de desarrollar las habilidades sociales, motoras, verbales y académicas, necesarias para complementar la educación que recibe en su hogar, y adquirir la preparación básica que requiere para el ingreso a niveles subsecuentes".

El IMSS (1980), establece que el objetivo general de la atención inicial, es "proporcionar el desarrollo integral del niño mediante un programa cuidadosamente planeado y ajustado al conocimiento científico de la evolución infantil, que asegure la correcta estimulación de sus áreas de desarrollo, proporcionando un clima afectivo-emocional adecuado para facilitar la formación de individuos creativos, maduros, responsables, útiles a sí mismos y a la sociedad".

En cada una de estas instituciones, el objetivo general es la base para describir una serie de actividades que conllevan a la consecución de éste.

Como veíamos, ha correspondido a la SEP, ser la regidora de este tipo de educación y como tal, esta labor se ha visto favorecida.

por una serie de proyectos de trabajo que se han elaborado más es tructuradamente, lo que permite llevar una programación más minuciosa de las actividades en todo centro infantil. Con estos programas, la SEP a través de la Dirección General de Educación Inicial (constituida oficialmente el 4 de febrero de 1980), a venido realizando una labor de supervisión a los diferentes centros que imparten este servicio, sean de indole privado o gubernamental social.

Aunque se han establecido una serie de programas más acordes con la realidad del niño mexicano; aún falta mucho por avanzar en este aspecto. Una alternativa a la deficiente cobertura de la demanda potencial del servicio de atención inicial, se ha ido consolidando en años recientes. Esta alternativa lo constituye lo que se ha denominado educación no formal. Esta modalidad funciona básicamente a través de la participación comunitaria, utilizando los recursos humanos y materiales disponibles en las áreas marginadas en donde se lleva a cabo. Dos instituciones han tomado dentro de sus programas esta modalidad de atención; la SEP (1981) por medio de su programa "Desarrollo del niño de 0 a 5 años a través de padres de familia y miembros de la comunidad"; y el DIF, con sus "Centros de atención preescolar" (inicio un subprograma en 1977; actualmente es un programa consolidado, 1980). Estos servicios se brindan en lugares diversos, tales como casas particulares, terrazas, jardines o cualquier local disponible de la comunidad y son atendidos por personal voluntario seleccionado de la comunidad. A estas personas se les denomina "paraprofesionales", ya que son personas que ayudan a un profesional (O'Leary, 1972). En si el trabajo educativo es a través de la comunidad, aprovechando los recursos humanos y materiales existentes.

Estos centros han demostrado ser una alternativa de solución parcial al grave problema que implica la demanda del servicio de atención inicial, ya que son funcionales y operativos en las áreas marginales, rurales y urbanas lo mismo que en las zonas de difícil acceso y en los lugares con mayor densidad poblacional, permitiendo de una manera adecuada, la participación de la comunidad en la solución de su propia problemática.

1.4. ESTANCIAS INFANTILES DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL.

Las estancias infantiles del Departamento del Distrito Federal, se han convertido en otra opción para el cuidado de los menores de una población de escasos recursos económicos. Constituidas inicialmente para brindar servicio a las madres trabajadoras de los mercados públicos (en 1837 en un local del Mercado del Volador), ha ido evolucionando, hasta actualmente, atender a cualquier población que demande este servicio.

Estas estancias, como su nombre lo indica, son propias de los mercados públicos del Distrito Federal. Su organización y funcionamiento tradicionalmente había quedado al cuidado de las promotoras voluntarias, hoy Promotariado Voluntario. En cada Delegación Política, la máxima autoridad del promotariado voluntario ha sido la esposa del Delegado en función. Eventualmente esta persona es la que decide a que es a lo que se le da mayor o menor énfasis, en cuanto al servicio que prestan estos centros. Cuando no hay una persona que sea la titular en una Delegación Política, las estancias infantiles siguen funcionando, ya que hay una estructura de personal que se mantiene fija y es, hasta cierto punto, independiente de los cambios políticos. Esta estructura es el personal que trabaja directamente con los niños en las estancias infantiles.

La información precisa que se pueda tener sobre el origen y evolución de este tipo de centros ha quedado dispersa, esto ha sido en parte porque las autoridades a las cuales pertenecía el grupo de estancias infantiles, ha variado constantemente. Así tenemos, que un día dependía de tal oficina, hoy de otra y mañana de otra más. No han dependido consistentemente de una Oficina o Dirección. Por ejemplo; hace algunos años (1980), la coordinación de estos centros dependía de la Dirección General de Abastos y Mercados, que como es de pensarse, siendo parte del mercado debería depender de esta Dirección. Sin embargo, siendo otra cosa muy diferente a lo que es coordinar locatarios, se cambió la coordinación y se paso a depender de las Promotoras Sociales Voluntarias (1981); recientemente (1985), estancias infantiles paso a depender de la Subdelegación de Desarrollo Social, a través de la Subdirección de Servicios Sociales y Deportivos. En el caso de la Delegación Gustavo A. Madero, las estancias infantiles han constituido la "Unidad Departamental de Estancias de Desarrollo Infantil"(1986).

Por la diversidad de autoridades y Direcciones por los cuales ha tenido que pasar las estancias infantiles, por los diferentes puntos de vista o criterios de las personas titulares de la coordinación, y porque no se venía previendo una continuidad en el trabajo; se ha ido diluyendo la información que generan las estancias infantiles en cuanto al servicio que brindan. A la fecha, en el Distrito Federal no hay una unidad central que contenga o retome esta información, la cual es producto del trabajo diario de las 16 Dele-

gaciones Políticas.

Ante estos hechos, es casi imposible dar una serie de datos sobre el trabajo que se efectúa a nivel del Distrito Federal, en materia de estancias infantiles. Por lo cual, nos referiremos a éstas en general, dando la descripción de las estancias infantiles de la Delegación Gustavo A. Madero en particular.

1.4.1. Estancias Infantiles de la Delegación Gustavo A. Madero.

La Delegación Gustavo A. Madero, ubicada en la parte norte del Distrito Federal, cuenta con una superficie total de 89.8 Km², lo que representa el 5.9% de la superficie total del Distrito Federal, ocupando así, el 6° lugar en cuanto a extensión territorial. Sus límites geográficos son: al Norte, Coacalco, Tutitlan y Ecatepec de Morelos; al Sur, las Delegaciones Venustiano Carranza y Cuauhtemoc; al Este, Ciudad Netzahualcoyotl, San Salvador Atenco y Ecatepec de Morelos; y al Oeste, Atzacapozalco, Tlalnepantla y Tultitlan Edo. de México -ver mapa de localización- (Monografía de la Delegación Gustavo A. Madero, 1985).

La población en 1980, fue de 1.8 millones de habitantes, con una tasa de crecimiento de la década de 1970-80 de 5.1% anual y una densidad de 20 mil habitantes por Km², cifra superior a la que se registra para el Distrito Federal, que fue de 6 mil por Km². Para 1985, la cantidad de población se duplicó, se calcula que hay 3.500,000 habitantes (Monografía de la Delegación Gustavo A. Madero, 1985).

El uso habitacional predomina en el suelo de la Delegación, con el 58% de área total; el uso industrial ocupa el 5%; el área de servicios 12.5%; y el área no urbanizada el 12.5%; al 12% restante se le da otros usos. Así tenemos que a la Delegación la forman 72 colonias, 19 ciudades perdidas y 11 pueblos. La delegación dentro de la zona de habitación cuenta con 320,467 viviendas, lo que representa 5.6 personas por vivienda; viviendas que en su mayoría están formadas por uno o dos cuartos por familia y con servicios comunes.

La población de 0 a 14 años es un tercio del total de 3,500,000. Ante esto, se entiende la enorme infraestructura que se necesita para proporcionar al menos, los satisfactores indispensables a esta población. Para la población de 0 a 6 años, que es la que más nos interesa en este momento, la Delegación cuenta con 215 escuelas a nivel preescolar (125 de carácter federal y 90 particular), las cuales a su vez cuentan con un total de 1,056 personas que funcionan como docentes. Estas escuelas a pesar de que atienden a un total de 34,827 alumnos, están limitadas en sus alcances de cobertura, ya que esto sólo representa el 17% de la demanda real (Anuario Estadístico del Distrito Federal, 1984; Monografía de la Delegación Gustavo A. Madero, 1985).

MAPA DE LOCALIZACION

UBICACION DE LA
ESTANCIA INFANTIL DE ATENCION ESPECIAL
Y
ESTANCIAS INFANTILES DE LA
DELEGACION GUSTAVO A. MADERO

MUNICIPIO
DE
E C A T E P E C

EDO. DE MEXICO

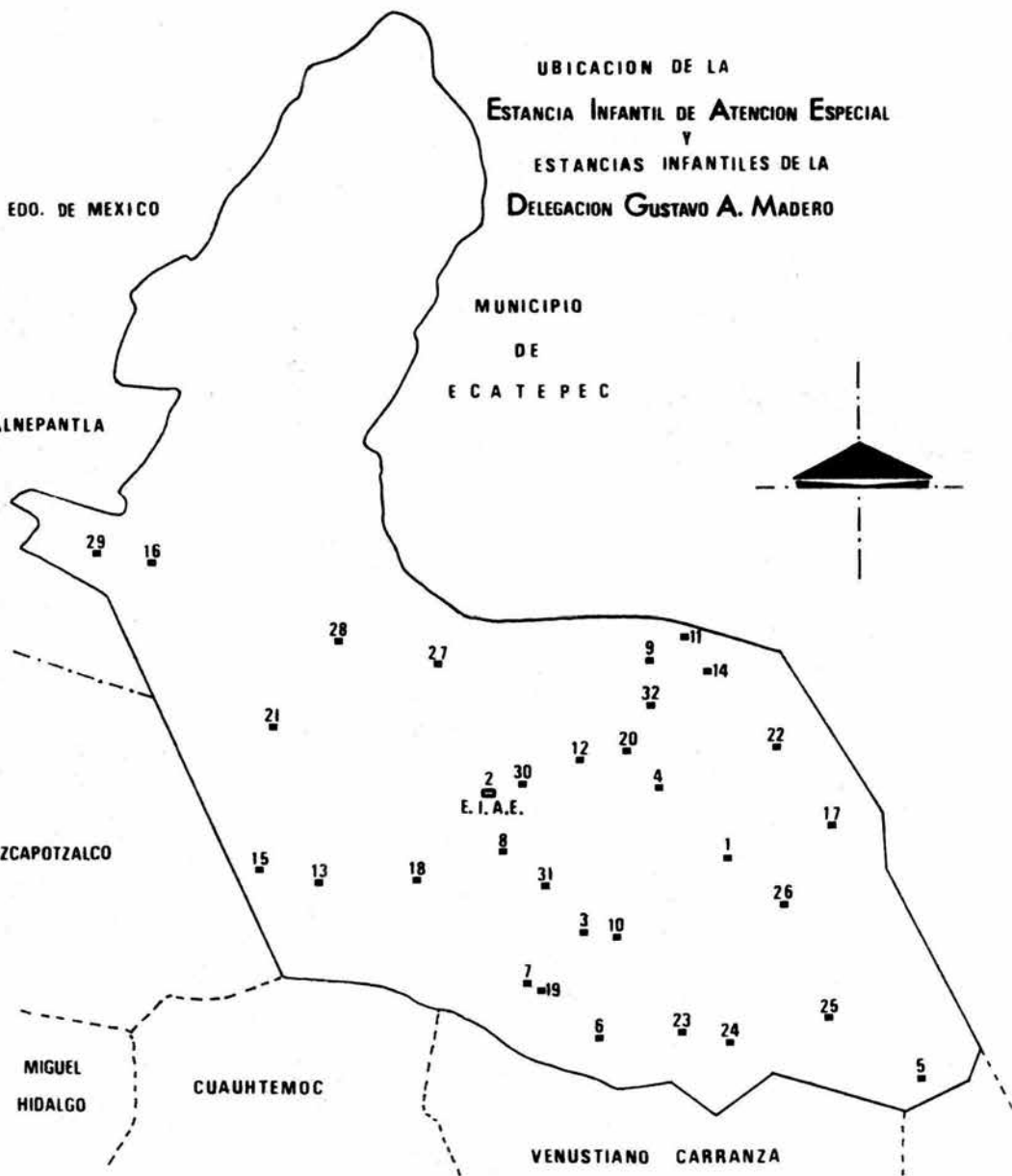
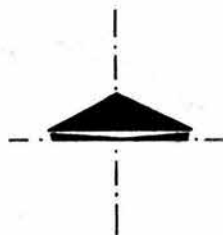
TLALNEPANTLA

AZCAPOTZALCO

MIGUEL
HIDALGO

CUAUHTEMOC

VENUSTIANO CARRANZA



Empezamos este apartado con este microanálisis, para dar una perspectiva más amplia de la importancia que tienen todos los esfuerzos encaminados a proporcionar algún tipo de atención inicial, bajo las condiciones imperantes en la mayoría de las Delegaciones y en particular de la Gustavo A. Madero.

De esta manera estancias infantiles trata de ser una alternativa para la atención inicial, y más específicamente, trata de ser una forma de atención, ya que está tratando de desarrollar un enfoque que contempla atender a familias más que a individuos en particular.

En las estancias infantiles de la Delegación Gustavo A. Madero, no había información precedente, ni continuidad en programas y ningún tipo de alternativa para el tipo de servicio prestado. Actualmente, con la incorporación cada vez mayor de un grupo de profesionistas de diversas disciplinas, se están presentando programas de trabajo y sobre todo, alternativas que son viables porque toman en consideración las condiciones reales de las estancias infantiles de la Delegación Gustavo A. Madero.

Las estancias infantiles se encuentran ubicadas dentro del área que ocupa los mercados públicos. Estos mercados como centros de abasto, no se encuentran en igual proporción en las diferentes delegaciones, en algunas son más numerosos que en otros. Esto es debido a que la compra de comestibles y enseres no es la misma para toda la población que habita el Distrito Federal. En las zonas donde se prefiere el abasto por medio del mercado público, proliferan éstos como medios de distribución. Este tipo de mercados, regularmente, sirve a las clases sociales de escasos recursos económicos. La mayoría de la población que hace uso de las estancias infantiles es gente de escasos recursos económicos. En la Delegación Gustavo A. Madero, que es una zona donde la mayoría de la población que la habita es de escasos recursos económicos, el número de mercados es de 49.

1.4.2. Centros.

La Delegación Gustavo A. Madero, cuenta con 32 estancias infantiles. Las 32 estancias infantiles están distribuidas en diferentes colonias, por lo cual, en su gran mayoría toman el nombre de la colonia para denominarlas y clasificarlas (ver tabla I y mapa de localización). A pesar de que la Delegación cuenta con 49 mercados públicos, no todos albergan una estancia infantil dentro de sus instalaciones, esto es debido principalmente a que no hay área disponible o el mercado ocupa locales provisionales.

Las instalaciones de las estancias infantiles, hoy en día, son deficientes. En años anteriores, posiblemente cubrían las necesidades por el tipo de resguardo que se practicaba. E inclusive, a estas estancias infantiles, se les denominaba "Guarderías", nombre

TABLA I

RELACION DE ESTANCIAS INFANTILES

No.	NOMBRE	U B I C A C I O N
1.-	AMPLIACION CASAS ALEMAN	PUERTO ACAPULCO Y PUERTO TAMPICO COL. CASAS ALEMAN.
2.-	ATENCION ESPECIAL	F. JUAN DE ZUMARRAGA Y AQUILES SERDAN, COL. ARAGON LA VILLA.
3.-	BONDOJITO	HENRY FORD Y NORTE 72-A, COL. BONDOJITO.
4.-	CARRERA LARDIZABAL	LUIS DE LA ROSA Y LEON GUZMAN COL. CARRERA LARDIZABAL.
5.-	CUCHILLA DEL TESORO	AV. DEL PARQUE Y NORTE 1, COL. CUCHILLA DEL TESORO.
6.-	DIEZ DE MAYO	ORIENTE 87 Y NORTE 84, COL. NUEVA TENOCHTITLAN.
7.-	EMILIANO ZAPATA	ORIENTE 95 Y NORTE 60, COL. EMILIANO ZAPATA.
8.-	ESTRELLA	PARQUE Ma. TERESA Y OBSIDIANA, COL. ESTRELLA.
9.-	GABRIEL HERNANDEZ	AV. CENTENARIO Y FINESTERRE, COL. GABRIEL HERNANDEZ.
10.-	GERTRUDIS SANCHEZ	NORTE 82 Y NORTE 84, COL. GERTRUDIS SANCHEZ.
11.-	JUAN GONZALEZ ROMERO	GLORIA Y ALCATRAZ, COL. JUAN GONZALEZ ROMERO.
12.-	MARTIN CARRERA	VICENTE GUERRERO Y JOAQUIN HERRE RA, COL. MARTIN CARRERA.
13.-	MAXIMINO AVILA CAMACHO	PONIENTE 112 Y PROL. NORTE, COL. MAXIMINO AVILA CAMACHO.
14.-	NUEVA ATZACOALCO	CALLE 314, ENTRE 311 Y 313, COL. NUEVA ATZACOALCO.
15.-	PANAMERICANA	PONIENTE 112 Y ORIENTE 110, COL. PANAMERICANA.
16.-	PROGRESO NACIONAL	AV. GUADALUPE Y CALLE 11, COL. PROGRESO NACIONAL.

CONTINUACION TABLA I

No.	NOMBRE	U B I C A C I O N
17.-	PROVIDENCIA	ZACATECAS Y MORELOS, COL. <u>PROVI</u> <u>DENCIA.</u>
18.-	RAMON CORONA	RIO BLANCO, NECAXA Y ESPERANZA, COL. INDUSTRIAL.
19.-	RIO BLANCO	ORIENTE 95 Y AV. INGUARAN, COL. MARTIRES DE RIO BLANCO.
20.-	SALVADOR DIAZ MIRON	NORTE 66-A Y ORIENTE 55, COL. SALVADOR DIAZ MIRON.
21.-	SAN BARTOLO ATEPEHUACAN	MANDUJANO, CELAYA Y MONTEVIDEO, COL. SAN BARTOLO ATEPEHUACAN.
22.-	SAN FELIPE DE JESUS	DOLORES HIDALGO Y APATZINGAN, COL. SAN FELIPE DE JESUS.
23.-	SAN JUAN DE ARAGON I	AVENIDAS 506, 517 Y 519, COL. SAN JUAN DE ARAGON, UNIDAD I.
24.-	SAN JUAN DE ARAGON II	AVENIDAS 506, 549 Y 553, COL. SAN JUAN DE ARAGON, UNIDAD III.
25.-	SAN JUAN DE ARAGON III	AVENIDAS 606, 595 Y 597, COL. SAN JUAN DE ARAGON, UNIDAD III.
26.-	SAN JUAN DE ARAGON VII	AVENIDAS 414-A, 481 Y 483, COL. SAN JUAN DE ARAGON, UNIDAD VII.
27.-	SAN PEDRO ZACATENCO	MANIZALES, RAMIRIQUI Y RIOJA, COL. SAN PEDRO ZACATENCO.
28.-	SANTA MARIA TICOMAN	AV. 21 DE MARZO Y CALLE 1810, COL. SANTA MARIA TICOMAN.
29.-	SANTA ROSA	AV. 1, CALLE 26-A Y 28-A, COL. SANTA ROSA.
30.-	TREINTA Y TRES	5 DE FEBRERO Y VICENTE VILLADA, COL. GUSTAVO A. MADERO.
31.-	TRES ESTRELLAS	TESORO Y GRANITO, COL. <u>TRES</u> <u>ESTRELLAS.</u>
32.-	VASCO DE QUIROGA	FRAY BARTOLOME DE OLMEDO Y FRAY J. DE PADILLA, COL. <u>VASCO DE QUI</u> <u>ROGA.</u>

que algunas de ellas todavía conservan en la entrada de sus instalaciones. En el año de 1978, con la promulgación de un reglamento en materia de servicios que prestan éstas, se cambió el enfoque o más bien dicho el nombre, y a partir de este momento se les llama estancias infantiles (Hank, 1978).

En la mayoría de las instalaciones de las estancias infantiles no hubo la planeación necesaria para su construcción, así tenemos que no se le designó la mejor o al menos una de las mejores áreas dentro del mercado, en la mayoría de los casos se encuentran cerca de los depósitos de basura; no se construyó el número necesario de áreas (área particular para lactantes, área verde, suficientes sanitarios, etc.); y en general, la orientación espacial de algunas zonas (sobre todo la de lactantes), quedan en los lugares más impropios de la estancia.

El mobiliario que hay en las estancias infantiles no es el suficiente ni el adecuado para el trabajo con los niños. Como se mencionó, posiblemente esto cumplía las necesidades de acuerdo al enfoque que se tenía en años anteriores en cuanto a la atención inicial, actualmente este es deficiente. Sin embargo, las instalaciones y mobiliario se han ido restaurando de acuerdo a las necesidades actuales, y especialmente, para brindar un mejor servicio.

En cada una de las estancias, se puede decir con respecto a instalaciones y mobiliario, que se cuenta con un cuadro común (ver tabla II). Es decir, todas cuentan por lo menos con este cuadro y en caso contrario, se busca que la estancia infantil lo contenga.

1.4.3. Organización y Funcionamiento.

Las estancias infantiles atienden a población que va de 45 días a 6 años de edad. Por fines prácticos y de trabajo, esta población se ha dividido en tres grandes áreas tomando como factores básicos la edad y la disponibilidad de situación física de cada estancia infantil. De esta manera, la población de cada estancia infantil puede estar dividida en:

Lactantes: De 45 días a 18 meses
A) 45 días a 6 meses.
B) 7 meses a 11 meses.
C) 12 meses a 18 meses.

Maternales: De 1 año 7 meses a 3 años 11 meses
A) 1 7/12 años a 1 11/12 años.
B) 2 años a 2 11/12 años.
C) 3 años a 3 11/12 años.

Preescolares: De 4 años a 5 años 11 meses
1º) 4 años a 4 6/12 años.

TABLA II

INSTALACIONES

- a. UNA AREA PARA LACTANTES.
- b. UNA AREA PARA MATERNALES.
- c. UNA AREA PARA PREESCOLARES.
- d. UNA AREA DE SANITARIOS PARA NIÑOS.
- e. UNA AREA DE SANITARIOS PARA PERSONAL.
- f. UNA AREA DE PATIO DE JUEGOS.
- g. UNA AREA PARA COCINA.
- h. UNA AREA PARA ADMINISTRACION.
- i. UNA AREA COMO RECIBIDOR.

MOBILIARIO

- a. UN NUMERO VARIABLE DE MESAS Y SILLAS INFANTILES.
 - b. UN ESTANTE.
 - c. UN NUMERO VARIABLE DE CUNAS.
 - d. DOS COLCHONETAS.
 - e. UN REFRIGERADOR.
 - f. UNA ALACENA.
 - g. UNA ESTUFA-FREGADERO.
 - h. UN PIZARRON PARA EL AREA DE PREESCOLAR.
- (CADA AREA CUENTA CON EL EQUIPO QUE LE ES PROPIO)

2º) 4 7/12 años a 4 11/12 años.

3º) 5 años a 5 11/12 años.

Es importante mencionar que el número de áreas (lactantes, maternales y preescolares) en cada estancia, depende de la demanda del servicio y de la disponibilidad del área física en la estancia infantil. Debido a una gran diferencia que existe de estancia a estancia en cuanto a su situación física; es muy variable, en cada una de ellas, el número de grupos, el número de personal y en consecuencia, la población infantil.

Las estancias infantiles en cuanto a personal, están formadas por una organización básica. Esta comprende aquellos que están directamente en los centros. Cada centro cuenta por lo menos con:

- a) Una administradora.
- b) Tres asistentes educativas
(una por cada área de desarrollo).
- c) Una cocinera.
- d) Una afanadora.

Dentro de las estancias infantiles la administradora como máxima autoridad, venía decidiendo qué tipos de actividades se debían de llevar a cabo, que tipo de alimentos se debían de consumir, cómo se debía de organizar la estancia en cuanto a disposición del mobiliario y áreas de desarrollo, qué niños podrían ingresar, que personal debería de trabajar en tal o cual área, y era el único medio de comunicación del personal con la oficina central. Fue a partir de que el psicólogo ingreso como equipo a las estancias infantiles, que se dieron cambios sustanciales en la estructura de las mismas. Así tenemos, que aunque la administradora sigue como directora del centro, sus funciones se han ido modificando con el fin de dar una participación más activa al equipo multidisciplinario. De esta manera, la disposición del mobiliario y áreas queda a cargo de pedagogía y psicología; el ingreso de los menores se hace por medio de períodos de inscripción donde los aspirantes son sometidos a una valoración por cada una de las áreas del equipo multidisciplinario; los menús son llevados por una dietista; y en cuanto a las actividades educativas y de estimulación, ha sido el área de pedagogía y psicología las que se han encargado de regularlas y estructurarlas de acuerdo a un programa común para todas las estancias infantiles.

Al ingreso del psicólogo a estancias infantiles se encontraban laborando un total de 248 personas; de éstos, 228 trabajaban directamente en los centros educativos y 20 en la oficina central. La oficina central se encuentra en el edificio delegacional, en el área que ocupa el promotoriado voluntario. El personal que la conformaba era principalmente: a) La coordinación general; b) secretario particular de la coordinación; c) encargada de personal; d) pa-

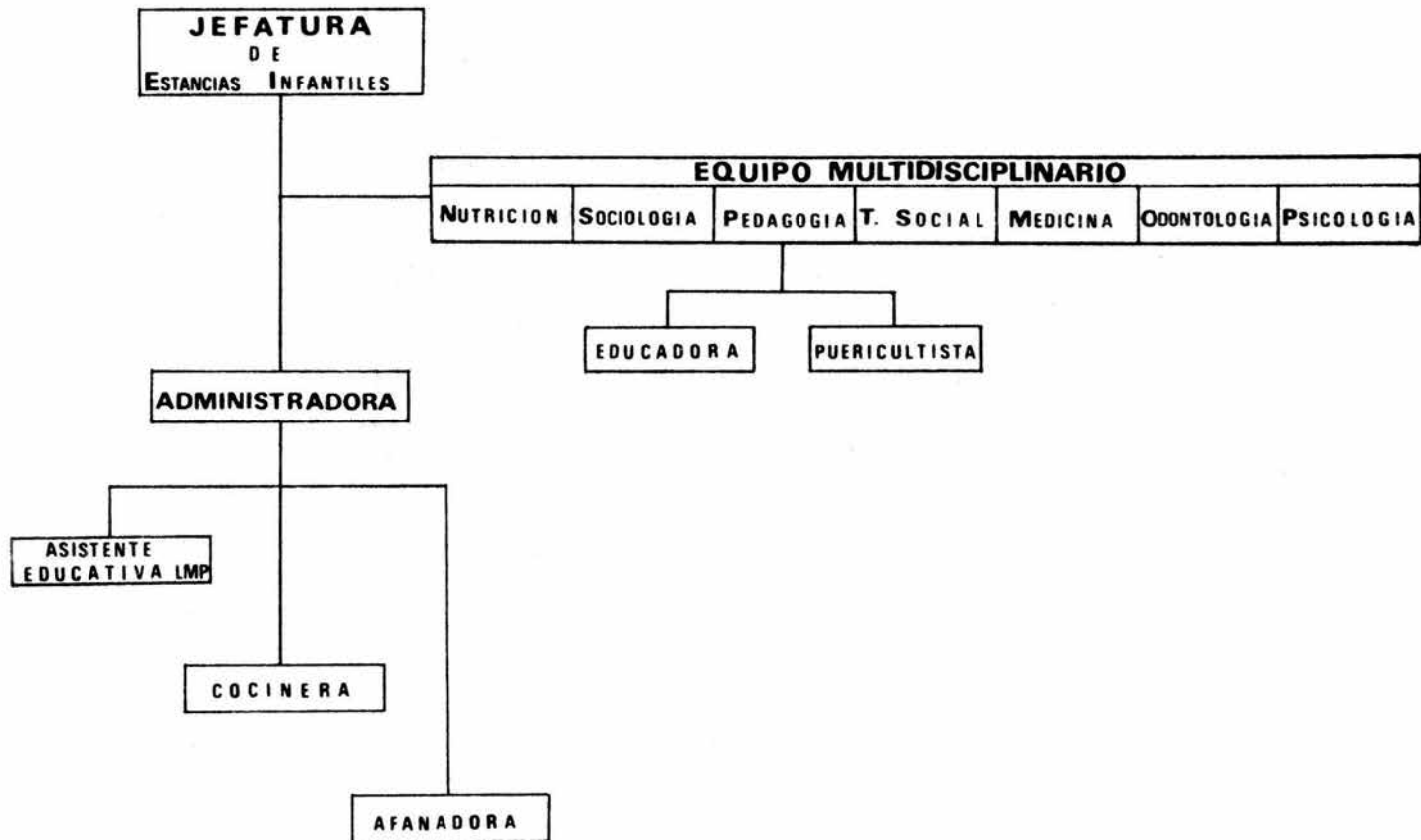
gadora; e) auxiliares administrativos; f) secretarias; y g) personal de mantenimiento.

Actualmente se está laborando con un total de 279 personas: 231 se encuentran en las estancias infantiles, 17 en la Unidad Departamental (antes oficina central), y 31 que conforman el equipo multidisciplinario (ver organigrama). Seguiremos dando la comparación de antes y ahora, porque el trabajo del psicólogo fue el punto de partida para reformular el servicio que brindan las estancias infantiles. El psicólogo ingreso a estancias infantiles en el año de 1984 con un grupo de 4 personas. Más adelante describiremos detalladamente este aspecto al abordar los aspectos de formación de la Estancia Infantil de Atención Especial.

De las 231 personas que laboran actualmente en las 32 estancias infantiles; 33 lo hacen como administradoras, 30 como asistentes del área de lactantes, 57 como asistentes de maternales, 46 de preescolares, 36 como cocineras y 29 como afanadoras. Con las características que tienen actualmente este personal, son muy limitadas las posibilidades de obtener resultados positivos a corto plazo en la optimización del servicio que brinda estancias infantiles. Las características a las cuales hacemos alusión son: 1) Bajo nivel de escolaridad, 7.5 años de estudios en promedio, con un rango de 1 año a 15 años (ver figura 1), cuando que por lo menos debería de ser de un promedio de 10 años; 2) La edad avanzada de la mayoría, 42 años en promedio, con un rango de edad de 19 a 76 años (figura 2); y 3) La poca motivación o disponibilidad para el trabajo, factor que se veía agravado por la desorganización que imperaba en la mayoría de las estancias infantiles. A pesar de todo esto encontramos un factor positivo que de cierta manera permite subsanar algunos de los anteriores aspectos, este lo constituye la gran experiencia que la mayoría de ellas posee. El promedio que se tiene es de 14 años de experiencia, producto directo de igual número de años en las estancias infantiles.

Es importante destacar aquí, que el psicólogo pudo trabajar ya directamente en lo que es el servicio de estancias infantiles, cuando mostro que era el profesionista necesario, e inclusive indispensable, dentro de la estructura de las mismas. Fue a partir de que el psicólogo mostro resultados positivos en su trabajo inicial (atención especial), que se le permitió un rango de acción más extenso, que inclusive, llegó a que se acudiera a él para que tomara una decisión en algunos aspectos que tenían que ver con el servicio de estancias. Un punto que influyo en que esto se diera, fue el hecho de que el psicólogo fue tomando diferentes datos sobre la población con la que iba a trabajar (niños y personal), y fue estructurando una forma de abordaje de la situación, que tuviera como fin último la optimización del servicio de estancias infantiles de la Delegación Gustavo A. Madero. Con este sentido se elaboró un Manual de Organización y Funcionamiento para las estancias infantiles. La elabo

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL



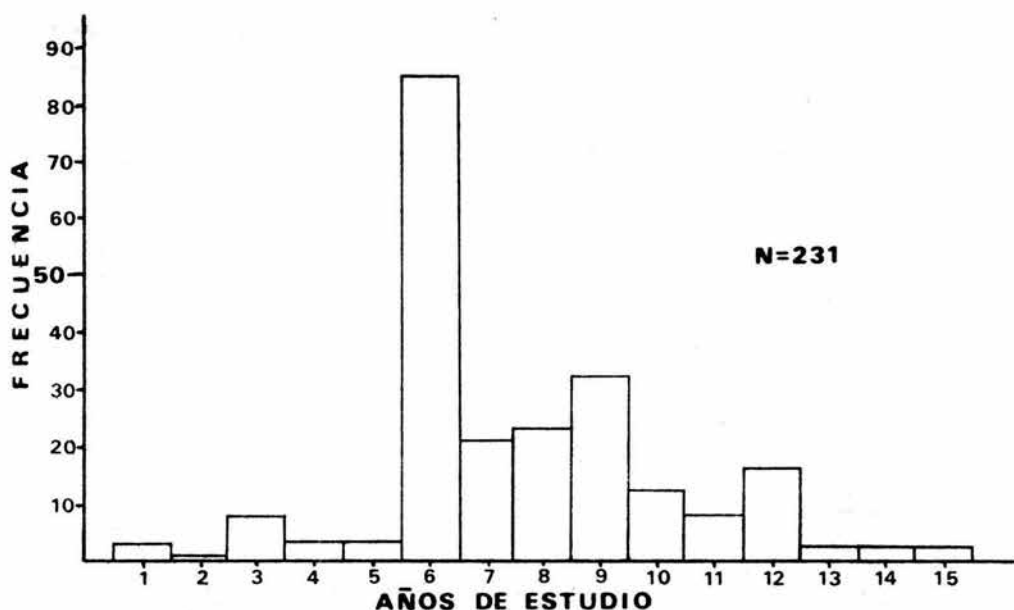


FIG. 1. ESCOLARIDAD DEL PERSONAL DE ESTANCIAS INFANTILES; LA MAYOR FRECUENCIA ES EN 6 AÑOS DE ESTUDIO, Y LA MENOR EN 2 AÑOS DE ESTUDIO, 85 Y 1 CASO RESPECTIVAMENTE. EN PROMEDIO SE TIENE 7.5 AÑOS DE ESTUDIO.

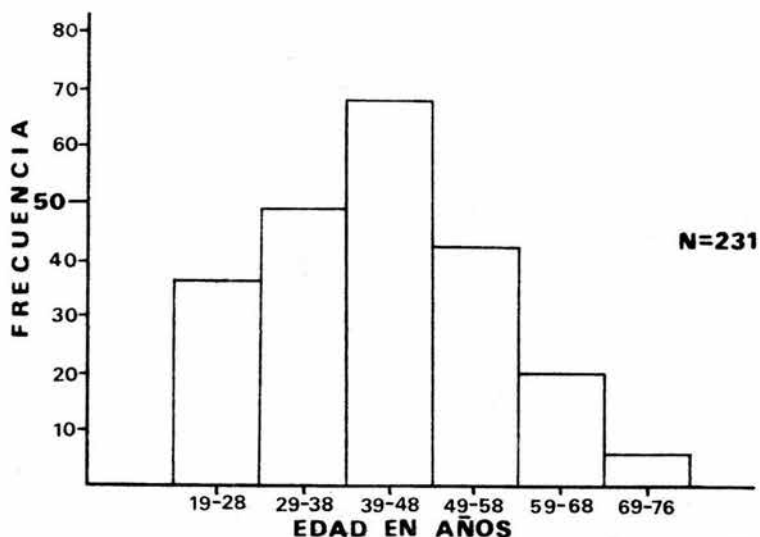


FIG. 2. LA EDAD CRONOLÓGICA DEL PERSONAL DE ESTANCIAS ES AGRUPADA EN RANGOS DE 10 AÑOS. LA MAYOR FRECUENCIA SE PRESENTA EN EL RANGO 39-48 AÑOS, CON 68 CASOS; EL PROMEDIO ES DE 42 A.

ración de éste estuvo basada en algunos manuales de otras instituciones (SEP, IMSS, IPN y SSA), y principalmente, en las actividades que ya estaban desempeñando el personal de las estancias infantiles. Para esto último, se les pregunto directamente a las personas encargadas de las diferentes áreas de las estancias infantiles: a) ¿Cuáles eran las actividades que desarrollaban comunmente en un día de labores?; b) ¿Qué actividades consideraban que no les correspondía a su área?; y c) ¿Qué otras actividades consideraban que debían realizar en su área? De esto surgió una serie de actividades comunes para cada área, las cuales fueron estructuradas en el manual de organización y funcionamiento. Así tenemos que en se describe que es lo que debe hacer cada persona que ocupa un puesto dentro de las estancias infantiles. En general, el manual se estructura para cada uno de los puestos de la siguiente manera: a) objetivo general, en el se describe en forma esquemática la principal función del puesto; b) funciones específicas, se describen paso a paso las actividades en terminos genéricos que competen exclusivamente al puesto; c) jefe inmediato, se da en razón a la estructura organizacional; y d) requisitos para el puesto, en el se trata de incluir las necesidades de escolaridad y experiencia para ocupar el puesto. Con este documento se empezó a describir las funciones de cada de las personas que se desempeñan dentro de la estancia.

Otro aspecto que se ha ido convirtiendo en un importante apoyo en el proceso de optimización del servicio de estancias, lo constituye la elaboración y aplicación del Reglamento de Servicios de Estancias Infantiles. El servicio que se venía dando por estos centros era considerado como de mero resguardo y sin una formalidad precisa; los padres podían llevar a su niño a la estancia, cuando querían, como querían e inclusive, darle de alta y baja cuando ellos lo desearán. Todo esto se podía hacer por las facilidades que daban las administradoras y por la falta de un documento donde se reglamentara el servicio. Además, todas las acciones eran apoyadas indirectamente por las autoridades, ya que siempre se le daba la razón a los padres limitando al personal. Con la elaboración y divulgación del reglamento de estancias, se preciso los derechos y obligaciones que adquieren los padres al entrar al servicio que prestan estos centros. Actualmente los padres toman con más formalidad el servicio; saben que no pueden entrar cuando quierán, sino que hay períodos de inscripción, que de alguna manera, se ajustan a sus necesidades; saben específicamente a que tienen derecho y en consecuencia, a que tienen obligación; y sobre todo, se sienten más comprometidos con la estancia porque la ven como un medio para conseguir la educación inicial de sus hijos.

A pesar de todo esto, aun falta mucho por recorrer para alcanzar la meta trazada, meta que se mantiene fija y que no es otra cosa que la optimización del servicio de estancias infantiles en la Delegación Gustavo A. Madero. Esta meta conlleva otro aspecto no me

nos importante: la prevención de las alteraciones en el desarrollo de los niños que asisten al servicio.

Al ingresar el psicólogo como grupo a las estancias infantiles estas contaban con personal profesional tales como: un médico, un psicólogo y dos trabajadoras sociales con estudios a nivel técnico. El psicólogo ingreso con un grupo de cuatro personas y paulatinamente, se consolidó como equipo. Actualmente lo constituye un total de cinco personas.

En base a las necesidades que planteó el área de psicología, se fue conformando un equipo de profesionistas que profesaban carreras afines para el trabajo con niños. De esta manera, se integraron áreas como la de pedagogía, nutrición, odontología y sociología. Actualmente se cuenta con un total de 30 gentes, lo que permite formar cabalmente un equipo multidisciplinario. Este se puede dividir en siete grandes áreas:

- I. Nutrición, con una persona en total.
- II. Odontología, con tres personas.
- III. Pedagogía, cinco personas (una pedagoga y cuatro educadoras).
- IV. Psicología, cinco personas.
- V. Medicina, seis personas (dos con especialidad de pediatría).
- VI. Sociología, dos personas (denominada organización y métodos).
- VII. Trabajo Social, con ocho personas.

Con este equipo de apoyo, las perspectivas de las estancias infantiles han cambiado notoriamente; hay más alternativas para llegar a las metas trazadas.

Desafortunadamente, ya que se había constituido este equipo disciplinario, se presentó un decreto oficial (a principios de 1986), por el cual se asignó a todos los médicos y odontólogos a una unidad diferente a la que pertenece estancias infantiles. Los médicos y odontólogos dependían directamente de la coordinación de estancias infantiles; actualmente, dependen de la unidad de servicios médicos. Aunque el grupo de médicos y odontólogos está comisionado a estancias, es requerido constantemente por su unidad, por lo cual, no se puede contar con ellos al cien por ciento. Las otras áreas del equipo multidisciplinario si dependen directamente de la coordinación de estancias infantiles.

Los datos que recolectó el psicólogo y su muy particular forma de abordar las situaciones problema, fueron tomados como punto de partida para la organización y estructuración de las otras áreas del equipo. Actualmente, el psicólogo es un pilar dentro de la estructura del servicio de estancias infantiles.

1.4.4. Cobertura y Programas.

La población que se atendía en 1986, era de un total de 2,125 niños. De estos, 155 correspondieron al área de lactantes, lo que

representa el 7.3% del total; para el área de maternal se tuvo 1,046 niños, siendo el área con mayor población alcanzando el 49.2% del total; y los preescolares fueron un total de 924, lo que representa un 43.5% del total (figuras 3,4 y 5). Como se puede observar, el área que cuenta con mayor número de niños es la de maternal, este mismo fenómeno se observó en el año de 1985. La explicación que se encuentra a esto, es que los padres de los niños buscan darle otra alternativa de atención inicial cambiándolo de escuela. Los niños de edad de lactante casi no demandan este servicio, se considera que en este caso, los padres prefieren dejar a sus hijos al cuidado de familiares o conocidos; y en la medida que va creciendo tanto físicamente como en sus necesidades sociales, los padres buscan acomodo o apoyo en alguna institución de atención inicial. Es precisamente en estos momentos, cuando una institución como lo es la estancia infantil puede brindar este servicio, convirtiéndose en una alternativa fiable para los padres que se ven en la necesidad de dejar a otras personas el cuidado de sus hijos.

La población que atiende cada estancia varía debido a la capacidad instalada de cada una de ellas. La capacidad instalada comprende número de salas disponibles, patios y salones, sanitarios, mobiliario, personal, etc. En la figura 6 podemos observar gráficamente en número de estancias infantiles que atienden a un determinado número de niños, los cuales se agrupan por rangos de 9. La mayor frecuencia de estancias, con ocho casos cada uno, caen dentro del rango de 40 a 49 niños y de 50 a 59 niños.

Como mencionamos en párrafos anteriores, la estancia cuenta con una estructura básica de personal. En la figura 7 se observa el número de estancias infantiles que hay con un determinado número de personal. En mínimo personal que tiene una estancia es de 5, y un máximo de 13. Hay 9 estancias infantiles con 6 de personal.

Por otro lado, la cobertura que se ha estado logrando parece mínima si se compara con algunas otras instituciones de mayores recursos (SEP, IMSS y DIF), sin embargo, es amplia si se toma en cuenta que se da en una situación de escasos recursos, como lo es la población de la delegación Gustavo A. Madero. Ahora, el enfoque que se está tratando de transmitir al personal que labora en las estancias, es que se está atendiendo a familias más que a individuos en particular. Con esto se quiere lograr que el servicio con el que se establece el contacto entre la estancia infantil y el niño, sea el camino para llegar a los otros miembros de la familia, y estos, a otras familias cercanas a esta; y así, se cubra un número mayor de población, en cuanto a que se tome una actitud más positiva, sobre la importancia que tienen los primeros seis años de vida del niño.

Las actividades educativas que se desarrollan son basadas sobre manuales proporcionados por la SEP, estos son entregados por medio de sus Dirección General de Educación Inicial. Estos se proporcionarán en el año de 1981. Las actividades educativas anteriores a

fig. 3. DISTRIBUCION DE LA POBLACION INFANTIL EN RAZON A LAS AREAS DE DESARROLLO DE LAS ESTANCIAS.

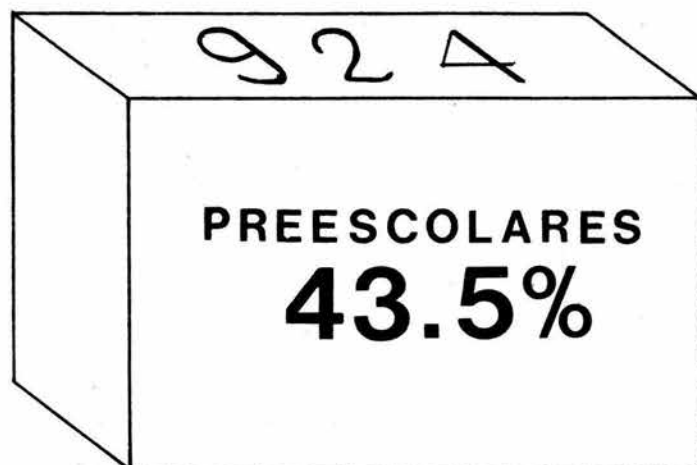
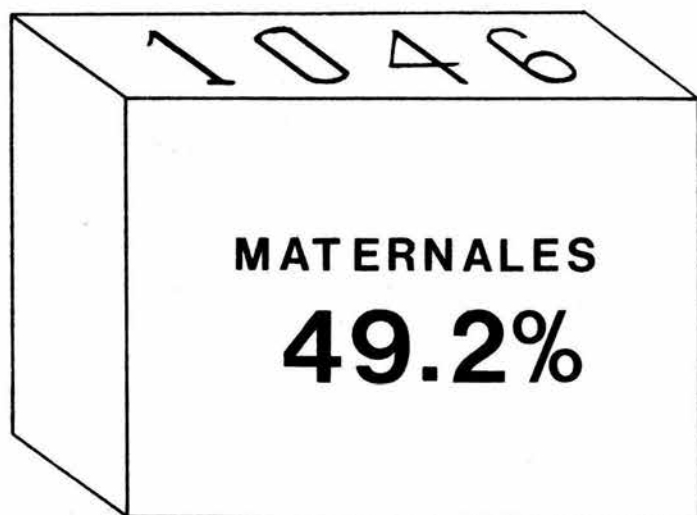
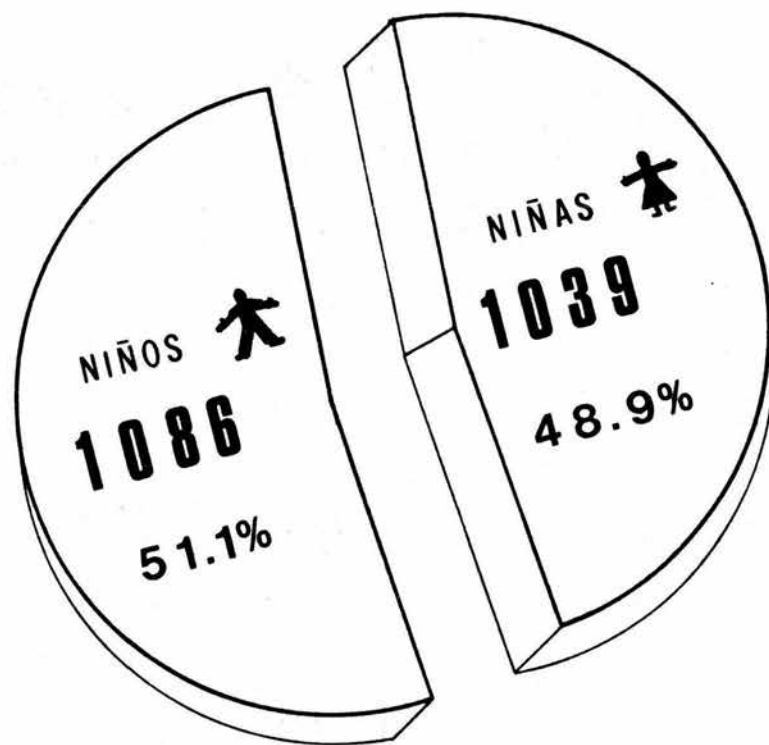


fig. 4.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION
INFANTIL TOTAL POR SEXO.



n = 2,125

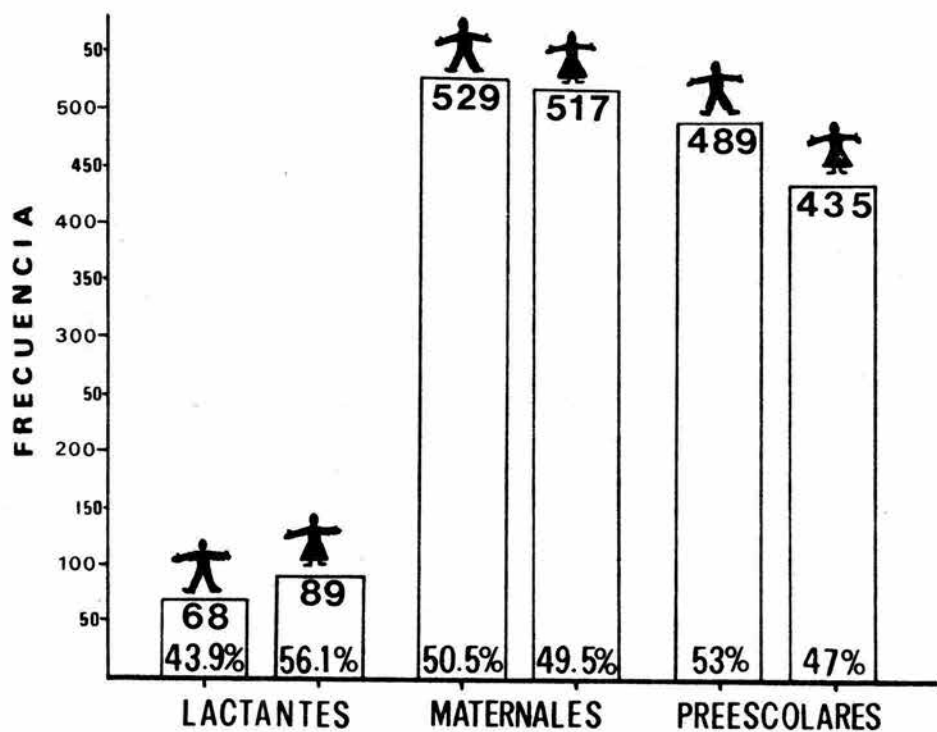


fig. 5. POBLACION INFANTIL POR SEXO Y POR AREA DE DESARROLLO. EN CADA BARRA SE INCLUYE EL PORCENTAJE POR SEXO DE CADA AREA.

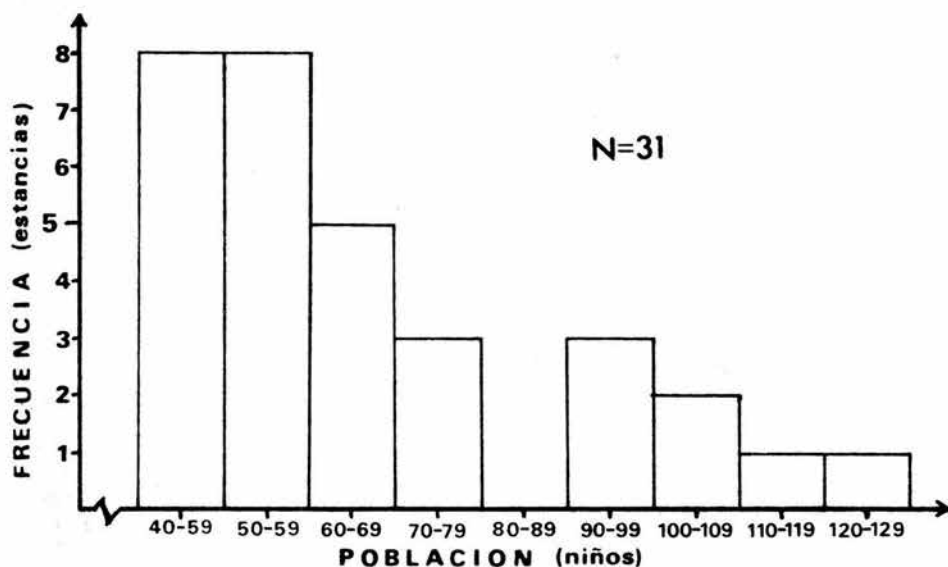


FIG. 6. SE MUESTRA LA DISTRIBUCION DE EL NUMERO DE ESTANCIAS INFANTILES EN RAZON A LA POBLACION QUE ALBERGAN.

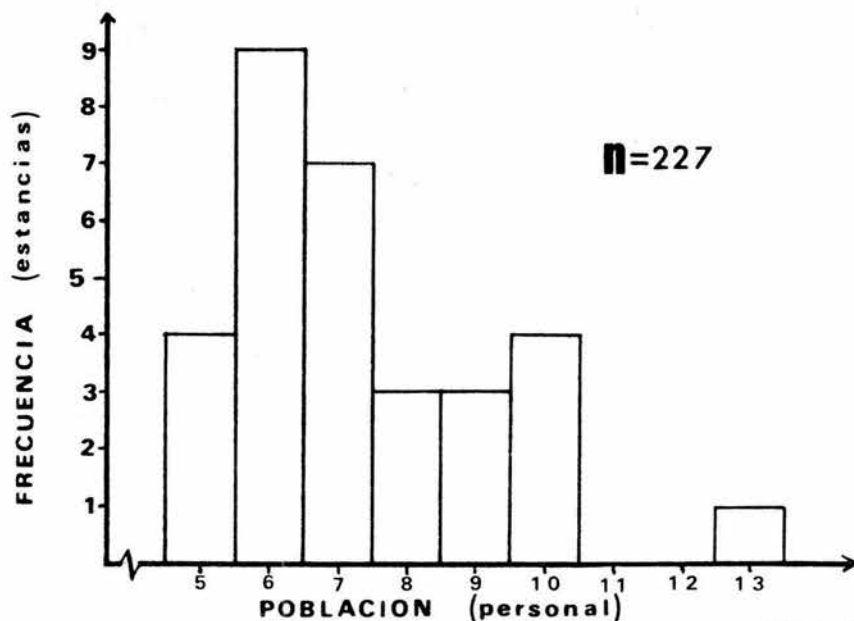


FIG. 7. DISTRIBUCION DEL PERSONAL POR ESTANCIA. EL MINIMO DE PERSONAL POR ESTANCIA ES DE 5, Y EL MAXIMO DE 13.

esto no tenían un programa base. Las estancias infantiles habían estado recibiendo capacitación y orientación por parte de la SEP; actualmente, sólo reciben supervisión sobre las actividades que se efectúan en cada área de desarrollo, lo que regularmente sucede cada mes.

Al igual que en otros aspectos, no hay dentro de la estancia infantil un registro de las actividades educativas que se venían desarrollando antes de la década de los 80's. Al parecer en ese tiempo, la principal preocupación dentro de las estancias infantiles era la de proveer al niño del algún tipo de alimento y de un resguardo. Al proporcionarse ya unos manuales de actividades educativas estructurados, se empezaron a efectuar una serie de actividades de manera conjunta y común para todas las estancias infantiles. La situación que privaba antes de 1980, se veía agravada en el momento de realizar las actividades, por las deficiencias que muestran las asistentes en su preparación técnica. La mayoría sólo cuenta con la primaria, lo que restringía y restringe el tener posibilidades de estructurar un programa educativo y/o las actividades que requieren los niños según su edad. Algunas de ellas solventaban esto con ingenio y experiencia práctica, al implementar una serie de ejercicios y actividades de manera espontánea. La crisis que presentaban las estancias eran múltiples, afortunadamente, se ha logrado conjuntar un buen equipo multidisciplinario y se espera superar todos esos aspectos que limitan el brindar un buen servicio. Un aspecto que afecta directamente el desarrollo de las actividades, lo constituye el material tanto de papelería como de juego o entretenimiento. Esto se ha ido resolviendo utilizando material de desecho o de uso.

A últimas fechas, una de las principales preocupaciones de psicología ha sido la de estructurar una serie de actividades, que permitan proporcionar la estimulación necesaria a cada uno de los niños, según su área de desarrollo a la cual corresponden. Esto se espera logran conjuntando una serie de acciones que involucren tanto al personal de la estancia infantil como a los padres del menor. Por lo cual, se han propuesto las siguientes funciones específicas para el psicólogo:

- Capacitación del personal, en el conocimiento del proceso de desarrollo del niño y del manejo adecuado del mismo, dentro de la institución
- Realización de pláticas y talleres con los padres de familia acerca de los aspectos del desarrollo y necesidades psicológicas del niño.
- Estructuración de las situaciones y actividades estímulo, necesarias para un adecuado desarrollo psicológico del niño.
- Diseño de material didáctico y de trabajo, de acuerdo a las necesidades propias del niño y de la estancia infantil.

- El fomento a través de talleres, de las buenas relaciones interpersonales en las estancias infantiles, para establecer un ambiente armonico de cordialidad y confianza para el niño.

Esto constituye un paso hacia la prevención de las alteraciones psicológicas en el niño, ya que se modifican las situaciones que se ha observado que lo propician. Se ha observado que en el número elevado de niños con alteraciones en su desarrollo, mucho tiene que ver la falta de actividades concretas, que a su vez, es consecuencia de la falta de organización y funcionamiento efectiva de las estancias infantiles. Esto lo podemos entender si tenemos presente, que la evolución de la interconducta psicológica está en función directa de las oportunidades interaccionales sujeto-ambiente. Cuanto mejores y más frecuentes sean dichas oportunidades, tanto más convenientes resultarán la calidad y cantidad del equipo interconductual. El papel que desempeñan los sistemas educativos o las estancias infantiles en nuestro caso, es el de proveer en su momento el número necesario de dichas oportunidades. Así observamos, que las alteraciones en el desarrollo son producto, en la mayoría de las veces, de la falta de situaciones estímulo para el niño. De esta manera tenemos, que en cuanto más acentuado sea el retardo más ha sido afectada la capacidad responsiva del sujeto, y más deficiente ha sido la presentación de las situaciones estímulo.

El trabajo que venía desarrollando el psicólogo dentro de las estancias infantiles, era de tipo remedial. A él se le había dado el encargo de resolver los problemas que se presentaban en los niños. A medida que incrementó su campo de acción, el psicólogo se hizo cargo de aspectos del desarrollo normal del niño. La tarea reeducativa implica una mayor concentración de recursos de diversos tipos, no así la acción puramente educativa. La acción remedial es una actividad que no debe permanecer constante como proceso, y más cuando se ha podido identificar que hay sobradas posibilidades de trabajar sobre actividades preventivas y/o normativas. En el caso de las estancias infantiles, se ha podido correlacionar positivamente, que muchos de los casos que han llegado al psicólogo son propiciados dentro del mismo sistema. Por lo cual, el paso inmediato es trabajar directamente en esas situaciones para que esto ya no suceda.

Comentario.

Ante la creciente demanda del servicio de atención inicial, y la deficiente infraestructura para cubrirlo, se hace necesario buscar soluciones prácticas, que no estén condicionadas a factores ajenos a la misma problemática. Es decir, para cubrir la demanda real y/o potencial del servicio de atención inicial, la solución está en la misma comunidad, se deben aprovechar al máximo los recursos existentes tanto de carácter material como humano. Se debe capacitar a la gente necesaria para que sirva de guía en el proceso de atención inicial. Debemos de buscar que cada día, más niños se involucren en algún tipo de programa de atención inicial. Entendido este, como aquel que permita al niño el despliegue de sus potencialidades para su óptimo desarrollo individual y social.

Una solución viable a la creciente demanda del servicio la constituye la educación no formal, ya que aprovecha las condiciones socioeconómicas del lugar donde funciona, utiliza un mínimo de inversión económica y permite que sea la misma comunidad la que participe en el proceso de educación no formal.

Las estancias infantiles constituyen un valioso apoyo para resolver el problema de la demanda de la cobertura de atención inicial. Las estancias infantiles, instituciones de carácter gubernamental, se pueden consolidar como una alternativa viable para complementar el desarrollo inicial del niño. Esto puede ser así, si se cuenta con los especialistas necesarios para vigilar y normar el servicio prestados por éstas.

Las estancias infantiles de la Delegación Gustavo A. Madero, han conformado un importante equipo multidisciplinario que permite contemplar metas más amplias. El psicólogo, pilar principal de este equipo, ha logrado revalidar su campo de acción, así como destacar la importancia de éste para aquellas instituciones que brinden atención inicial.

El establecer medidas que conlleven a la optimización del servicio que brindan las estancias infantiles, permitirá la prevención de ciertas alteraciones en el desarrollo del niño, que habían sido propiciadas por la falta de actividades precisas, ya que solamente se venía buscando el resguardo del menor.

capítulo 2

CAPITULO 2. LA EDUCACION ESPECIAL EN MEXICO.

La educación especial en México es el resultado de una gran cantidad de esfuerzos, que se han ido consolidando paso a paso hasta formar una institución clave. Actualmente, la educación especial recibe su principal apoyo de la SEP, a través de su Dirección General de Educación Especial. De esta manera se consolida de forma definitiva la necesidad impostergable de tener una institución a la cual corresponda regular este servicio. Su creación es relativamente reciente (1971), esto se considera así, ya que se venía trabajando sin un organismo oficial que normara las acciones. No se había tomado a la educación especial como una necesidad prioritaria, se le había venido dejando en actividad de segundo plano. Por eso mismo, decimos que los esfuerzos realizados individualmente se ven cristalizados en la oficialización de esta educación (La Educación Especial en México, 1985).

La población con necesidades especiales no es particular de un país o raza, sino que desafortunadamente, es común a la mayoría de ellos. Y más aun, como se ha podido comprobar, es la población de escasos recursos la que generalmente presenta un índice mayor de población con alteraciones en su desarrollo. México, país con un alto porcentaje de población con escasos recursos económicos, que a su vez es producto de una inadecuada distribución de la riqueza, presenta un índice elevado de población con necesidades de educación especial. El porcentaje actual de niños con alteraciones en su desarrollo es aproximadamente 10% del total de la población; porcentaje común a la mayoría de los países del mundo (OMS, 1978, citado en La Educación Especial en México, 1985).

Así mismo, en los países de recursos limitados, los servicios de atención especial alcanza coberturas mínimas. En el caso de México, esta apenas llega al 2.71% del total de la población con requerimientos especiales. Como observamos, es evidente que la problemática de la excepcionalidad no es un fenómeno aislado, sino que está estrechamente vinculado a aspectos sociales, culturales y económicos. La alteración en el desarrollo se manifiesta cuando el individuo padece deficiencias orgánicas y cuando se cría en ambientes físicos y sociales privados de lo más esencial o cuando suceden ambas cosas. Por tanto, la ausencia de condiciones mínimas de higiene, educación y vivienda es la causa de la existencia de los problemas mencionados (Hinojosa, Galindo y Galguera, 1984). Así también, es obvio que la solución del problema es en esencia social; sin embargo, esta no es justificación suficiente para no desarrollar una serie de estrategias que nos permitan atender y sobre todo, prevenir el retardo en el desarrollo.

Aunque el aumento de instituciones de atención especial ha sido considerable en los últimos años (779 en 1981-82; 907 en 1982-83; y 1002 para 1983-84); son pocas si se tiene en cuenta la demanda

existente del servicio. Como se puede observar en la tabla III, a pesar de que se atiende a un total de 135,739 alumnos, el número representa sólo el 2.71%; porcentaje limitado si se toma en cuenta que en México, hay 10% de población con necesidades de atención especial (La Educación Especial en México, 1985). De la tabla IV podemos obtener el número de escuelas por deficiencias tratadas, y los alumnos que fueron atendidos en el ciclo escolar 1983-84. Los datos que se presentan indican que más del 90% de la población con necesidades de educación especial no está siendo atendida. Como sabemos la población en México a crecido a una tasa de 3.0% anual, lo que implica a su vez, que la tasa de crecimiento de personas con necesidades de atención especial crece en proporción semejante. Ahora bien, de continuar trabajando como hasta ahora se ha hecho en educación especial, el problema de la demanda insatisfecha seguirá existiendo y más aún, seguirá creciendo. Por lo cual, resulta de gran importancia el hecho de que instituciones públicas y/o gubernamentales, fuera de las comunes, den su apoyo específico en pro del trabajo con niños que presentan alteraciones en su desarrollo. Y más aún, el que se diseñen estrategias que permitan prevenir el retardo como resultado del mismo.

A los centros que dependen directamente de la Dirección General de Educación Especial, se han sumado otros de algunos sectores que se han interesado en proporcionar este tipo de atención (ver tabla V). Esto resulta importante, si tomamos en cuenta que la cobertura de la demanda es limitada y que la atención especial, deben participar todos los sectores involucrados de una manera u otra en la atención del niño; esta participación no debe ser de una manera superficial, sino que debe ser de una manera específica y coordinada, ya que hay muchos aspectos involucrados en lo que es la atención especial.

En ese sentido, consideramos que el trabajar con población que está entre los 0 y los 6 años de edad, ya es de por sí implementar una estrategia de acción encaminada hacia la prevención, esto es por las particularidades que guarda y sobre todo, por los resultados que puedan obtenerse. La población con necesidades especiales debe ser atendida lo más tempranamente posible. Atender a los niños en sus primeros seis años, es una estrategia que se debe generalizar ya sea para niños normales o para aquellos con necesidades especiales.

El servicio que estaba prestando la Dirección General de Educación Especial para el Distrito Federal, era canalizado a través de cuatro coordinaciones. Debido a la expansión del servicio a consecuencia de la demanda, se abrieron otras cuatro coordinaciones, siendo actualmente un total de ocho. La coordinación número 2, recientemente, se dedica única y exclusivamente a la atención de la población que demanda el servicio de la delegación Gustavo A. Madero. Anteriormente esta coordinación atendía varias delegaciones. Esto

TABLA III. Instituciones de EDUCACION ESPECIAL y alumnos atendidos para el ciclo escolar 1983-84.
D.G.E.E., SEP, 1985.

SERVICIOS DE EDUCACION ESPECIAL	ESCUELAS	UNIDADES DE GRUPOS INTEGRADOS	CENTROS PSICOPEDAGOGICOS	CENTROS DE CAPACITACION DE E. ESPECIAL	CENTROS DE DIAGNOSTICO Y CANALIZACION	TOTAL
INSTITUCIONES	421	389	138	45	9	1002
ALUMNOS	37,122	71,066	24,254	3,297	(1)	135,739

(1) La población atendida en los Centros de Diagnóstico y Canalización se encuentra registrada en la institución a la que fue canalizada.

TABLA IV. INSTITUCIONES Y ALUMNOS ATENDIDOS POR AREA.

INSTITUCIONES DE EDUCACION ESPECIAL Y ALUMNOS ATENDIDOS POR AREA	CICLO ESCOLAR 1983-84	
	ESCUELAS	ALUMNOS
DEFICIECIA MENTAL	239	28,398
TRASTORNOS DE AUDICION Y LENGUAJE	58	6,098
IMPEDIMENTOS MOTORES	12	1,334
TRASTORNOS VISUALES	19	1,136
PROBLEMAS DE APRENDIZAJE	389	88,466
PROBLEMAS DE APRENDIZAJE Y LENGUAJE	136	6,102
PROBLEMAS DE CONDUCTA	23	4,205
ALTERACIONES MUTIPLES	126	(1)
TOTAL	1,002	135,739

(1) Incluidos en las otras áreas donde el niño es atendido principalmente.

TABLA V. DESCRIPCION DEL TIPO DE TRABAJO DE OTROS ORGANISMOS SOBRE ATENCION ESPECIAL, EN COORDINACION CON LA DIRECCION GENERAL DE EDUCACION ESPECIAL.

SERVICIOS COORDINADOS CON OTRAS INSTITUCIONES	(1)									
	DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA	DIRECCION GENERAL DE EDUCACION PRIMARIA	SECRETARIA DE GOBERNACION	ORGANISMOS ESTATALES	ASOCIACIONES DE PADRES	PATRONATOS CIVILES	MUNICIPIOS	DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL	
CENTROS DE EDUCACION ESPECIAL INICIAL	X			X						X
ESCUELAS DE EDUCACION ESPECIAL	X		X				X			X
CETROS DE CAPACITACION LABORAL					X					
GRUPOS ITEGRADOS		X	X							
CETROS PSICOPEDAGOGICOS	X	X								
CENTROS DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL	X									
INDUSTRIAS PROTEGIDAS						X	X			

(1) TOMADO DE LA "EDUCACION ESPECIAL EN MEXICO", D.G.E.E., SEP, 1985.

ha resultado benefico en el sentido de que se particulariza más sobre la población que habita la delegación. La coordinación No. 2, cuenta con: 5 Escuelas de Educación Especial (E.E.E.), las cuales atendieron (ciclo escolar 1986-87), a un total de 619 alumnos; 4 Centros Psicopedagógicos (C.P.P.), estos atendieron a un total de 356 alumnos; y con Grupos Integrados, se cuenta con 17 modulos de diez grupos cada uno, estos en su conjunto atendieron a un total de 1616 alumnos. Entre estos tres tipos de modalidad de atención especial, se atiende a un total de 2591 alumnos. De toda esta población, sólo se atiende a 46 alumnos en edad preescolar (ver tabla VI y VII).

2.1. LA EDUCACION ESPECIAL CON NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS.

En México la atención especial generalmente empieza después de que el niño cumplió 6 años de edad. Como tratamos en el primer capítulo; los primeros seis años de vida son la base para el ulterior desarrollo de todo individuo. Por lo cual resulta incomprendible que habiendose demostrado lo anterior por los estudiosos del desarrollo del niño, y siendo del conocimiento de los profesionistas dedicados a la atención inicial, se siga esperando a que el niño cumpla 6 años para iniciarlo en algún proceso educativo. En el caso de la educación especial esto ha sido más evidente, si observamos los datos que proporciona la Dirección General de Educación Especial, hay muy pocos niños que atienden de edad preescolar. La mayoría de la población que ellos atienden, comprende a niños que van de los 7 a los 16 años, y es proporcionalmente mínima la de 6 años o menores de 6 años.

Particularizando a la zona Norte de la ciudad de México, y en especial a la delegación Gustavo A. Madero, la Dirección General de Educación Especial está atendiendo a un total de 46 alumnos menores de 6 años. Este número es muy limitado si tomamos en cuenta el gran porcentaje de niños con alteraciones en el desarrollo, que ya se manifiestan desde los primeros años. Consideramos que es muy importante que la educación normal y especial, empiece en los primeros seis años de vida del niño, porque de esta manera se estará ahorrando importantes recursos económicos y de trabajo; y cuando se trata de educación especial, se estarán evitando las consecuencias colaterales que implica el tener un niño con alteraciones, tanto para los padres como para el medio social.

2.1.1. Programas y Cobertura.

Los programas de educación especial de la Dirección General de Educación Especial para los niños de edad preescolar y primaria, ponen especial énfasis en cuatro áreas: A) Independencia personal y

TABLA VI. POBLACION QUE ATIENDE CADA ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL POR GRADO EN LA DELEGACION GUSTAVO A. MADERO. EN ESTA SE INCLUYE LOS GRUPOS PREESCOLARES, CICLO ESCOLAR 1986-87.

ESCUELAS DE EDUCACION ESPECIAL	GRUPOS							TOTAL
	PRE	1º	2º	3º	4º	5º	6º	
Nº 3	—	18	12	12	14	22	28	106
Nº 5	12	18	20	25	26	50	65	216
Nº 18	—	18	22	20	26	37	42	165
Nº 24	—	8	15	10	12	27	26	98
Nº 52	34	—	—	—	—	—	—	34
TOTAL	46	62	69	67	78	136	161	619

TABLA VII. TOTAL DE POBLACION ATENDIDA POR LA COORDINACION No. 2, SOBRE LAS DIFERENTES MODALIDADES DE SU SERVICIO. CICLO ESCOLAR 1986-87. (DATOS PROPORCIONADOS POR LA COORDINACION No. 2).

SERVICIOS DE EDUCACION ESPECIAL	CICLO ESCOLAR 86-87	
	ESCUELAS	ALUMNOS
COORDINACION Nº 2		
ESCUELAS DE EDUCACION ESPECIAL	5	6 1 9
CENTROS PSICOPEDAGOGICOS	4	3 5 6
GRUPOS INTEGRADOS	1 7 ⁽¹⁾	1,6 1 6
TOTAL	2 6	2.5 9 1

(1) SON 17 UNIDADES CON UN TOTAL DE 170 GRUPOS.

protección de la salud; B) comunicación; C) socialización e información del entorno físico y social; y D) ocupación. La educación especial tiene como sujeto a los niños con necesidades especiales, cualquiera que sea su problemática. No difiere esencialmente de la educación regular sino que comparte sus fines generales y sus principios. Según la naturaleza y grado de los problemas de sus alumnos, comprende objetivos específicos, programas adicionales o complementarios individualizados, que pueden ser aplicados con carácter transitorio o permanente (Guía Curricular Preescolar y Primaria Especial, 1982). Con esta concepción de educación especial, se podría llegar muy lejos si se aplicara tal como está planteada. Sus fines generales y específicos, se enmarcan en el acercamiento del alumno con necesidades especiales a las situaciones normales comunes (un ejemplo claro de esto lo constituye los grupos integrados). Esto se podría generalizar con la población preescolar, creando grupos especiales en los mismos centros de atención preescolar o inicial. Debemos de aprovechar la infraestructura existente y cumplir con los fines de la educación especial, que es el integrar socialmente al individuo excepcional. Esto se logra más rápidamente si se le acerca a una situación real y común a la mayoría como lo es la escuela.

IZT. 1000879

Los niños atendidos en los grupos de preescolares por las escuelas de educación especial, son niños cuya edad oscila entre 4.5 y 7.5 años. Sus programas cumplen con una serie de objetivos generales y particulares, que tienen como base cada una de las cuatro áreas antes descritas. En general esta etapa tiene como objetivo: "realizar acciones básicas para el inicio del control motriz dinámico general, con vista a la coordinación de acciones complejas y a la adaptación socioeducativa, que facilite el desarrollo de su independencia personal elemental y convivencia con otros" (Guía Curricular Preescolar y Primaria Especial, 1982).

En cuanto a la cobertura que puede alcanzar la Coordinación No. 2, con niños menores de 6 años es limitada. Para el caso de la delegación Gustavo A. Madero, como veíamos, sólo se atiende a 46 alumnos, lo cual representa un porcentaje mínimo si tomamos en cuenta la demanda real. La atención en los primeros años se ve limitada por una serie de factores entre los que están principalmente: a) la creencia de que la etapa de 0 a 6 años, es una etapa de transición; b) de que cuando hay un niño con problemas, se considera que es cuestión de tiempo y que con el paso de este, el niño evolucionara satisfactoriamente; c) la falta de cuadros de desarrollo comunes a los diferentes estratos de la población urbana y rural, así como su debida difusión; y d) la falta de profesionistas especializados en desarrollo del niño en la etapa de 0 a 6 años.



2.2. LA ESTANCIA INFANTIL DE ATENCION ESPECIAL.

La estancia infantil de atención especial se ha convertido en una alternativa para los niños con necesidades especiales que tienen una edad menor a 6 años.

La estancia infantil de atención especial surgió como proyección de un grupo de promotoras sociales voluntarias y como la necesidad impostergable del personal de estancias, ya que era necesario dar atención psicológica a un gran número de niños que presentaban retardo generalizado en grado profundo e intermedio, que convivía cotidianamente con los demás niños.

La creación de la estancia de atención especial sirvió como puerta de entrada para dar a conocer el trabajo que puede desarrollar el psicólogo en este tipo de centros. La estancia infantil de atención especial empezó a funcionar como tal, el 2 de enero de 1984; antes de esa fecha, las estancias infantiles de la delegación Gustavo A. Madero contaban con muy poco personal profesional. Había un médico, dos trabajadoras sociales y un psicólogo. El trabajo que se hacía con los niños que presentaban algún grado de alteración, no era llevado con un programa o metodología definida.

2.2.1. Antecedentes de la Estancia Infantil de Atención Especial.

A fines de 1983, con el ingreso de dos psicólogos para la atención de niños con necesidades especiales al servicio de estancias, se hizo patente la necesidad de tener un lugar específico para trabajar con estos niños. Afortunadamente en ese tiempo se contaba con ese lugar y así, la estancia infantil de atención especial es inaugurada oficialmente el día 2 de enero de 1984. Esta estancia se ubica en el edificio que se encuentra localizado en el área que ocupa el mercado de comidas "Ma. Esther Zuno de Echeverría". Este edificio estaba siendo ocupado parcialmente por un médico y un psicólogo.

Al ser inaugurada la estancia infantil de atención especial, contó con ocho casos (una hipoacusica, un síndrome de Down, tres con problemas de lenguaje y tres con retardo general en grado profundo). El personal lo componía un total de 10 gentes: 1 auxiliar educativa, 1 cocinera, 1 administradora, 1 afanadora, 4 trabajadoras sociales y 2 psicólogos. De todo este personal, sólo la cocinera, una trabajadora social y la administradora recibían remuneración por parte de la delegación; el demás personal era prestador de servicio social. El médico y el psicólogo, que se encontraban en el edificio, no se integraron inmediatamente al personal base de la estancia. Al final de ese mismo mes, se incorpora al grupo del personal una pedagoga, la cual se había venido desempeñando en actividades de alfabetización de adultos dentro de la delegación Gustavo A. Madero. En el mes de febrero de ese mismo año (1984), tuve la oportunidad de incorporarme a este grupo como personal voluntario. Para

esas fechas, la estancia contaba con una población infantil total de 27 niños y un total de 13 gentes como personal.

El trabajo que se había desarrollado con los niños en ese tiempo, había sido principalmente el de programar las actividades y el tratar de encontrar una forma particular de atención. El personal de la estancia infantil de atención especial, no había tenido experiencia práctica en el trabajo con niños excepcionales; por consiguiente, había algunas dudas sobre como trabajar con estos niños.

Teniendo como base las condiciones que predominaban en éste tipo de centros o estancias, se fue delineando una forma particular de atención de niños con alteraciones en el desarrollo. Esta ha ido evolucionando hasta encontrarse hoy en una situación clave, que puede ser el inicio de una alternativa a generalizarse a otras situaciones comunes. Es motivo de este trabajo, el presentar esta forma de atención como una alternativa a la educación especial tradicional, y como una forma particular de lo que puede desarrollar el psicólogo, en instituciones donde había sido desconocida o limitada su participación.

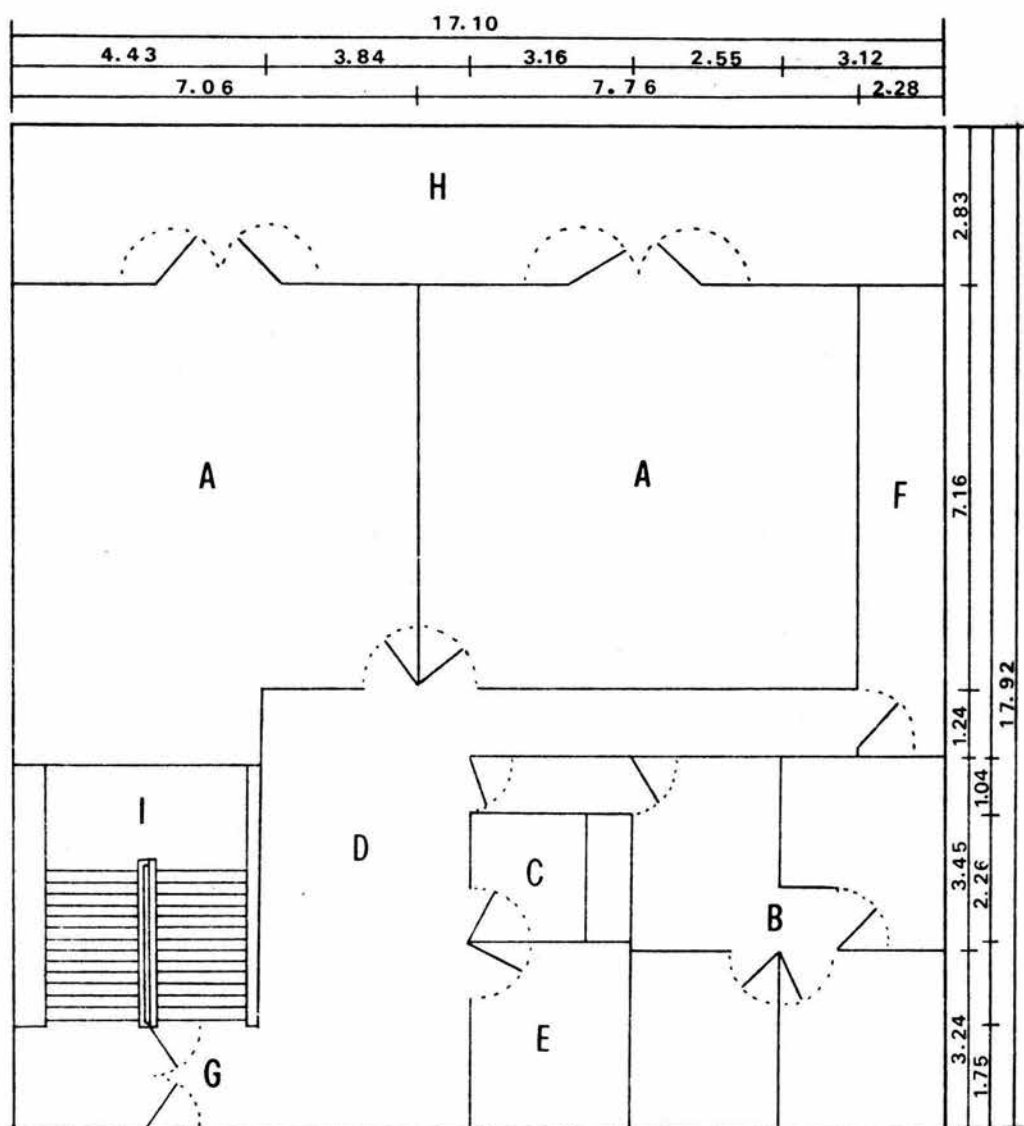
2.2.2. Situación Física de la Estancia Infantil de Atención Especial.

Como se mencionó la estancia de atención especial, con unos antecedentes comunes a las demás, se ubica físicamente dentro de un mercado. Aunque el mercado ya tenía tiempo funcionando (1976), y por lo mismo el área física ya estaba construida, no se había hecho uso total de ella.

La estancia se localiza en la parte posterior del mercado Ma. Esther Zuno de Echeverría. Este mercado es diferente a todos los demás de la delegación Gustavo A. Madero, aquí se vende solamente comida preparada. El mercado se encuentra en la esquina que forman las calles de Fray Juan de Zumárraga y Aquiles Serdán, calles que corresponden a la colonia Aragón La Villa.

La estancia infantil de atención especial la forman dos plantas que se localizan en un primer y segundo piso (ver plano). En el primer piso se encuentran:

<u>AREA</u>	<u>CANTIDAD</u>	<u>AREA</u>	<u>CANTIDAD</u>
A. SALONES DE CLASE	2	F. AREA DE SANITARIOS	1
B. AREA DE CUBICULOS	3	G. AREA PARA RECIBIDOR	1
C. AREA DE ADMINISTRACION	1	H. PATIO DE JUEGOS	1
D. AREA DE COMEDOR	1	I. AREA DE ESCALERAS	1
E. AREA DE COCINA	1		



ESTANCIA INFANTIL DE ATENCION ESPECIAL

PLANO DEL PRIMER PISO

ESC. 1:1

En el segundo piso:

<u>AREA</u>	<u>CANTIDAD</u>	<u>AREA</u>	<u>CANTIDAD</u>
J. CUBICULO DE MEDICINA	1	N. AREA DE SANITARIOS	1
K. CUBICULO DE PEDAGOGIA	1	Ñ. SEPTICO	1
L. AREA DE PSICOMOTRICIDAD	1	O. AREA DE ESCALERAS	1
M. PATIO DE JUEGOS	1		

Como se explicó, el edificio ya tenía la construcción antes descrita; la única área que se adaptó fue la zona de cubículos en las dos plantas. Esto se realizó en base a las necesidades que se fueron presentando e inclusive, hay un proyecto para la adecuación del área de psicomotricidad del segundo piso. En ella se construirían 2 cubículos (uno de ellos con espejo de visión unidireccional), una aula de usos múltiples y una área más propicia para el desarrollo de la psicomotricidad. El área está en proceso de ser adaptada.

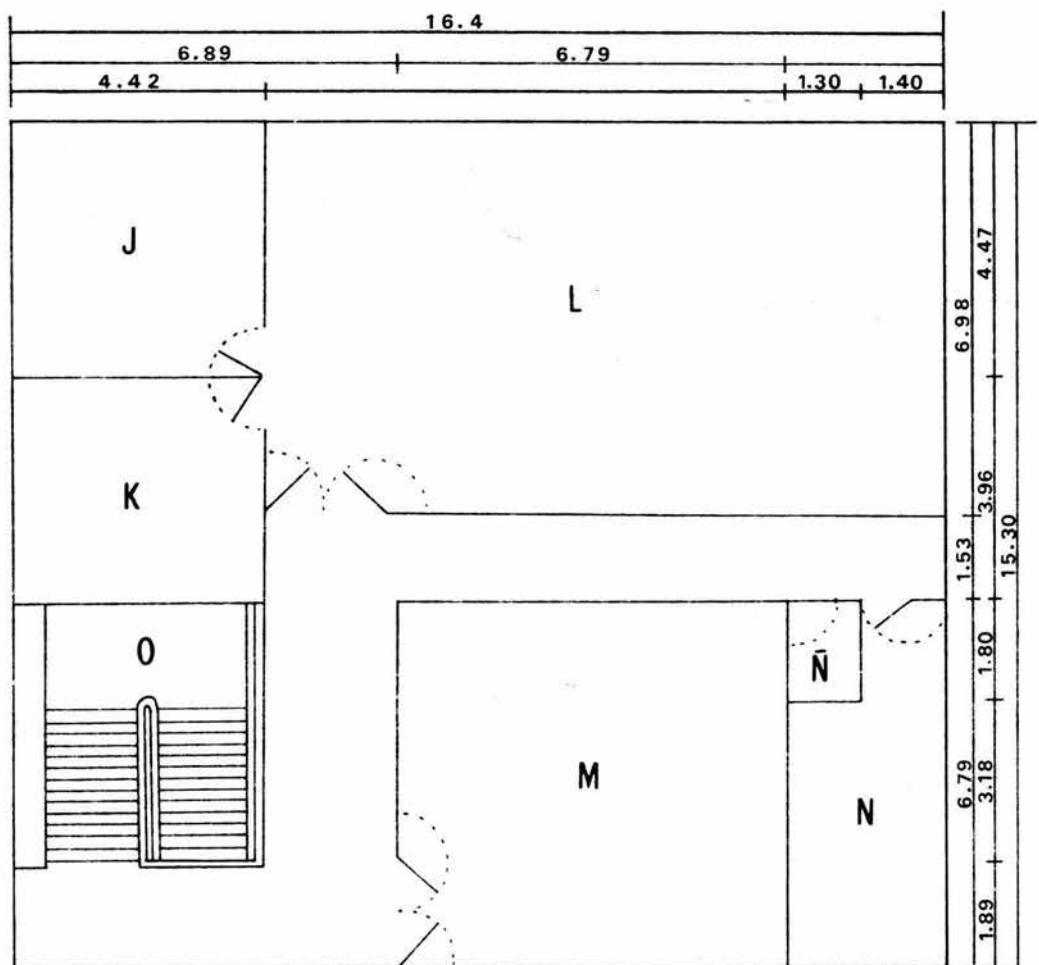
Aunque la estancia no tiene todas las áreas que se desearían, si se ha intentado adaptar algunas básicas. La falta más notoria de la estancia la constituye el área verde, no hay jardín donde los niños puedan correr libremente; esta área se piensa suplir con una área alfombrada que sería el área de psicomotricidad del proyecto de adaptación.

Las dimensiones físicas de la estancia son adecuadas en base al total de la población que se atiende.

El área física de la estancia de atención especial funciona también como oficina central para todos los profesionistas que laboran en estancias infantiles. En este sentido, pedagogía tiene un cubículo y aprovecha el área de psicomotricidad del 2º piso para capacitación, juntas o reuniones que se derivan del trabajo mismo de las otras estancias. Medicina tiene un cubículo que funciona como consultorio, aquí se atiende a todos los niños que se presentan solicitando el servicio y que pertenecen a estancias; para esto se van rotando los médicos de tal manera que siempre hay un médico de guardia. Las demás áreas del equipo multidisciplinario ocupan la estancia para reuniones o juntas entre ellos mismos o con el personal de las estancias infantiles.

Y sobre todo, la estancia infantil de atención especial es el lugar de trabajo del psicólogo, el hace uso total de las instalaciones y se ha encargado, en la medida de lo posible, de ir haciendo las adaptaciones necesarias para desarrollar óptimamente su trabajo.

La estancia cuenta con un equipo de mobiliario que podríamos denominar como básico. Los salones cuentan con mesas y sillas infantiles, espejo de cuerpo entero, pizarrón, mesa y silla para la asistente y un anaquel para el material que se utiliza comúnmente en las actividades educativas.



ESTANCIA INFANTIL DE ATENCION ESPECIAL

PLANO DEL SEGUNDO PISO

ESC. 1:1

Los cúbiculos del psicólogo cuentan con mesa y sillas, con un librero y material diverso para las terapias. Se cuenta con un locker donde se guarda el material de uso común. Este material consiste en juegos de madera como resaques, rompecabezas, tableros diversos, etc.; de cartón como loterías, memoramas, figuras de secuencias, etc; y de plástico como figuras de ensamblado, fichas, pijas, móviles, etc. Además de que en los mismos se cuenta con el material de papelería que se utiliza comúnmente en el trabajo individual.

El área adaptada como comedor, cuenta con sillas y mesas infantiles. La cocina cuenta con estufa-fregadero, refrigerador, alacena, utensilios de cocina diversos y mesa para la preparación de los alimentos.

En el área de psicomotricidad se cuenta con colchonetas de 2 X 1.5 mts, con un hule espuma de 4 X 3 mts., y con materiales diversos como pelotas, cuerdas, costalitos de semillas, aros, etc.

En general, actualmente se cuenta con los materiales básicos. Hay deficiencias en algunos aspectos que se han ido supliendo en la medida de lo posible.

2.2.3. Organización y Funcionamiento.

Antes de pasar a describir la constitución básica de la estancia, vamos a dar algunos antecedentes de cómo ha ido evolucionando ésta. Es importante este aspecto, porque fue precisamente el medio que le permitió al psicólogo compenetrarse en la estructura de estancias infantiles, y de esta forma, hacerse indispensable en el servicio que brindan estos centros.

El psicólogo fue aceptado dentro de este servicio sólo para atender a los niños que presentaban algunas alteraciones en su desarrollo. En este sentido, al principio el psicólogo tenía muchas restricciones; por ejemplo: el psicólogo no podía asistir a la estancia de donde procedía el niño canalizado, tenía que basarse en el informe que mandaba la trabajadora social; no podía salir en grupo hacia las estancias infantiles, sólo podía hacerlo de uno en uno a la vez; las administradoras no seguían sus indicaciones a menos que se dieran por medio de la coordinadora general de estancias; etc. En la medida de que el trabajo del psicólogo mostro prácticamente su valía, se le fueron abriendo las puertas a una serie de actividades que le competían y que anteriormente, le estaban vedadas.

En un principio, la tarea a la cual se aboco el psicólogo, fue la de estructurar su trabajo en la estancia infantil de atención especial. Así, trabajo para afinar cada uno de los aspectos que se derivan de la atención especial. De esta manera, se buscaron y adaptaron algunas pruebas que se aplicarían con fines diagnósticos, se estructuró una entrevista psicológica, se delineó una forma de atención individual y grupal, se capacitó al personal, y sobre todo, se

llegaron a acuerdos internos sobre el tipo de abordaje metodológico que se iba a emplear. Este último punto era muy importante, por la conjunción que se dió dentro del área de psicología de varios psicólogos con diferentes orientaciones, sobre la atención de niños con alteraciones psicológicas. De los cinco psicólogos, dos son egresados de la UAM, dos de la Facultad de Psicología de la UNAM y uno más de la ENEPI. También se llegaron a acuerdos con el área de pedagogía sobre las actividades grupales, y sobre la pedagogía especial que se aplicaría con estos niños.

El trabajo que se realizó en el primer año de existencia de la estancia infantil de atención especial, osciló sobre la organización y funcionamiento interno de la misma.

Todo esto encontró su máxima al delinarse una forma particular de trabajo con estos niños, y principalmente, al mostrar el psicólogo la importancia que tiene éste en el trabajo con niños excepcionales y normales en instituciones que son denominadas como de resguardo.

Para describir más propiamente cada uno de los aspectos involucrados en la atención especial, desglosamos estos en tres apartados, mismos que veremos a continuación.

A. Personal.

La estancia infantil de atención especial fue organizada tomando como base las demás estancias infantiles. Como vimos en el anterior capítulo, las estancias tienen una organización básica donde hay por lo menos, en cada una de ellas, un grupo clave de personal. Así tenemos, que cada estancia cuenta con una administradora, un número variable de asistentes educativas que depende directamente del número de grupos o de áreas dentro de la estancia, una cocinera y una afanadora. En este sentido a la estancia infantil de atención especial se le asignó una administradora, dos asistentes, una cocinera y una afanadora, mas el personal profesional.

Actualmente el personal con el que cuenta la estancia es el siguiente:

- | | |
|-------------------------------|----------------------|
| a) Una administradora. | d) Una afanadora. |
| b) Dos asistentes educativas. | e) Cinco psicólogos. |
| c) Una cocinera. | f) Una pedagoga. |

El objetivo general de cada una de las áreas no profesionales que participa dentro de la estancia infantil de atención especial, es el siguiente:

Administradora: Dirigir, coordinar, orientar y supervizar las labores del personal de cocina e intendencia, cubriendo así los objetivos que disponga la Unidad Departamental, el área de pedagogía y de psicología.

Asistente Educativa: Asistir educativamente a los niños de su área, de acuerdo a los programas y actividades desarrolladas por el área de psicología y pedagogía.

Cocinera: Preparar y distribuir los alimentos que se ofrecen en la estancia de acuerdo a los criterios de la Unidad Departamental y el área de dietología; así como mantener limpio y en orden el equipo de cocina.

Afanadora: Conservar en excelentes condiciones de limpieza el equipo, el mobiliario y las instalaciones de la estancia.

El personal profesional que trabaja directamente en la estancia es el de psicología y en parte el de pedagogía. Los objetivos generales para la estancia de cada una de las áreas profesionales es el siguiente:

Pedagogía: Proporcionar atención pedagógica especializada a los niños que lo requieran de acuerdo a sus necesidades especiales.

Psicología: Propiciar el restablecimiento de las condiciones que favorezcan al sano desarrollo motor, afectivo-social y cognoscitivo del niño.

Actualmente, todo el personal descrito está contratado por el Departamento del Distrito Federal, es trabajador con base y tiene todas las prestaciones que proporciona el D.D.F.

El personal no profesional ha recibido una capacitación constante por el área de psicología. El área de pedagogía asesora al personal docente de la estancia. Esta área se encarga de la implementación y supervisión de las actividades de tipo grupal; sin embargo, aunque esta área es la encargada directa, el área de psicología esta atenta a este aspecto dando sugerencias y orientación, ya que el área de psicología está en contacto más estrecho con el personal, los padres de familia y los niños.

Es importante destacar que dentro de todo el personal que labora en las estancias infantiles de la delegación Gustavo A. Madero, de un total de 248; son contadas las personas que tienen una preparación técnica para trabajar con niños, en total hay 3 educadoras, una puericultista y una maestra de educación primaria; la gran mayoría tiene primaria y sólo algunas secundaria. Por consiguiente, el psicólogo no tiene mucha alternativa en cuanto a tener a personal capacitado dentro de la estancia infantil de atención especial. El personal educativo que tiene no es lo más óptimo; una es asistente educativa a nivel técnico y la otra no tiene estudios de asistente, tiene experiencia en el trabajo con niños de estancias infantiles.

Este personal fue asignado a la estancia de atención especial, sin contemplar las necesidades particulares que se requerían para desempeñar el puesto de asistente educativa en un grupo con necesidades especiales.

La administradora tiene estudios de trabajo social a nivel técnico. Esto a facilitado que se tenga a alguien que apoye el trabajo de estimulación, desarrollando las actividades que impliquen la utilización del área de trabajo social.

La afanadora tiene estudios a nivel secundaria y es su primera experiencia laboral. Actualmente esta persona es la única que tiene un contrato de trabajo de tipo eventual.

La cocinera tiene estudios de primaria. Ella fue habilitada como cocinera, ya que en otra estancia se desempeñaba como afanadora.

Tomando como referencia la descripción de estancias infantiles en cuanto a personal, la estancia infantil de atención especial supera a las demás en escolaridad, 13 años en promedio en comparación con 9.5 de la estancia que presentó la más alta; es la que tiene menor edad, 27.8 años en comparación con la que tiene menor que fue de 34. Por otro lado, es la que tiene menor experiencia en estancias 4.5 años contra 5.5 años de la más baja.

B. Actividades.

Las actividades que se han tratado de implementar para cada área que conforma la estancia han ido evolucionando, han ido cambiando. Estas han estado en relación directa con los casos que se han atendido en la estancia. Esto es así, debido a que en un principio los casos que se tenían eran de niños con alteraciones muy tajantes, los niños tenían alteraciones en su desarrollo en grado profundo en un 37% del total atendido, correspondiendo así un 33% para el grado intermedio y un 30% para el grado superficial (tabla VIII). En este sentido, los niños que presentaban retardo generalizado eran un total de 18, lo que representa un 66.5% de un total de 27 casos; así, el 33.5% correspondía al retardo específico, siendo para esto 9 casos.

Basandonos en estos datos y en los que actualmente se tiene, mencionamos que las actividades han estado en relación directa con los casos que se atienden; en un principio se orientaban principalmente al establecimiento de repertorios básicos y de lenguaje (7 y 10 casos respectivamente), lo que representaba en su conjunto el 63% de los casos (tabla VIII).

Como se puede observar, era una gran cantidad de niños con necesidades de una estimulación múltiple. Por consiguiente, las actividades grupales e individuales se centran en el establecimiento de repertorios básicos (atención, imitación y seguimiento de instrucciones), de autocuidado y de lenguaje.

Actualmente las actividades que se desarrollan son enfocadas, para la mayoría de los casos, a estimular el lenguaje expresivo; si

TABLA VIII. SE MUESTRA EL NUMERO DE CASOS ATENDIDOS EN 1984. ESTOS SE DESGLOSAN SOBRE EL TIPO DE PROGRAMA BAJO EL CUAL FUERON ATENDIDOS; DE LA MISMA MANERA SE INDICA EL GRADO Y EL TIPO DE RETARDO.

PROGRAMA	Nº CASOS	%
LENGUAJE	10	37%
REP. BASICOS	7	26%
AGRESIVIDAD	2	7%
HIPERACTIVIDAD	2	7%
HIPOACUSIA	2	7%
PSICOMOTRICIDAD	2	7%
ARTICULACION	1	4%
BERRINCHES	1	4%
TOTAL	27	100%

GRADO	Nº CASOS	%
PROFUNDO	10	37%
INTERMEDIO	9	33%
SUPERFICIAL	8	30%
TOTAL	27	100%

TIPO DE RETARDO	Nº CASOS	%
GENERAL	18	66.5%
ESPECIFICO	9	33.5%
TOTAL	27	100%

guiendole en orden de importancia, el establecimiento de repertorios básicos y la optimización de la articulación del lenguaje (tabla IX). Hemos considerado a la articulación separadamente del lenguaje, debido a que la primera se refiere a la optimización de la dicción y no así el lenguaje, en el cual tenemos que trabajar los diferentes aspectos que implica.

Para una mejor descripción de las actividades, estas se darán en dos apartados: uno describirá las actividades que se desarrollan a nivel grupal y el otro a nivel individual, qué son las que recaen en el trabajo que efectúa principalmente el psicólogo.

Actividades Grupales. Las actividades grupales son llevadas a cabo principalmente por las asistentes educativas. Sin embargo, el psicólogo recorre constantemente las salas y apoya en el desarrollo de las mismas o da sugerencias a ese respecto. Además de que con anterioridad a capacitado a este personal sobre diferentes aspectos. Las actividades que se tienen que efectuar con la población actual son muy diferentes a las que se desarrollaron anteriormente con la población con que se inicio. Por lo cual se ha mencionado que las actividades han evolucionado en base a la población que se ha tenido.

De esta forma las actividades que se llevan a cabo en forma grupal, son las que se desarrollan principalmente en las áreas de: a) salón de clases; b) comedor; c) patio de juegos; y d) área de psicomotricidad.

Las actividades en el salón de clases son coordinadas principalmente por el área de pedagogía. Las actividades del salón de clases y del área de psicomotricidad, llevan un control más estrecho. Este control es fundado en programas básicos que indican las actividades a desarrollar y las valoraciones respectivas. Para las actividades del salón de clases se tomaron como base los Manuales Pedagógicos Experimentales de la SEP (1980); son los mismos que se llevan en todas las estancias de la delegación Gustavo A. Madero. Los manuales que principalmente se utilizaron, fueron los del área de maternal para sus tres secciones (A, B y C), y los de preescolar. Las actividades descritas en los manuales fueron adaptadas según las necesidades y habilidades de cada niño. También se tomó como base la Guía Curricular de Preescolar y Primaria Especial (Dirección General de Educación Especial, 1982). En el área de psicomotricidad se ha tratado de llevar una secuencia de actividades físicas en orden de dificultad. De esta manera, las actividades que no domina el niño y que son prerequisite para otras, son programadas nuevamente dando la amplitud necesaria hasta que son de la dominancia del niño.

Las actividades que se desarrollan en la estancia se basan en un horario general para los servicios que presta, y en uno particular para cada uno de los grupos. El horario general del servicio de la estancia infantil de atención especial es de 8:30 a 14:30 hrs.,

TABLA IX. SE MUESTRA EL NUMERO DE CASOS ATENDIDOS A INICIO DE 1987. ESTOS SE DESGLOSAN SOBRE EL TIPO DE PROGRAMA BAJO EL CUAL SON ATENDIDOS; DE LA MISMA MANERA, SE INDICA EL GRADO Y EL TIPO DE RETARDO.

PROGRAMA	Nº CASOS	%
LENGUAJE	13	36%
ARTICULACION	8	22%
PSICOMOTRICIDAD	5	14%
REP. BASICOS	4	11%
BERRINCHES	2	5%
C. DISRUPTIVA	1	3%
ENURESIS	1	3%
HIPOACUSIA	1	3%
SOCIALIZACION	1	3%
TOTAL	36	100%

GRADO	Nº CASOS	%
PROFUNDO	5	14%
INTERMEDIO	16	44%
SUPERFICIAL	15	42%
TOTAL	36	100%

TIPO DE RETARDO	Nº CASOS	%
GENERAL	18	50%
ESPECIFICO	18	50%
TOTAL	36	100%

permaneciendo abierta la misma de 8:00 a 15:00 hrs. El horario de actividades para los grupos I y II es el siguiente:

GRUPO I

8:30 a 9:00	ENTRADA.
9:00 a 9:30	DESAYUNO.
9:30 a 11:00	ACTIVIDADES DE ESTIMULACION.
11:00 a 11:30	DESCANSO RECREATIVO.
11:30 a 12:50	ACTIVIDADES DE ESTIMULACION.
12:50 a 13:00	ASEO PERSONAL.
13:00 a 13:40	COMIDA.
13:40 a 14:00	DESPEDIDA.
14:00 a 14:30	SALIDA.

Para el grupo II es el mismo horario, sólo varía en el descanso; este lo toma de 11:30 a 12:00 hrs.

La importancia de llevar así las actividades grupales para los salones de clase, estriba en el hecho de que es una situación natural y común al medio social del niño. El niño con alteraciones proviene de una situación igual, y lo que se hace en la estancia de atención especial, es mantener esas condiciones en sus aspectos estructurales y hacer las modificaciones en las funcionales. El niño está rodeado por un sistema terapéutico que en cada momento lo guía a la consecución de la habilidad esperada para valerse por sí mismo, para ser autosuficiente, para ser una persona que se ajusta a las condiciones socioeconómicas imperantes. Con estos mismos fines, se trata de dar una continuidad al trabajo relacionando estrechamente a la estancia con el hogar del niño. El vínculo entre estos es el trabajo mismo; la estancia inicia y los padres continúan el trabajo de estimulación. De esta misma manera se trata de dar una continuidad al trabajo de estimulación individual con respecto al grupal. Es decir, lo que se establece en la sesión terapéutica individual, se trata de que se generalice inmediatamente a la situación grupal, y posteriormente a la final, que es donde se tiene que presentar porque así se lo exige el medio. De esta forma las actividades de estimulación grupal son adaptadas y programadas de acuerdo a las necesidades de cada uno de los niños que integran los grupos.

Si observamos el horario, parecería que las actividades de estimulación grupal ocupan muy pocas horas si se compara con el tiempo que el niño permanece en la estancia. Pero esto no es así, ya que desde que el niño ingresa a la estancia hasta que se marcha, está inmerso en una situación que le brinda estimulación constante; se estimula al niño a cada momento dependiendo del área en que se encuentre. Si está en el comedor, se le dice como debe de desempeñarse, como debe de manejar los utensilios y que postura debe guardar; si se encuentra en el área de sanitarios, se le indica cuáles son los pasos que debe seguir para completar la acción; si se en-

cuentra en el grupo desarrollando tal o cual actividad, se refuerza a los que la desarrollan bien y se da apoyo a los que tengan dificultades; etcétera, etc. Así, el niño a cada momento está siendo orientado sobre la consecución de ciertas habilidades de las cuales el carece.

Actividades Individuales. Cada uno de los niños que asiste a la estancia infantil de atención especial, está asignado a un psicólogo, quien es el encargado de llevar directamente el tratamiento del niño hasta que es dado de alta definitiva del servicio.

Las actividades individuales se refieren al tratamiento individual que recibe cada niño. Cada psicólogo le dedica a lo largo de la semana dos horas en especial a cada niño a su cargo. De acuerdo a como se ha ido desarrollando el trabajo en la estancia, se han estructurado los horarios de terapias; así, cada niño recibe por lo menos dos horas de terapia en dos días discontinuos (lunes y miércoles o martes y jueves). Cada psicólogo atiende a un promedio de 10 niños en forma individual.

Las actividades individuales son llevadas única y exclusivamente por el psicólogo, él se encarga de proponer las actividades de estimulación para cada uno de los casos. En este sentido, él se encarga de asesorar a cada una de las personas que conviven directamente con el niño (en este caso las asistentes educativas y familiares); es el encargado de llevar al día el expediente; de ver que se le dé la atención necesaria por las otras áreas del equipo multidisciplinario (medicina, odontología, trabajo social y pedagogía); etc.

El trabajo individual generalmente se lleva a cabo en los cubículos, aunque como se mencionó en el apartado anterior; en base al problema del niño, el psicólogo trabaja en la situación que sea más propicia para conseguir que el niño se rehabilite.

Con esto tal vez no quede explicado totalmente, cuál es el trabajo que ha implementado el psicólogo para la rehabilitación de los casos presentados en esta situación en particular; en el siguiente apartado, al hablar del trabajo de rehabilitación, ahondaremos más al respecto y trataremos de dar una idea más clara.

C. Actividades de Estimulación Compensatoria.

El psicólogo estaba muy limitado en cuanto a poder acudir a las diferentes estancias que se encuentran dentro de la jurisdicción de la delegación Gustavo A. Madero. Cuando se demostró que esto era una necesidad básica y sobre todo, que no había una justificación real para tal impedimento, el psicólogo salió frecuentemente a las estancias. Esto y otros logros del psicólogo, le permitió ir estructurando una forma particular de trabajo con los niños que presentaban alteraciones psicológicas de las estancias infantiles. De esta manera, todo caso que requiere atención psicológica en forma particular sigue una serie de pasos que son:

- a) Detección y Observación.
- b) Canalización.
- c) Valoración Diagnóstica.
- d) Tratamiento.
- e) Seguimiento.

a) Detección y Observación. Cada niño que es reportado al área de psicología, es observado e identificado en su estancia de origen. Es este paso se toman los datos del niño en un formato especial (apéndice A). Este formato se queda en un expediente que se tiene para cada una de las estancias. Cada expediente contiene: 1) ubicación de la estancia; 2) nombre, edad, antigüedad, cargo-comisión y escolaridad del personal; 3) número de grupos y número de niños por grupo; 4) una hoja de control de visitas del psicólogo, donde se pone fecha de la visita, motivo de la misma y observaciones generales; y 5) hojas de niños reportados. Este expediente nos permite llevar un control sobre los niños reportados y sobre las acciones aplicadas para los mismos.

El niño es observado en su estancia, se recaba información con el personal, se hace una valoración superficial; y ya que se tiene un diagnóstico presuntivo del caso que indique que el niño requiere atención psicológica inmediata, se cita a los padres del niño y se hace una entrevista inicial. En ella se trata de identificar lo que los padres han observado sobre el caso, lo que han hecho al respecto y sus expectativas. Cuando todo concuerda y se identifica plenamente que el niño presenta alguna alteración, se toman determinaciones concretas, que bien puede ser la atención en su estancia y/o la canalización a la estancia infantil de atención especial.

Es importante mencionar que a últimas fechas, las estancias infantiles han sido saneadas completamente de casos graves. Ya no hay dentro de las estancias infantiles casos de niños con alteraciones en grado profundo; todos los casos graves ya han sido o están siendo atendidos. Los casos que actualmente se están tratando, son de niños con problemas de lenguaje, de conducta disruptiva y con problemas de socialización. Se menciona esto, porque los niños observados dentro de las estancias infantiles, a últimas fechas, presentan problemas que en la mayoría de los casos, son resueltos directamente en la estancia de adscripción mediante indicaciones precisas al personal y a los padres de familia. Estos casos permanecen en una observación continua, la cual no cesa hasta que no evolucionen satisfactoriamente o se resuelvan totalmente. Estos niños no tienen que ser canalizados directamente a la estancia infantil de atención especial.

El psicólogo hace visitas a cada una de las estancias y cada una de las áreas dentro de las mismas para observar directamente a los niños, y en especial, a aquellos sobre los cuales hay un reporte o se está haciendo un seguimiento.

En los primeros meses de este año se ha diseñado un formato pa

ra recibir los reportes de las otras áreas del equipo que visita las estancias o del mismo personal. Cada reporte sigue los pasos antes descritos (apéndice B).

b) Canalización. Esta se lleva a cabo cuando el niño, a pesar de haber dado indicaciones precisas a padres de familia y asistentes educativos, persiste con el problema o cuando el caso no puede ser atendido directamente en su estancia de adscripción.

Cuando se realiza ésta, es porque los padres ya están avisados y concientes de la situación; y sobre todo porque hay una persona que pueda atender directamente el caso en la estancia infantil de atención especial. Este último punto es considerado el determinante para la canalización, esto ha sido en virtud de que hay una demanda constante del servicio. Actualmente, aunque el número de casos ya no se mantiene muy elevado, hay una solicitud que permanece constante.

La canalización es en sí el traslado físico del niño de su estancia de origen a la estancia de atención especial, esto es después de haber cubierto los requisitos descritos.

Quando el problema que se detecta en el niño es debido, principalmente, al inadecuado manejo de los padres; se hace la canalización temporal del niño, lo que conlleva la canalización de los padres.

c) Valoración Diagnóstica. Todo niño que ingresa a la estancia de atención especial pasa por un período de valoración. Este se realiza en los primeros quince días en que el niño asiste a la estancia. Desde la canalización del niño a los padres se les indica que el niño será valorado en los primeros días por cada una de las secciones del equipo multidisciplinario, y que al finalizar las mismas, se le proporcionarían los resultados.

La valoración diagnóstica es uno de los pasos más importantes dentro del proceso de rehabilitación, ya que es la base para todos los pasos subsiguientes.

Quando se inicio el trabajo de atención especial en la estancia abierta para tal proposito, no se tenía una batería de pruebas básica. Esta se fue conformando de acuerdo a las características de la población atendida y a los resultados obtenidos de la aplicación de la misma.

Como sabemos, un diagnóstico fiable es aquel que nos indica cual es el problema y nos da la pauta para el tratamiento; y no aquel que no da solamente un sobrenombre. De igual manera, una valoración es funcional en cuanto es a partir de un número reducido de elementos, que se puede definir con precisión la problemática del sujeto. Además de que los sistemas de valoración deben de ser producto de situaciones de prueba comunes al medio social del sujeto. Con estas bases se adaptó y desarrollo una serie de pruebas que nos

permitieron dar un diagnóstico objetivo de la situación por la cual atravesaba el niño.

Las pruebas que se aplican a los niños que solicitan el servicio son las siguientes:

- a) EVALUACION FONETICA BASICA.
- b) EVALUACION FONETICA COMPUESTA.
- c) EVALUACION SECUENCIAL DE DESARROLLO CONDUCTUAL.
- d) TEST DE FROSTIG, M.
- e) TEST DE LA FIGURA HUMANA, CALIFICADO POR EL METODO DE KOPPITZ.
- f) TEST DE BENDER, L.
- g) TEST WPSSI.

Además de estas, se tienen en cuenta los registros y observaciones hechas en su estancia de origen; de las que se hacen en la estancia de atención especial; los resultados de una entrevista clínica psicológica; los de una ficha de observaciones de la asistente educativa; y de las valoraciones médicas, odontológicas y de trabajo social.

Las pruebas que generalmente se aplican a todo niño que ingresa al servicio son las fonéticas, la de evaluación secuencial de desarrollo conductual (ESEDEC), y el Test de la Figura Humana. Las otras se aplican dependiendo del repertorio del niño y de la posibilidad de que el niño las pueda desarrollar.

Describiremos brevemente las pruebas iniciales (a, b y c), ya que no son conocidas por haberse adaptado particularmente para la estancia de atención especial. Las otras son ampliamente conocidas por lo cual no haremos una descripción detallada.

Las pruebas fonéticas son producto de una adaptación que se hizo de la prueba fonética propuesta por Melgar (1983). La prueba fonética Compuesta es la que más se asemeja a la propuesta por Melgar; la diferencia principal estriba en que la que se utiliza en la estancia, no hace uso de las láminas u objetos para evaluar el fonema; sólo se le pide al niño que repita la palabra según corresponda. Otra diferencia es que en la que utilizamos, se incluye dos palabras por cada uno de los sinfonos; una evalúa el sinfón al inicio de la palabra y el otro lo hace en la parte media; y una diferencia más, es que en nuestra prueba se incluyen seis diptongos que llevan la regla de sonido fuerte-debil, debil-fuerte, fuerte-fuerte y debil-debil (apéndice C).

La evaluación fonética Básica, valora cada uno de los fonemas consonánticos y los sinfonos en combinación con cada uno de los sonidos vocálicos, además de los diptongos que son combinaciones de sonidos vocálicos (apéndice D).

En las dos pruebas fonéticas se califican tres rubros: 1) Omisión; 2) Sustitución; y 3) Distorsión. Con los resultados de estas pruebas podemos observar gráficamente las deficiencias articulatorias y estructurar los pasos de la estimulación compensatoria, se-

gún las dificultades observadas ante determinados fonemas.

La valoración denominada Evaluación Secuencial de Desarrollo Conductual, agrupa una serie de conductas que son exploradas a través de doce áreas básicas. Las áreas contempladas son las siguientes:

- | | |
|-------------------------|-------------------------------------|
| I. REPERTORIOS BASICOS. | VII. AUTOCUIDADO. |
| II. LENGUAJE. | VIII. CONCEPTOS ESPACIO-TEMPORALES. |
| III. MOTORA GRUESA. | IX. DISCRIMINACION DE FORMAS. |
| IV. SOCIALIZACION. | X. DISCRIMINACION DE COLORES. |
| V. ESQUEMA CORPORAL. | XI. DISCRIMINACION DE NUMEROS. |
| VI. MOTORA FINA. | XII. DISCRIMINACION DE LETRAS. |

Esta valoración, para sus doce áreas, abarca un total de 49 pruebas, que a su vez conforman un total de 303 items. Cada item es calificado como ejecución positiva o negativa; la cual es convertida en porcentaje para darnos un coeficiente de ejecución. El material de prueba es sencillo y común al medio circundante del niño. La valoración es aplicada en diferentes situaciones; por ejemplo, cuando se evalúa autocuidado se utiliza el comedor, los sanitarios, el salón de clases; lo mismo sucede cuando se evalúa socialización, donde además se utiliza el patio y el salón de juegos. Esta valoración trata de identificar los repertorios del niño en situaciones que son cotidianas a él. Esta prueba no es definitiva, se ha ido estructurando de acuerdo a las necesidades propias de lo que significa en sí la valoración y el diagnóstico clínico. Esta prueba nos permite conocer un bagaje conductual de amplio espectro sobre el niño que se aplica, y es un buen punto de partida para todo tratamiento. Por lo cual, para nosotros se ha convertido en un elemento muy valioso para la valoración diagnóstica. Esta prueba no esta terminada, su valor estriba en la funcionalidad que aporta este tipo de instrumentos, porque nos da un valor cuantificable de las respuestas del sujeto ante situaciones específicas (apéndice E).

Las pruebas estandarizadas como son los tests de Bender, de Frostig, WPSSI, etc. Son tomadas como medidas complementarias, que nos ofrecen una estimación de las habilidades e inhabilidades del niño ante determinadas situaciones de prueba, y no como medidas clasificatorias. Se han escogido estas pruebas por las situaciones de prueba que presentan y porque son de fácil manejo para el niño. Los test estandarizados son valiosos si se toman como herramientas de apoyo. Estos perdurarán mientras no se muestre la utilidad de otras formas de valoración. Afortunadamente esto se está logrando paulatinamente; por ejemplo, instituciones importantes como la Dirección General de Educación Especial, han ido optando por situaciones de prueba más objetivas y precisas. Sin embargo, por el contacto que se establece entre diferentes instituciones de atención especial, se necesita una serie de medidas comunes a la mayoría, y en este caso, los test estandarizados han sido los que han desempeñado este

papel.

Las valoraciones de los niños es complementada con una entrevista clínica psicológica, la cual es aplicada directamente a los padres del niño. Esta entrevista nos da información sobre antecedentes, el proceso de desarrollo y las condiciones actuales del niño. De esta manera, se pregunta sobre: embarazo; parto; nacimiento; alimentación; desarrollo motor; control de esfínteres; lenguaje; sueño; sexualidad; juego; desarrollo afectivo-social; relaciones interpersonales; disciplina; historia escolar; eventos significativos; y salud. Es una entrevista bastante amplia que se cubre en dos o tres sesiones con los padres (apéndice F).

En los primeros quince días de asistencia del niño a la estancia de atención especial, se hace una serie de observaciones de su comportamiento en las diferentes áreas que la conforman, lo cual se complementa con las observaciones hechas por la asistente educativa registradas en un formato especial (apéndice G). Este formato contempla situaciones específicas de la estancia, donde el niño presenta algún tipo de conducta.

El diagnóstico más que ser un proceso clasificatorio, es el medio que le permite al psicólogo identificar cuales son los pasos que debe seguir para la superación de los déficits o para la disminución de las conductas perturbadoras.

En la estancia infantil de atención especial, el diagnóstico se realiza después de haber analizado toda la información recabada por los diferentes medios. Y es también cuando se le dan los resultados a los padres y se les indica en que va a consistir el tratamiento. Desde la misma canalización se hace énfasis en la importancia que tienen los padres en el proceso del desarrollo del niño; en este momento se les vuelve a reafirmar y comprometerlos para el trabajo de estimulación remedial.

Los resultados que nos brindan las valoraciones nos sirven también, para definir el tipo de servicio que va a recibir el niño. Si se observa que las alteraciones que presenta el niño no son muy tajantes, y sobre todo, que el caso puede ser tratado directamente en su estancia de origen sin interferir mayormente en el desarrollo común de las actividades; el niño se manda al servicio que se ha denominado de consulta externa. De esta manera, en este servicio se encuentran los niños que su problemática no interfiere con las actividades cotidianas de una estancia común. Así, estos niños reciben apoyo psicológico en sesiones de una hora, completando dos sesiones por semana.

d) Tratamiento. El psicólogo es la persona que se encarga de llevar directamente el tratamiento de los casos que le son asignados. En promedio, cada psicólogo lleva diez casos. El se encarga de elaborar el programa de tratamiento.

Cuando inicio la estancia de atención especial, los tratamien-

tos que se daban no llevaban una sistematización adecuada; se observaban cambios positivos en el comportamiento del niño, pero no se llevaba una medida continua. Esto se ha subsanado paulatinamente tomando medidas claves de ciertos aspectos. De hecho la valoración diagnóstica, es una medida inicial muy importante que nos puede servir de parámetro de comparación para posteriores acciones.

No obstante, se ha tratado de tomar una medida continua sobre la ejecución del niño a lo largo del tratamiento. Esta medida surge del programa de tratamiento, se toma como base a la conducta más representativa del niño en cuanto a sus deficiencias. Es decir, si por ejemplo, el niño tiene un retardo generalizado, pero su principal problema se refleja en el lenguaje, se toma al lenguaje como conducta a programar y en consecuencia, conducta a registrar. Cuando el retardo es específico, se toma a la conducta o al par de conductas representativas de la alteración, se programan y se registran.

Es importante destacar aquí que somos psicólogos con diferentes formaciones teóricas; sin embargo, paulatinamente se han ido imponiendo aquellos aspectos teóricos que muestran su validez en la práctica. Esto se ha visto favorecido por el hecho de que el psicólogo esta abierto a la crítica constructiva y ha aceptado aquellos aspectos que funcionan.

Al hablar de tratamiento nos referimos al proceso donde ya se hacen modificaciones más evidentes sobre el comportamiento del niño. Esto no lo vemos como un aspecto aislado, sino como parte de un proceso que inicia con la primera observación del caso. Por eso cuando se llega al tratamiento en sí, el terapeuta ya tiene la suficiente información para saber como tratar al niño y principalmente, como modificar el ambiente para establecer una situación de estimulación compensatoria.

Para llevar en si el trabajo de estimulación, se ha ido conformando un paquete de material y situaciones que funcionan como apoyos para conseguir los objetivos propuestos. Estos objetivos (ver apéndice H), han surgido del trabajo de rehabilitación realizado por el psicólogo dentro de la estancia infantil de atención especial, lo mismo ha sucedido con los que se proponen para el trabajo en las demás estancias infantiles. Las funciones específicas de hecho son funciones reales que el psicólogo desarrolla dentro de estancias.

Como forma particular del tratamiento que se aplica en la estancia infantil de atención especial, está el hecho de que se intenta dar una estimulación integral. Se trata de proporcionar una estimulación la más amplia posible sin caer en lo innecesario. El niño es estimulado compensatoriamente en la situación donde se observa la deficiencia, lo que facilita de alguna manera la generalización. La comunidad de adultos de la estancia infantil de atención especial, tratan al niño como cualquier otro, es decir no como un niño

retardado, sino como un niño con ciertas alteraciones en su desarrollo, pero que tiene las mismas necesidades y requiere de los mismos apoyos como cualquier otro niño.

Todo esto va acompañado por un asesoramiento continuo a los padres y personal. Con tales fines se elaboro un manual sobre el retardo en el desarrollo, donde se presentan ejemplos de situaciones comunes al medio social de los niños. Este manual contiene temas como: I. El retardo en el desarrollo, causas que lo provocan; II. Cómo enseñar conductas, por medio de reforzamiento, de moldeamiento y de imitación; III. Cómo mantener conductas, por medio del reforzamiento intermitente, por control de estímulos, por reforzadores condicionados y por encadenamiento; IV. En qué apoyarnos para enseñar conductas, estímulos instigadores, estímulos de preparación, probación del reforzamiento; V. Cómo eliminar conductas, aplicando extinción, utilizando aislamiento, aplicando castigo, haciendo estímulos aversivos condicionados, reforzando otras conductas, aplicando costo de respuesta; VI. Cómo registrar la conducta, especifique el comportamiento, "el tiempo o el número de veces", medida previa, dónde y cuándo hacer el registro (apéndice I)

Este manual se entrega a los padres al inicio del asesoramiento, se les pide que lo revisen con anticipación a las sesiones prácticas. Se tiene una sesión por semana de una hora en promedio. Se atiende a grupos pequeños de padres, 3 ó 4; se agrupa a los padres en base a las similitudes que puedan tener entre sí, las alteraciones de sus hijos. Así tenemos a grupos de padres que su principal preocupación es que su niño no habla bien; que no es sociable; que presentan alteraciones en su psicomotricidad; etc. El que sean grupos pequeños y con ciertos intereses, permite que haya una identificación más estrecha entre los padres, mejore la comunicación entre ellos, se den apoyo mutuo y sobre todo, se asegure una mejor forma de enseñanza-aprendizaje de los conceptos básicos de la modificación de conducta. Además de que esto nos permitía darle la orientación indicada a la sesión, encaminandola a los intereses del grupo. En las sesiones se les explica a los padres cada uno de los conceptos apoyandose en un rotafolio, posteriormente se pasa a una sesión práctica donde se les pide a los padres que ejecuten lo aprendido, para esto se utiliza a sus mismos hijos. Por ejemplo, si se ha visto "Cómo enseñar conductas por medio del reforzamiento", se les pide a los padres que trabajen en una actividad concreta utilizando el principio de reforzamiento. Esto les ha ayudado mucho a los padres. Hasta la fecha esto se ha evaluado sólo mediante la aplicación de un cuestionario abierto, este se aplica al finalizar el asesoramiento. Este cuestionario nos ha servido para ir modificando el proceso de asesoramiento. Todos los padres que asisten a la consulta diaria reciben este curso.

Hay otras instancias donde se les da asesoramiento a los padres. Esto es a través de pláticas mensuales, en las que se habla

de temas específicos para toda la población. Algunos de los temas han sido sugeridos por los padres o son resultado de los intereses que se han observado en la mayoría de ellos.

Recientemente se ha iniciado un taller de elaboración de material didáctico, este taller tiene la finalidad de construir materiales comunes a los que se tienen o usan en la estancia infantil de atención especial, para que los padres cuenten con material de apoyo para el trabajo extraescolar.

En el recibidor de la estancia, se adecuo un espacio para que los padres reciban mensajes. Aquí se ha instituido un periódico mural, cada uno de los psicólogos escribe sobre algún tema, lo ilustra y lo coloca en este espacio. Cuando hay grupos de padres en asesoramiento, se les invita a que ellos escriban, ilustren y coloquen el periódico. Se les da a escoger sobre diversos temas que están enfocados principalmente hacia la atención de los niños en sus primeros años. Este y algunos otros aspectos están en proceso de valoración, por lo cual sólo se mencionan como información complementaria del método de atención en la estancia.

Un vínculo más de comunicación que se tiene entre los padres y el psicólogo, lo constituyen un par de cuadernos de tipo profesional, donde se les deja trabajo extraescolar ya sea para el niño y/o para el padre. Este mecanismo se ha constituido en un excelente medio para hacernos llegar información sobre el trabajo que realizan los padres fuera de la estancia. Los niños tienen trabajo dos veces por semana en estos cuadernos, ésta se les pone regularmente cuando se les da terapia. Los padres llevan los cuadernos a la estancia cuando saben que les toca terapia a sus hijos. Además de lo anterior, estos cuadernos se han constituido en un mecanismo para ir observando gráficamente el avance del niño.

Como un complemento del tratamiento están las discusiones de casos. Estas son realizadas todos los viernes de cada semana. En ellas se analizan los avances, estancamientos, etcétera, de cada caso; se hacen observaciones o se dan sugerencias para el caso en cuestión. Esto nos ayuda a que se nos de alternativas en base a experiencias de situaciones similares; además de que se llega a acuerdos y se fortalece la forma de atención de los casos.

De los grupos que se atienden (dos de consulta diaria y uno de consulta externa), el de consulta externa es el único que está formado por niños que no asisten cotidianamente a la estancia. Ellos asisten a una estancia común y sólo van a la estancia infantil de atención especial a consulta externa. Ellos se presentan regularmente dos veces por semana por espacio de una hora. El horario que se ha escogido para atender a estos niños es el de 8:00 a 10:00 hrs., esto es en virtud de que el niño tiene que integrarse a su estancia de adscripción al terminar la consulta, y pierde menos tiempo si la consulta se da en este horario. Los mecanismos sobre la atención de estos niños son los mismos a los descritos en el tratamiento. Con

el personal que atiende estos niños en su estancia de adscripción se mantiene una comunicación estrecha. A este grupo lo forman los niños que están en proceso de conseguir su alta definitiva o los que debido a la magnitud de la alteración no requieren asistir en forma continua a la estancia infantil de atención especial.

e) Seguimiento. Una vez concluido el tratamiento continuo dentro de la estancia de atención especial, y si el niño todavía está dentro de la edad aceptada para permanecer dentro de estancias, se le da de alta y se manda a su estancia de origen. Este regreso es paulatino, ya que el niño asiste a la estancia de atención especial en el servicio que se denomina consulta externa.

El seguimiento que se hace es a través de observaciones directas dentro de la estancia donde el niño es incorporado. Mediante esto y los reportes de las asistentes educativas se va modulando el tiempo para el alta definitiva.

Cuando el alta a sido para que el niño ingrese a otras instituciones como educación especial de la SEP o el sistema educativo escolarizado común; el seguimiento se basa en la información que nos proporcionan los padres del niño. Para esto se cita a los padres cada mes; en este tipo de seguimiento se incluye asesoramiento para resolver situaciones que se están presentando y que interfieren en el total restablecimiento del menor.

Al igual que en otros aspectos se está estructurando la metodología que nos permita hacer más fiable toda la información que se genere de esta situación, por lo cual, sólo se tienen datos a nivel descriptivo.

Con los niños que se dan de alta y permanecen dentro de las estancias, en los recorridos regulares del psicólogo, se siguen observando para estar atentos a cualquier situación anómala que se presente.

2.2.4. Demanda y Cobertura.

Al igual que en otras instituciones de atención especial, la demanda del servicio supera a la cobertura. En los inicios del funcionamiento de la estancia de atención especial esto era más evidente; la demanda estaba muy por encima de la capacidad instalada de la estancia. Y esto era debido a que las estancias infantiles estaban saturadas por un gran número de casos que requerían atención especial de manera inmediata. Al inicio del servicio en la delegación Gustavo A. Madero, los casos que se atendieron presentaban una movilidad lenta; la mayoría presentaba una alteración en su desarrollo en grado profundo o intermedio, de ahí que el tiempo de tratamiento se prolongara y no le diera acceso a otros casos.

Afortunadamente, los casos graves se han ido atendiendo y los

que han persistido con su problema se han canalizado a educación especial de la SEP. Actualmente la movilidad de los casos es más rápida, ya que son casos que a veces no requieren mucho tiempo para su tratamiento. Esto nos permite atender a un número mayor de niños en un menor tiempo. Esto resulta importante, si se toma en cuenta que la demanda real de este tipo de servicio aumenta día con día.

Hasta mayo de 1986 se tuvo una demanda del servicio de 231 casos. Ante la gran demanda del servicio y la poca cobertura que se podía alcanzar, se optó por hacer una clasificación de los casos para tratar a los que requerían inmediata atención, ya que no podían permanecer más tiempo en su estancia de adscripción. A pesar de esto, se atendió solamente a un total de 152 casos. Estos fueron atendidos en dos modalidades: 1) casos de niños que asistieron en menor o mayor tiempo a la estancia infantil de atención especial, en total fueron 116; y 2) niños que fueron tratados en su estancia de adscripción sin tener que trasladarse a la estancia de atención especial, estos fueron un total de 36 casos (ver tabla X).

De los 116 casos atendidos en la estancia de atención especial: 80 ya se han dado de alta definitiva; y 36 siguen aun asistiendo a la estancia. De los 80 que han salido: 19 se dieron de baja por causa indeterminada; 21 se han canalizado a educación especial para continuar con su tratamiento; y 40 se han dado de alta para ingresar a educación común (tabla XI). De los que se han dado de baja por causa indeterminada 18 corresponden al período que va de agosto de 1984 a abril de 1986; de mayo de 1986 a la fecha, sólo se ha dado de baja un niño.

Así tenemos, que del total de casos atendidos, el 50% se ha recuperado y se han ido a educación normal. Aparentemente este porcentaje es bajo, pero si se toma en cuenta que la mayoría de los casos atendidos en un principio, fue de niños que se tenían que ir a educación especial irremediablemente, se entiende la magnitud de este.

Posteriormente a esto, se ha tenido una demanda de 80 niños, de los cuales se ha atendido a 59, quedando pendientes 21. Del total que se atendió, 13 se hizo en las instalaciones de la estancia de atención especial y 46 en su estancia de origen (tabla XII).

La demanda del servicio a disminuido notoriamente debido a que se han conjuntado una serie de acciones, las cuales han sido llevadas a cabo principalmente por el área de pedagogía y de psicología. Estas acciones han sido encaminadas principalmente hacia la estructuración efectiva de las actividades educativas dentro de las estancias infantiles de la delegación Gustavo A. Madero.

De los 231 niños que solicitaban el servicio se hizo una clasificación de una manera gruesa, de esta forma se tiene que del total, 12 correspondían al área de lactantes, 117 al área de maternales y 102 al área de preescolares. También estos fueron clasificados según el tipo de problema reportado: agresivos, a los que correspondió 59 casos; lenguaje con 79 casos; y conducta (que inclu-

TABLA X. SE MUESTRA EL TOTAL DE SOLICITUDES RECIBIDAS PARA ATENCION PSICOLOGICA HASTA MAYO DE 1986. ESTAS SE DESGLOSAN EN LAS QUE FUERON ATENDIDAS, EN DONDE _ Y COMO FUERON ATENDIDAS.

DEMANDA DEL SERVICIO	Nº	%
NIÑOS ATENDIDOS	152	66%
NIÑOS SIN ATENCION	79	34%
TOTAL	231	100%

ATENDIDOS	Nº	%
ESTANCIA INFANTIL DE ATENCION ESPECIAL	116	76%
E. I. DE ORIGEN	36	34%
TOTAL	152	100%

E. I. A. E.	Nº	%
CONSULTA DIARIA	89	76%
CONSULTA EXTERNA	27	34%
TOTAL	116	100%

TABLA XI. SE INDICA EL TIPO DE DERIVACION DE LOS CASOS ATENDIDOS HASTA MAYO DE 1986. DE ESTOS SOBRE SALE LA CANALIZACION A EDUCACION NORMAL CON 50% DE LOS CASOS.

DERIVACION DE LOS CASOS	Nº	%
CANALIZACION A EDUCACION ESPECIAL	21	26%
CANALIZACION A EDUCACION NORMAL	40	50%
BAJAS	19	24%
TOTAL	80	100%

TABLA XII. SE MUESTRA EL TOTAL DE SOLICITUDES RECIBIDAS PARA ATENCION PSICOLOGICA HASTA MAYO DE 1987. ESTAS SE DESGLOSAN EN LAS QUE FUERON ATENDIDAS, EN DONDE Y COMO FUERON ATENDIDAS.

DEMANDA DEL SERVICIO	Nº	%
NIÑOS ATENDIDOS	59	73%
NIÑOS SIN ATENCION	21	27%
TOTAL	80	100%

ATENDIDOS	Nº	%
ESTANCIA INFANTIL DE ATENCION ESPECIAL	13	22%
E. I. DE ORIGEN	46	78%
TOTAL	59	100%

E. I. A. E.	Nº	%
CONSULTA DIARIA	2	15%
CONSULTA EXTERNA	11	85%
TOTAL	13	100%

ye berrinches, hiperactividad y negativismo), con 93 casos (ver tabla XII-A).

Para el ciclo escolar 1986-87, de la población que demandaba el servicio (80 casos): 23 lo hacen en lenguaje, lo que representa el 28.5% del total; le sigue en orden de importancia agresividad con 17 casos; deficiencias en motricidad con 13; y socialización con 12 casos. Para estos, el porcentaje es de 21.3%, 16.3% y 15.0% respectivamente (tabla XII-B).

Al igual que en el período anterior, los casos que se presentan con mayor frecuencia son los de lenguaje y los de agresividad. De igual forma, para ambos períodos, la población que más demanda el servicio es el área de maternal. Para hacer una comparación válida analizamos estos en términos de porcentaje. Lactantes demandan el servicio en un 6% en ambos períodos; los maternos lo hicieron en un 50% para el primer período y en un 56% para el segundo; y los preescolares lo hicieron en un 44% y un 38%, para el primero y segundo respectivamente (figura 8).

Estos datos son importantes si analizamos prácticamente la situación. En una primera instancia, nos sugieren que es necesario darle una mayor atención a la población del área de maternal en todos los aspectos. Es decir, programar más efectivamente las actividades para que se logre disminuir conductas como la agresión, y/o aumentar las situaciones de estimulación verbal, para que los niños adquieran más específicamente esta conducta y de esta forma, se disminuya el porcentaje de niños con alteraciones.

En términos de porcentaje, para denominar el número total de niños que presentaban o presentan alteraciones, se observaron cambios importantes. Mientras que para inicios del servicio psicológico en las estancias infantiles de la delegación Gustavo A. Madero, había un 9% de niños con alteraciones del total de la población, esto se ha modificado a últimas fechas; recientemente sólo hay un 4.0% de niños con alteraciones del total de la población (figura 9).

Analizando los números que se tienen de la cobertura de la demanda, se puede afirmar que se han conseguido logros importantes ya que la población demandante ha disminuido en términos reales. Esto era en un inicio el principal objetivo de la estancia infantil de atención especial, y principalmente, del servicio de psicología. Podemos mencionar que esto no sería posible sino se hubieran emprendido una serie de medidas, que no sólo han permitido disminuir el número de casos en las estancias infantiles, sino que han permitido optimizar el servicio que prestan éstas en cuanto a lo que es la atención inicial o temprana.

TABLA XIII. NOS MUESTRA EL AREA DE DESARROLLO DONDE SE PRESENTA EL MAYOR NUMERO DE CASOS Y EL TIPO DE PROBLEMA MAS COMUN. ESTA SE DIVIDE EN SUBTABLA "A" (PERIODO 1984-85), Y "B" (1986-87). PARA AMBOS PERIODOS SE DESGLOSA EL PORCENTAJE TOTAL DE NIÑOS CON ALTERACIONES POR AREA DE DESARROLLO. EN EL PERIODO "A" SE TUVO UN PORCENTAJE TOTAL DE 9.0%; EN EL "B" ESTO DISMINUYO NOTORIAMENTE A 4.0%.

A	PERIODO 1984-85 REPORTES	LAC	MAT	PRE	SUBTOTAL	PORCENTAJE
	CONDUCTA	—	3 4	2 5	5 9	25.6%
	LENGUAJE	—	3 6	4 3	7 9	34.2%
	AGRESIVOS	1 2	4 7	3 4	9 3	40.2%
	TOTALES	1 2	117	102	231	100%

PORCENTAJES	LAC	MAT	PRE
POR AREA DE DESARROLLO	6	50	44
TOTAL POR AREA	.5%	4.5%	4.0%
TOTAL DE LA POBLACION	9.0%		

B	PERIODO 1986-87 REPORTES	LAC	MAT	PRE	SUBTOTAL	PORCENTAJE
	LENGUAJE	—	1 6	7	2 3	28.5%
	AGRESIVIDAD	—	1 0	7	1 7	21.3%
	PSICOMOTRICIDAD	5	4	4	1 3	16.3%
	SOCIALIZACION	—	6	6	1 2	15 %
	ENURESIS	—	3	2	5	6.3%
	HIPERACTIVIDAD	—	2	2	4	5 %
	PSICOSEXUALIDAD	—	1	2	3	3.8%
	BERRINCHES	—	1	1	2	2.5%
	DEPENDENCIA	—	1	—	1	1.3%
	TOTALES	5	44	31	80	100%

PORCENTAJES	LAC	MAT	PRE
POR AREA DE DESARROLLO	6	56	38
TOTAL POR AREA	.25%	2.25%	1.5%
TOTAL DE LA POBLACION	4.0%		

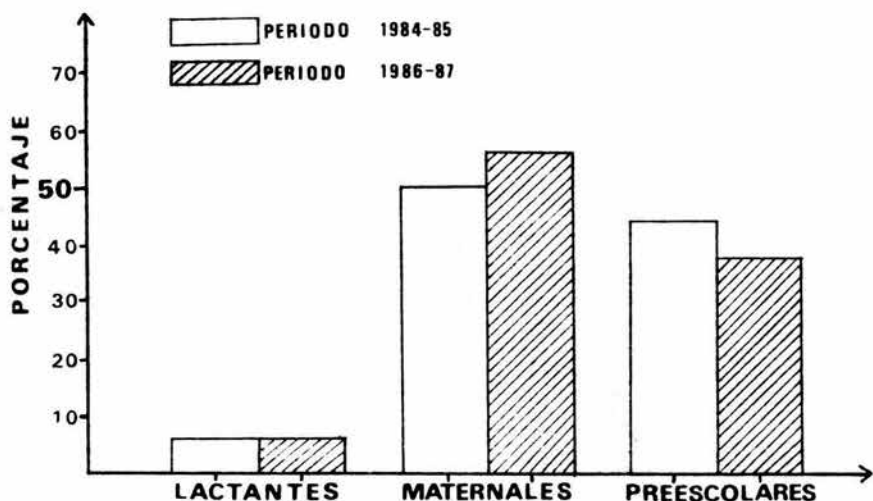


FIGURA 8. SE MUESTRA EL PORCENTAJE DE LOS NIÑOS CON ALTERACIONES POR AREA DE DESARROLLO Y SE HACE UNA COMPARACION ENTRE LOS PERIODOS 1984-85 Y 1986-87. COMO SE PUEDE OBSERVAR, EL AREA QUE PRESENTA MAYOR NUMERO DE CASOS EN AMBOS PERIODOS ES LA DE MATERNAL.

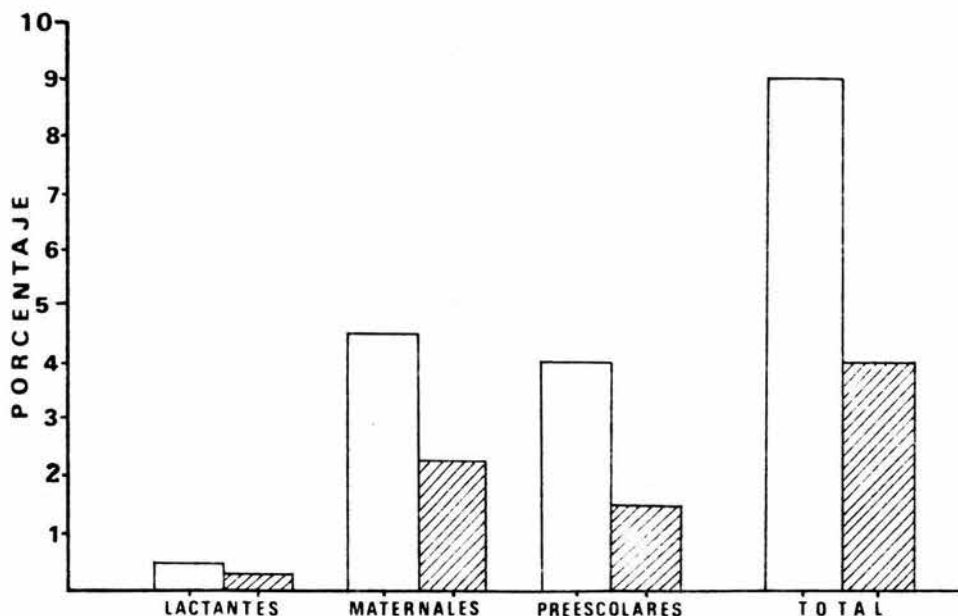


FIG. 9. SE PRESENTA EL PORCENTAJE DE CASOS POR AREA DE DESARROLLO Y LA SUMATORIA DE ESTOS QUE NOS DA EL PORCENTAJE TOTAL. COMPARANDO LOS DOS PERIODOS SE PUEDE OBSERVAR CLARAMENTE EL DESCENSO DE CASOS PARA EL SEGUNDO PERIODO: DE 9% BAJA 4%, PARA EL TOTAL DE LA POBLACION.

Comentario.

Es indudable que la atención especial en México requiere de to
dos los apoyos que puedan brindarle. Estos apoyos deben tener en -
cuenta los trabajos precedentes. De esta forma, se puede dar un apoyo
más preciso sobre sectores que no han sido cubiertos totalmente.

En el caso de la delegación Gustavo A. Madero, se brinda apoyo
para cubrir un sector de población que ha sido descuidado. Este sector
lo constituye los niños que están es sus primeros seis años de
vida. Es trascendental abarcar esta población, porque es en los prime
ros años de vida del individuo, cuando se pueden alcanzar cambios
importantes. Si un caso de retardo es detectado tempranamente y -
atendido, los resultados que se logran en su rehabilitación son sorpre
ndentes.

Ante tales concepciones, resulta valioso que instituciones privi
adas o sectores gubernamentales, den el apoyo necesario para aten
der población que ha sido descuidada por la falta de recursos. Se -
deben conjuntar de manera organizada, todos los apoyos que se brinden
por un sector u otro, para que de esta forma, no se dupliquen -
acciones y se descuiden aspectos que posteriormente se reviertan -
agravando la situación. No es privilegio de una institución o sector
, el atacar un determinado problema; en el caso de niños con al
teraciones en el desarrollo, es compromiso de la sociedad lograr -
que el porcentaje disminuya a través de una adecuada coordinación -
de esfuerzos.

Consideramos que hemos apoyado estas concepciones, al tener la
oportunidad de involucrarnos en una institución que aporta la ayuda
necesaria, para el trabajo con niños excepcionales; y de dar una serie
de medidas con referencia a la atención especial, que bien puede
ser una alternativa a desarrollarse ante la situación actual.

capítulo 3

CAPITULO 3. LA ESTIMULACION TEMPRANA.

No obstante que existe un creciente interes sobre la necesidad de que los países incorporen a la infancia en un lugar cada vez más prioritario en la planificación del desarrollo, las necesidades de este grupo son atendidas parcialmente debido a una falta de coordinación entre los diferentes sectores.

Por otro lado, la evidencia científica proveniente de diversas disciplinas ha destacado a los años preescolares como críticos para desarrollar acciones que influirán en forma decisiva en el desarrollo posterior del individuo, tanto en sus capacidades físicas y mentales como en su personalidad y su nivel social. Este hecho no ha sido reconocido en la planificación del desarrollo.

El interes por la estimulación psicosocial temprana es compartido actualmente por muchos especialistas en el campo de las ciencias de la conducta y por organismos dedicados a la salud y educación.

Tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo, el costo de la salud ha ido creciendo en forma desproporcionada, lo que significa que cada individuo tendrá que ir privándose cada vez más de cosas que son importantes en su vida, para financiar el cuidado de su salud.

Se ha observado que el rendimiento de los programas tradicionales de salud, educación y bienestar social dista mucho de ser satisfactorio en relación al costo económico de los mismos. Se ha comenzado a individualizar como causa de este fenómeno las características conductuales del individuo beneficiario de esos servicios, los que traducen, en parte importante, las deficiencias del sistema escolar y de la orientación y oportunidad en que se brindan los programas de educación para la salud. Gradualmente se comienza a volcar la atención a iniciar estos esfuerzos en los años más tempranos del desarrollo.

En épocas pasadas, se había venido dando un número muy diverso de esquemas o modalidades de atención a la infancia, sin una clara articulación entre sí, ni una definición de grupos y criterios de prioridad. Algunos de ellos se han enfocado principalmente a la atención de la salud, otras han estado vinculadas en mayor medida al área educativa y algunas más, se han visto influenciadas por una necesidad creciente de la vida actual: el reguardo de los menores, hijos de madres trabajadoras.

Afortunadamente, en las últimas décadas, un procedimiento o estrategia de intervención, a permitido una mejor coordinación entre los diferentes aspectos que se hayan involucrados en todo lo que implica la atención del menor. Esta modalidad desde sus inicios se ha denominado estimulación temprana. La estimulación temprana más que una simple forma de atención, es en sí todo un proceso de intervención, que ha servido como medio para generar toda una serie de situaciones, que permiten atender y darle la importancia necesaria a

la etapa de 0 a 6 años en la vida de todo ser humano.]

3.1. FUNDAMENTOS DE LA ESTIMULACION TEMPRANA.

Conviene aclarar que en la literatura inglesa, la utilización de los términos estimulación temprana y estimulación precoz había sido en forma indistinta, para referirse a una misma situación. En los países de habla española, se empezó a utilizar el término de estimulación precoz para denominar programas de prevención secundaria para niños de alto riesgo biológico establecido o probable, es decir, orientados a contrarrestar el efecto de un daño orgánico establecido (por ejemplo, síndrome de Down) o prevenir el apareamiento de una alteración en niños que, por sus antecedentes negativos de embarazo o parto, tenían una alta probabilidad que éste se produjera. En estos casos, [el término precoz] se justificaría como una intención de destacar que la intervención debe hacerse antes de que la alteración se agudice más o antes de que aparezcan los signos de un daño eventual. Los programas de estimulación se ampliaron posteriormente para incluir las intervenciones dirigidas a niños de alto riesgo ambiental, es decir, sujetos que nacen biológicamente sanos, pero que, debido a las características negativas del medio en que crecen, requieren de una intervención para que su desarrollo no se vea afectado. A estas intervenciones, por extensión del concepto, se les siguió llamando programas de estimulación precoz. Podría argumentarse que en este caso el término precoz se refiere también a que la intervención debe hacerse antes de que ocurra el eventual retraso de etiología ambiental. Consideramos, de igual forma que Montenegro (1979), que el término que describe más propiamente la serie de acciones encaminadas a disminuir o eliminar los factores que tienen que ver con el retardo, es el de estimulación temprana; y más aun, creemos que la estimulación temprana es una estrategia de intervención.]

[La estimulación temprana es "el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que éste necesita desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicológico. Esto se logra a través de la presencia de personas y objetos en cantidad y oportunidad adecuadas y en el contexto de situaciones de variada complejidad, que generan en el niño un cierto grado de interés y actividad, condición necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo" (Montenegro, 1979).]

La estimulación temprana se fundamenta básicamente para su aplicación, en la plasticidad que presenta el cerebro humano y la importancia que tiene la presencia de objetos y personas en una acción dinámica, en los primeros años de vida del ser humano.

En base a las investigaciones realizadas, se ha dejado de considerar a la infancia como un mero proceso de transición de una eta

pa "no formal" a una "formal". Se ha demostrado que los primeros años de la vida son la base fundamental para el desarrollo ulterior del individuo, y así también, que sí el niño no recibe la estimulación necesaria para un sano desarrollo, esto se verá reflejado en una serie de inhabilidades que se hacen más evidentes con el paso del tiempo. Se ha encontrado que niños estimulados desde su nacimiento han logrado el mejor desarrollo orgánico y funcional de su sistema nervioso y de sus órganos de contacto y de intercambio con el mundo exterior, además de un equilibrio adecuado en su crecimiento físico, emocional e intelectual. De los primeros 6 años de vida del niño se le debe dar primordial importancia a los dos iniciales. También es en esta etapa (0 a 2 años), la más propicia para determinar algunos déficits que tenga el niño, ya sea de orden perceptivo, motor, intelectual, orgánico o ambiental, así como para ejercer las acciones necesarias para resolver ese déficit o crear mecanismos de defensa y de aprendizaje que permitan en lo posible habilitarse para la vida futura (Naranjo, 1981). Como veíamos, los dos años de vida del menor son importantes no solo por las medidas que se puedan tomar, sino porque inclusive hay cambios de tipo estructural.

En una investigación reciente, realizada en la Universidad de Chicago, se indica que el cerebro tiene mayor número de células nerviosas a la edad de dos años y de este momento en adelante comienzan a disminuir. En unos trabajos de investigación de niños que mueren a una corta edad y que tienen una edad cronológica casi idéntica, pero distinta exposición al medio ambiente, se ha encontrado que muestran un desarrollo diferente: el infante que nació y sobrevivió pero murió después y tuvo mayor oportunidad de experimentar el medio externo, presentaba un cerebro más desarrollado. Así demuestra que el cerebro no solamente es un órgano que funciona biológicamente, sino que cambia y se adapta como consecuencia de las impresiones y experiencias ambientales (Shonkoff, 1986). A este respecto, Tjossen (1981), mencionó que en sus investigaciones ha encontrado que las fibras nerviosas crecen hacia los puntos de excitación, o de estimulación, que tiene que ver con la emisión de órdenes a la organización de la estructura cerebral. Esto toma gran relevancia en el momento de trabajar con niños que presentan retraso mental a consecuencia de alguna lesión cerebral.

Los descubrimientos no siempre van seguidos por las acciones. Si bien todos estamos convencidos de la importancia de esa edad para el futuro de cada persona, no se está actuando con la iniciativa, el esfuerzo y la atención que se requiere para cuidar y estimular al niño en esos años.

Los programas de estimulación temprana, han surgido con fundamento en los descubrimientos y como una acción encaminada a presentar una instrumentación de actividades frente a la realidad de un niño aislado, desprotegido y formado dentro de la inercia de los hogares, la crisis familiar, los problemas ecológicos, urbanísticos,

habitacionales, educativos y el hecho de que los gobiernos carecen de recursos humanos y materiales para ofrecer el apoyo necesario a programas dedicados a los niños en sus primeros años.

Quando realizamos la importancia de la estimulación temprana, refiriéndonos a aquella que se realiza en los primeros años de vida, no queremos de ninguna manera dar a entender que el desarrollo se verá asegurado con la sola estimulación en edades tempranas; sino que es necesario una estimulación constante en etapas posteriores. La estimulación temprana no es una relación mecánica entre la presentación de eventos y situaciones y el individuo; sino que es una situación dinámica donde hay una mutua interrelación y modificación entre estos factores.

La insistencia para que la estimulación temprana se realice también en los primeros años de vida, deriva de la abundante evidencia acumulada que muestra que una proporción importante de los niños que nacen en ambientes empobrecidos, presentan ya en el segundo año de vida retrasos en su desarrollo psicomotor. De este hecho se desprende la extraordinaria importancia preventiva de la estimulación temprana.

Tomando en cuenta los antecedentes expuestos, se ha producido un consenso hoy día, sobre la necesidad de que la estimulación se inicie lo más tempranamente posible; se continúe durante la edad preescolar y escolar del niño; abarque todo su medio ambiente. Inclusive Mora (1979), menciona que esta se debe implementar como estrategia que se extienda a la misma etapa preconcepcional y prenatal.

3.1.1. Aplicaciones de la Estimulación Temprana.

Utilizada inicialmente como un procedimiento remedial y posteriormente como sistema de prevención del retardo mental, y otros daños cerebrales; el conocimiento científico acumulado en las últimas décadas extiende su aplicabilidad, hasta considerarla como un sistema de práctica de crianza del niño, y por ende, tiene un impacto en las características de la sociedad. Revoluciona la concepción materialista que a objetivizado a la humanidad en cifras y cosas, pues impide que el niño siga siendo tratado como un simple objeto. Exige un respeto a su individualidad, un aprecio a sus capacidades, un manejo humano y una comunicación permanente y creciente. No exige de técnicas y organizaciones sofisticadas y costosas, más bien implica la extensión de actividades de práctica común en el cuidado de los menores. Y lo que es más importante, requieren de la participación de la madre, del padre y de los familiares, los principales personajes de la vida del niño (Montenegro, 1979; Naranjo, 1981).

El concepto de estimulación temprana es mucho más amplio que lo que creen algunas personas, ya que presupone la presencia de personas y objetos; y no es como piensan muchos, la presencia de movi-

les y/o juguetes didácticos. Es decir, han interpretado que en este tipo de programas, los objetos parecen tener una importancia mayor que las personas. Montenegro (1979), menciona que la estimulación temprana "debe fomentar las buenas relaciones afectivas entre el niño y sus familiares y también fomentar, el establecimiento de patrones de crianza adecuadas, que favorezcan una relación dinámica del niño con su medio, en un contexto de seguridad afectiva básica y de motivación por aprender". Es decir, que estimulen y no restrinjan la conducta exploratoria, que utilicen el premio más que el castigo. Por lo cual, al hablar de estimulación temprana, estamos tratando no solo con un procedimiento, sino con una estrategia de intervención. Así tenemos que intervención temprana, se refiere "al conjunto de todos los métodos y estrategias de procedimiento, ya sea educativas, biomédicas, de conducta o sociales, aplicables a un niño que corre el riesgo de volverse deficiente mental durante el proceso de desarrollo que va del nacimiento a los 5 años" (Tjossem, 1981). La intervención temprana es el conjunto, y la estimulación temprana un elemento. La estimulación como elemento se conjuga con otros de su misma especie (por ejemplo, medidas sanitarias, urbanísticas, etc.); y reunidos dan lugar a una estrategia que es temprana por la prontitud de su aplicación.

En la estimulación temprana se proporciona un "estímulo sensorial, se obtiene una respuesta asociada y la integración neuronal de ambos, de manera que pueda aprovechar la plasticidad del sistema nervioso que se está desarrollando" (Tjossem, 1981). Por lo cual, es más apropiado hablar en este momento de estimulación temprana. El estímulo sensorial es totalizador, es parte de toda la red asociativa que se lleva a cabo en el niño dentro de su complejo neuronal; en el cerebro se va desarrollando el estímulo sensorial hasta producir una modificación en su estructura y ocasionar cambios químicos y eléctricos en las células nerviosas, en sus interconexiones y terminales. El objetivo último en el amplio estímulo sensorial temprano dentro de los programas de estimulación temprana, es el de controlar y dirigir el estímulo para asegurar un desarrollo óptimo del cerebro y que este desarrollo sea la base para una conducta adecuada de aprendizaje y de adaptación a la escuela.

Otro término subordinado a la intervención temprana, sería la intervención educativa temprana, término que se utiliza para designar todos aquellos métodos y estrategias específicamente educativas.

En la medida de que las investigaciones nos den más información sobre los aspectos que rodean a la estimulación temprana, se podrá comprender mejor la amplitud del término; y sólo así, se podrá usar comúnmente intervención temprana, que a nuestro parecer, describe más propiamente las estrategias de atención infantil.

La estimulación temprana basa su aplicabilidad en: la plasticidad que muestra el cerebro, la importancia demostrada de los primeros años de vida del niño y de su amplio sistema de cobertura, basa

do en aspectos comunes y esenciales, como es la práctica de crianza entendida como la presencia de personas y objetos en el momento y situación adecuada.

3.1.2. [Antecedentes de la Estimulación Temprana.]

Como se mencionaba anteriormente, el concepto de estimulación temprana parece simple a primera vista; sin embargo, la estimulación temprana es probablemente uno de los conceptos más profundos, si se considera su importancia en modelar el futuro de nuestra sociedad (Tjossem, 1981).

[Sus orígenes están relacionados con la prevención del retardo mental y otros daños orgánicos cerebrales, el conocimiento científico acumulado en las últimas décadas extiende su aplicabilidad a la totalidad de las prácticas de crianza del niño.] hasta uso de

Su historia se ha ido conformando en base a muy diversas investigaciones que han dado énfasis a unos u otros aspectos. Dentro de las áreas del conocimiento, que han dado la base teórica de la estimulación temprana, encontramos a la neurología evolutiva y a la psicología del desarrollo infantil. Sin embargo, a pesar de la investigación realizada, aún quedan muchas incógnitas por descubrir sobre todo lo que rodea a la estimulación temprana.

Para dar una idea más clara sobre la importancia que ha ido adquiriendo la estimulación temprana, describiremos algunos de los estudios más relevantes que se han llevado a cabo con este enfoque.

Entre la década del treinta y del cuarenta, los estudios de la llamada Escuela de Viena, de C. Bühler, impresionan por demostrar por primera vez, mediante una adecuada metodología, que son factores psicológicos los responsables de la deprivación y que ellos están determinados por las condiciones ambientales en que ocurre el desarrollo temprano. Estos estudios provocaron un gran interés en los círculos técnicos, así como en el público en general que llegó a conocer el drama de los miles de niños abandonados o huérfanos durante la Segunda Guerra Mundial. Esto fue así, debido a que en esa época la idea prevaleciente era que la inteligencia era fija y el desarrollo estaba predeterminado genéticamente. De acuerdo con esta concepción de desarrollo, la organización conductual significaba un mero despliegue, más o menos automático, de capacidades completamente determinadas por el desarrollo morfológico. Este último a su vez, procedía también a un ritmo fijo, dependiendo sólo de que fueran satisfechos los requerimientos metabólicos del organismo. Esta posición implicaba aceptar que gran parte de la conducta no es aprendida y que el coeficiente intelectual es constante (Montenegro, 1979).

[En 1937 Newman y sus colaboradores señalan las diferencias de coeficiente intelectual al estudiar a gemelos idénticos, que fueron criados en ambientes distintos.] Tratándose de gemelos univitelinos, es decir, provenientes del mismo óvulo fecundado y, por lo tanto,

con igual dotación genética, [Las diferencias observadas debían ser atribuidas a las diversas experiencias que el medio ambiente donde se criaron les proporcionó. Las diferencias encontradas estuvieron en directa relación con la estimulación ambiental (Naranjo, 1981).]

Uno de los primeros estudios más conocidos, sobre la importancia de la estimulación temprana, es el de Iowa Child Welfare Research Station, el cual se implementa en USA (1938); en el se demostraba como los niños retardados mejoraban notablemente al ser atendidos en hogares adoptivos, fuera de las instituciones comunes de asistencia (Montenegro, 1979).

[Los estudios de Goldfard (1943) y Spitz (1945), sobre el papel tan importante que juega la madre en el primer año de vida del niño, fueron determinantes, ya que se dejó ver que la ausencia de ésta, repercutía en el desarrollo de la inteligencia y personalidad del niño.] Durante esta época comienzan a acuñarse en la literatura los términos de "hospitalismo", "síndrome de privación materna", y "depresión anaclítica", para referirse en el fondo al mismo fenómeno.

Haciendo una recopilación de los estudios a esa fecha [Bowlby (en 1951), concluye que el niño en sus primeros años de vida requiere de una atmósfera emocionalmente cálida y de desarrollar una relación estrecha con su madre o una persona substituta. Y si esta relación no se da, se produce una serie de trastornos severos y en algunos casos irreversibles, dependiendo del grado y permanencia de la privación materna (Naranjo, 1981).] Posteriormente, G. Howells y J. Caying (1955) demuestran que también puede existir falta de cuidado materno en niños que viven con su madre biológica.

En 1956 Levine S., y sus asociados demuestran que cierto tipo de estimulación temprana en ratas, como manipulación y shock eléctrico, afectan su conducta ya de adultas. Se reduce su actividad emocional, son más tolerantes al stress, menos temerosas ante situaciones desconocidas y se adaptan mejor a las demandas ambientales. Se distinguen de las ratas no estimuladas en que alcanzan mayor peso corporal y sobreviven mayor tiempo en condiciones de privación alimenticia.

[Harlow (1959), realiza estudios con monos, en que se comprueba que la privación temprana de estímulos, como el contacto con la madre, produce actitudes anormales en la adultez, tales como agresión, autoagresión, modificaciones de la conducta sexual, maternal y social (Naranjo, 1981).]

Durante estos años comenzaron a aparecer las primeras evidencias de que la privación psicológica no sólo afecta a los niños cuidados en orfanatos o asilos, sino que también se da en los niños que se crían en hogares pertenecientes a los estratos socioeconómicos desventajados. Muchos estudios indican una correlación entre pobreza y problemas de aprendizaje y se comienza a individualizar ciertos factores familiares que influyen en el bajo rendimiento es-

colar.]

Riesmann (1962), presenta el hecho de que el sistema escolar ejerce lo que llama una discriminación sin perjuicios contra los niños de bajo nivel socioeconómico, pues está diseñado para niños de clase media y supone que todos llegan igualmente entrenados en sus funciones intelectuales, por sólo haber llegado a una edad cronológica determinada (Naranjo, 1981).

Es importante mencionar, que estos estudios generalmente se habían venido realizando con niños que presentaban algún tipo de retardo con correlato físico, y fue a partir que se presentó algún tipo de evidencia sobre la influencia del ambiente empobrecido, que se dio mayor importancia al retardo denominado como "retardo cultural" y "familiar", o mejor descrito como "retardo sociocultural". Según Montenegro (1982), se desarrolla "por falta de ciertos estímulos sensoriales que son indispensables para que se desarrolle una serie de funciones intelectuales", y si todavía a esto le agregamos una serie de situaciones o condiciones como la desnutrición, el hacinamiento, la institucionalización y privación materna, es entendible la aparición del retardo sociocultural.]

La importancia de esta alteración es de gran trascendencia si tenemos en cuenta algunos datos. De 100 casos de niños con retardo, 75 caen dentro de este rubro. Es decir, en 75 de 100 casos de retardo, no se encuentra una causa biológica que determine su inhabilidad, y en este caso, se le atribuye a factores medio ambientales como los directamente responsables de la alteración. Debido al gran número de casos que abarca el retardo sociocultural, se hacía imprescindible aplicar algún método que tenga influencia directa en el medio ambiente; así fue como se empezó a aplicar la estimulación temprana entre este tipo de población. Por otro lado, al mismo tiempo se describía el retardo sociocultural, se observó que eran los sectores más desprotegidos los que comúnmente presentaban este tipo de alteración. La frecuencia del retardo mental en los barrios urbanos, suburbanos y en las zonas rurales necesitadas, es varias veces mayor que en las zonas de la clase media. "Se calcula que las posibilidades de que un niño nacido en un ambiente pobre se le diagnostique como retrasado mental, son 15 veces mayor que las que tendría un niño de la misma edad criado en un barrio residencial" (Targan, 1974; citado en Bralic, 1979). Muchos estudios han presentado algún tipo de evidencia que indica una correlación entre pobreza y problemas de aprendizaje, de esta forma, se comienza a individualizar ciertos factores familiares que se ha observado que influyen en el bajo rendimiento escolar.

[En los países latinoamericanos debido al gran índice de población de escasos recursos económicos; los problemas de aprendizaje son muy frecuentes. El nivel educativo de la población es deplorable. Hay países en que más de la mitad de la población es analfabeta y en muchos de ellos las tasas de escolaridad no sobrepasan el

el 40% de la población en edad escolar. La deserción escolar en el sistema educacional público en todos los países, es superior al 50% sólo en el ciclo básico. En los pocos estudios que se han realizado sobre las causas de esta deserción, se ha encontrado como uno de los factores más importantes, limitaciones intelectuales diversas. La educación preescolar prácticamente no existe como responsabilidad estatal. En los países en que ésta ha alcanzado algún desarrollo, su cobertura raramente sobrepasa al 10% de la población perteneciente a este grupo etario (Montenegro, 1979).

Aunque las deficiencias de los niños retardados socialmente son identificadas hasta la edad escolar, estas ya son manifiestas desde sus primeros años de vida. Es importante señalar, que si bien este tipo de alteración se encuentra con mayor frecuencia en las clases bajas, aun no se ha determinado con exactitud cuales son los factores que afectan una u otra área; como factor causal se habla del empobrecimiento de la estimulación, de la mala alimentación, del hacinamiento, de deficiencias en la relación madre-hijo, etcétera. No obstante, lo que si se puede afirmar, es que todas las acciones y programas de estimulación temprana aplicadas, han sido positivas por los resultados arrojados.] IZT 1000879

Cuando todo esto fue del conocimiento de los investigadores, se dieron a la tarea de abarcar en sus primeros programas a población de escasos recursos. En Estados Unidos, inclusive se llevo a tomar medidas políticas con respecto a la salud, y así, se implementaron los programas de estimulación temprana a nivel masivo, y principalmente, dirigidos a población socialmente desaventajada. Un ejemplo de esto es la realización del programa denominado "Head-Start" (1965); este se llevo a cabo en varios Estados de la Unión Americana, abarcando principalmente a población negra, que era la que se encontraba en mayor desventaja (Montenegro, 1979). El proyecto Head-Start, ayuda a más de 600.000 niños, y cuesta 275 millones de dólares (Ardila, 1979), en esa época.

Otro proyecto que toma como base a la estimulación temprana para la formulación de sus objetivos fue el "Proyecto de Reforma Educativa del Perú" en 1969 (Castillo, 1981); aunque en la práctica no se ha llevado a cabo según como se planeo.

Entre otros de los proyectos que se basan en la estimulación temprana, está por su difusión, el denominado "Proyecto Milwaukee", dirigido por Rick Heber (1977, en Egerton, 1980). Heber y sus colaboradores, seleccionaron primeramente, una zona de Milwaukee en la que existían los ingresos familiares medios más bajos, las peores condiciones de vivienda y la población urbana más densa. Aproximadamente un 33%, de los niños socialmente retrasados de las escuelas de Milwaukee, procedían de esta zona reducida de la ciudad. Los investigadores seleccionaron posteriormente, a madres de dicha área que hubieran tenido ya otro hijo que contara con seis años de edad. Cuando fueron aplicados algunos tests de C.I., se advirtió una marcada simi

litud entre los C.I. de las madres y de sus hijos. Se escogieron a madres con C.I. inferior a 75 como grupo experimental, y a madres con C.I. superior a 100 como grupo control. En cuanto el niño recién nacido volvía a casa, desde la maternidad, con su madre "retrasada", un asesor comenzaba a trabajar con la madre y su hijo lactante, esforzándose en estimular el aprendizaje del lenguaje, la resolución de problemas y la motivación para aprender y realizar. Los hijos de cuyas madres tenían un C.I. superior a 100 no recibieron enriquecimiento ambiental. A la edad de sesenta meses, los hijos de madres retrasadas tenían un C.I., que era en promedio, 26 puntos más alto que el de los niños con madres de C.I. normal. En seguimiento, a la edad de nueve años, después de asistir 3 años a la escuela pública, los niños "retrasados" presentaban un C.I. medio de 106, mientras que los controles normales que no recibieron intervención, tenían un C.I. medio de tan sólo 79.

A partir de ese momento se han generado un número importante de investigaciones que han tenido como premisa básica a la estimulación temprana, fuere cual fuere el enfoque teórico del investigador. Ya que si bien algunos autores han ahondado en aspectos como "perfeccionamiento de los métodos de estimulación" (Barrera, 1976); "entrega de información a padres" (Baker, 1980); otros se han encaminado a la búsqueda de un modelo de diagnóstico para detectar "alto riesgo" a temprana edad (Denhoff y Hyman; Kass y col., en Haeussler, 1979); y algunos más en evaluar las "edades óptimas de intervención (Nacimiento, 1976; Tjossem, 1981).

Los conocimientos acumulados hasta la fecha nos indican, y sobre todo para nuestro país, que los programas de estimulación temprana deben abarcar principalmente a la población con riesgo ambiental (niños que nacen biológicamente sanos pero que debido a las condiciones adversas en que crecen, requieren de una intervención para que su desarrollo no se vea afectado), más que a los de riesgo biológico (enfermedades diagnosticadas o a casos en que existe una alta probabilidad de que la enfermedad se produzca y se vaya a retrasar el desarrollo) (Mora, 1979).

De esta manera podemos jerarquizar los escasos recursos humanos y materiales. La recuperabilidad de un daño cerebral ya producido será, la mayoría de las veces, parcial y a un alto costo, ya que debe hacerse generalmente por personal profesional en forma individual y en centros especializados. Por el contrario, si se actúa predominantemente sobre riesgo ambiental, se puede evitar que se produzca un retraso a un costo significativamente menor, ya que hay experiencias favorables de programas ejecutados por personal no profesional, o mínimamente entrenado, que capacita a las madres como agente estimulador de sus propios hijos en el hogar, tal es el caso del programa desarrollado por Montenegro y colaboradores, dirigido principalmente hacia el proceso de desprofesionalización (Montenegro, 1979).

3.2. EL PSICOLOGO Y LA ESTIMULACION TEMPRANA.

La estimulación temprana, es un proceso que requiere del trabajo conjunto de varias disciplinas, ya que los diferentes aspectos involucrados necesitan de conocimiento especializado.

Debido a la carencia de personal especializado en los países en vías de desarrollo, el psicólogo puede desempeñar un papel fundamental, ya que puede abarcar varios aspectos que permiten minimizar el uso de este personal. Aunado a esto, está la consumación de la desprofesionalización, que es premisa básica de la psicología del comportamiento; de esta manera se obtiene la disminución al máximo de personal, aspecto fundamental en los países latinoamericanos y en especial en México.

[La estimulación temprana permite que el psicólogo adquiera la importancia que le corresponde, ya que los diferentes aspectos que contempla son del dominio del psicólogo y están en concordancia, con atender a la comunidad más que a individuos en particular.]

Algunos autores [Cabrera y Sánchez, 1980; Schielbush, 1978; citados en Alarcón, 1982], han establecido que un programa de estimulación temprana debe de contar al menos con los siguientes especialistas: psicólogo, neurólogo, pediatra, trabajadora social, fisioterapeuta, maestro especializado en estimulación temprana y un especialista en estimulación temprana, todo ello independientemente de las diversas disciplinas que en un momento dado puedan intervenir. La estimulación temprana como forma de intervención permite que el psicólogo sea un profesionista imprescindible para el buen desarrollo de la misma.

3.2.1. El Papel del Psicólogo en los Programas de Estimulación Temprana.

A lo largo del tiempo, el psicólogo había venido asumiendo funciones de clasificador y aplicador de pruebas, debido a su formación académica y a la falta de una especificación y difusión de sus habilidades profesionales. Esto se observa principalmente, en países carentes de una infraestructura y de un sistema de investigación-ideologización propia. En México, la psicología y en consecuencia el psicólogo, se ven limitados en cuanto a la disposición de un sistema propio y de objetivos acordes con la realidad nacional. Con la promoción de la psicología conductual en el ámbito nacional, se abre una alternativa que deja atrás una serie de criterios preconcebidos que sirven a una minoría, para dar lugar a una psicología comunitaria. La psicología que surge es ese momento, podemos decir, que no es la de una "psicología mexicana"; sino una psicología destinada al Tercer Mundo o al menos a Latinoamérica (Colotla y Gallegos, 1979; Galindo, 1984). No obstante, es evidente que el nacimiento conductista en México, a diferencia de otros países, desde el

principio es un nacimiento de una psicología aplicada, que en todo momento concede gran importancia a la investigación experimental de laboratorio, formando una dualidad indisoluble investigación-aplicación. De esta forma, el movimiento conductista moderniza a la psicología mexicana y le da una dirección en el mundo de la lengua castellana.

El vacío teórico que se venía teniendo en cuanto a establecer una estrecha relación entre investigación-aplicación, se vio subsanado con la adecuación de los conceptos de la modificación de la conducta a la realidad nacional. La psicología aplicada es entonces, la aplicación de los principios y métodos de la psicología experimental, en los diferentes campos del comportamiento humano. La modificación de la conducta es el lado aplicado de la psicología experimental (Galindo, 1984). Esto nos ha ayudado a tener un marco teórico que nos permite conceptualizar al comportamiento humano desde un punto de vista científico. La psicología es una ciencia natural experimental cuyo objeto de estudio es el comportamiento de los organismos. Y como profesión, se dirige fundamentalmente, a resolver problemas en que interviene el comportamiento humano. A pesar de los grandes avances de la psicología comportamental, aún quedan muchas dudas por resolver. La distancia entre la investigación y la aplicación no se ha logrado acortar del todo. Mientras que la primera avanza pausadamente; la segunda se enfrenta a situaciones sociales que no pueden ser teorizadas fácilmente, y en consecuencia, no son explicadas con la amplitud que se debiera.

Los servicios del psicólogo habían estado a la disposición de los extractos sociales que podían contratarlos; quedando desprotegidos un amplio sector de la población, quien no tenía los medios ni la facilidad de llegar al psicólogo. Esto por un lado, había sido por la concepción que los mismos psicólogos tenían sobre la aplicación de la psicología; y por otro, por las necesidades materiales-sociales que todo profesionista concibe. Es a raíz, de que el psicólogo replantea sus estrategias de intervención, que considera como primer punto atender a mayor población, sobre todo aquella que no tiene acceso a este servicio, a hacer más congruente los contenidos curriculares de la formación profesional del psicólogo con la comunidad inmediata y, buscar la desprofesionalización de la psicología como meta última. Todo esto lo logra basándose en un análisis de la problemática de la comunidad y aplicando su metodología a la solución de estos problemas, independientemente de su jerarquía dentro de la demanda profesional presente. Así, el psicólogo se adiestra inmerso en una problemática social que la comunidad le plantea constantemente, lo hace no de manera intuitiva o ecléctica, sino en base a una rigurosa y efectiva metodología derivada de la experimentación de laboratorio y de su implementación a situaciones naturales (Ribes y Fernández, 1980).

La comunidad nos dio los criterios y objetivos profesionales

definitorios del psicólogo. De este modo, los objetivos de la actividad profesional del psicólogo deben de ser: "a) la rehabilitación, b) el desarrollo, c) la detección, d) la investigación, y e) la planeación y prevención" (Ribes y Fernández, 1980).

La estimulación temprana, permite que el psicólogo desarrolle estos objetivos bajo la atención comunitaria, buscando como meta final la desprofesionalización. El conocimiento como tal, no debe ser un producto privativo de una determinada clase o grupo social; sino que debe ser el medio para alcanzar un orden social más equitativo, y en el caso del conocimiento psicológico, esto no debe ser la excepción, y más cuando existe una gran cantidad de población desfavorecida. La desprofesionalización como proceso permite atender a un número mayor de población con un mínimo de recursos humanos, punto importante al tratar de implementar un programa de estimulación temprana en países pobres, donde la falta de personal especializado se hace evidente.

De todo lo anterior se desprende el hecho, de que corresponde al psicólogo: la elaboración y planeación de programas de desarrollo; la estructuración de sistemas preventivos de las alteraciones en el desarrollo; el establecimiento de formas efectivas para minimizar el daño cuando este se hace presente; la detección precoz de los problemas relacionados con el desarrollo infantil, tanto en ambientes institucionales como familiares; la búsqueda constante de nuevos y mejores sistemas de intervención, evaluación y control. Todas estas actividades encuentran su máxima al implementar la estimulación temprana como estrategia.

En México, este tipo de actividades se hacen más indispensables debido al elevado índice de población desfavorecida, al limitado o nulo número de profesionistas dedicados a la intervención temprana, y a la falta de un genuino sistema de investigación científica.

En parte, el psicólogo ha permitido que se le relegue, que se le designen actividades de segundo plano, que se le considere como un subprofesionista, y todas esas acciones, que le han impedido que trascienda como profesionista. Al tomar un papel más activo, orientado al trabajo comunitario más que al trabajo individualista; y sobre todo, encaminado a la planeación para la prevención, más que a la sola tarea de la solución de problemas, irá adquiriendo la importancia que le corresponde como profesionista.

Tal vez con esto comprendamos, porque en los diferentes campos donde se desarrolla o se puede desarrollar el psicólogo, en la mayoría de las veces, se desconozca las funciones propias a su labor profesional; lo que ha redundado, en nula disponibilidad para crear las plazas o lugares para el despliegue de sus conocimientos particulares y en consecuencia, la falta de un reconocimiento institucional. Al tener el psicólogo ingerencia sobre situaciones que repercutan beneficiando a grandes sectores de población, irá adquiriendo la importancia que le corresponde.

Comentarios.

Históricamente, los primeros programas de estimulación temprana estuvieron centrados en la atención de niños que presentaban un alto riesgo biológico, paulatinamente, el riesgo ambiental ha ido adquiriendo gran relevancia para su estudio, esto se puede observar tanto por el número de estudios realizados como por la serie de medidas tomadas en cuanto a salud, educación y protección a la infancia.

De los programas que se han implementado, todos han mostrado resultados positivos. Sin embargo, no todos lo han sido en la misma medida. Hay una serie de factores que han intervenido y que al parecer, mucho han tenido que ver con la diferencia específica en los resultados. Por lo cual, a la hora de aplicar un programa de estimulación temprana, se deben tomar a los siguientes aspectos como factores básicos: diagnóstico precoz; intervención temprana; programas centrados en el hogar; participación de los padres, especialmente de la madre como agente de estimulación, además con injerencia directa en la programación de actividades y de materiales, y en el sistema de evaluación del desarrollo del niño; promover en el niño la creatividad y la curiosidad, más que la repetición de ejercicios o la obtención de ciertos resultados finales; es importante tomar en cuenta la edad del niño al comenzar el programa; la duración del programa; y finalmente, buscar sobre el cómo se enseña más que lo que se enseña. En síntesis podemos afirmar que a través de los años la intervención temprana ha demostrado ser una eficaz acción en favor de los niños que presentan algún tipo de alteración en el desarrollo.

Ahora bien, en nuestra situación de país tercermundista, disponiendo de escasos recursos humanos y materiales, parece casi imposible llevar programas de este tipo hacia la población más empobrecida. Sin embargo, como menciona Montenegro (1979), "para mejorar la calidad de vida no todo depende de la riqueza económica de un país". Esto es, que se deben diseñar estrategias, que en este caso, se puedan basar en la estimulación temprana para que cambien al individuo de tal manera, que sea un agente responsable y racional de su propio bienestar físico, mental y social. Siendo así, la relevancia de la estimulación temprana, no sólo radica en ser un poderoso agente preventivo del retraso mental; su significado más profundo está en constituir un elemento moderador de la personalidad del ser humano y, por ende, de la sociedad. En esta misma perspectiva, las estrategias de la intervención o estimulación temprana, deben entenderse no como una imposición de valores o patrones culturales, sino como un esfuerzo para proporcionar las condiciones necesarias para que las capacidades funcionales del individuo se desarrollen óptimamente, en cualquiera que sea su contexto social donde esas funciones se vayan a desplegar.

El psicólogo tiene las habilidades necesarias para participar

como miembro activo de un grupo de intervención temprana, e inclusive de ser el coordinador de este, ya que sus conocimientos, producto de un curriculum objetivo, le permiten aplicar la metodología necesaria para el buen funcionamiento de éste. De esta forma, el psicólogo dentro de un grupo de intervención temprana buscará: la acción colectiva más que la individual; la prevención más la acción remedial; y la desprofesionalización del conocimiento más que la continuación formal del mismo.

capítulo 4

CAPITULO 4. LA PREVENCIÓN DEL RETARDO POR MEDIO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA.

Las alteraciones en el desarrollo son resultado de la interacción de factores que aún no son del todo conocidas, lo cual ha impedido en parte, que no se pueda establecer una serie de medidas pertinentes para la prevención del retardo. No obstante, a pesar de que en un momento dado estas sean completamente definidas, es muy remoto que se llegue a prevenir totalmente el retardo; sin embargo, al igual que en otro tipo de enfermedades o males sociales que han aquejado al ser humano, el retardo puede ser disminuido en un grado significativo de tal manera que no sea un problema social.

Consideramos que el concepto que denomine lo referente al retardo mental, debe hacer énfasis en aspectos que sean identificables objetivamente, y no en aquellos que crean confusión por su esencia hipotética e inespecífica. El concepto alteraciones en su desarrollo, concretiza una serie de situaciones que resultan ser medibles y cuantificables debido al énfasis que realiza, al hacer mención de déficits y/o excesos comportamentales. El desarrollo psicológico debe ser entendido como la adquisición sucesiva, por parte del individuo, de nuevos repertorios conductuales o formas de conducta cada vez más diferenciada que están en función de factores biológicos, físicos y sociales. De esta manera el concepto alteraciones en su desarrollo, se refiere a todos aquellos casos de excepcionalidad que menciona el estudio psicológico (Bijou, 1975; Galindo, 1980).

La conducta alterada comparte las mismas leyes que la conducta adecuada, la diferencia entre una y otra estriba en la forma de como se aparta la primera de la segunda, lo que está determinado estrechamente por el grupo social dominante.

La interacción del niño con su ambiente se da de una manera dinámica, ya que los cambios que se observan son en ambas direcciones guardando una relación unívoca. Cuando existe un déficit en el equipo biológico del niño, su relación con el ambiente se altera. Esta alteración está en relación directa con el déficit, mientras más acentuado sea este, más diferenciada será la alteración. De igual forma, cuando se presentan condiciones medio ambientales desfavorables, el niño presenta una serie de alteraciones. Mientras más desfavorable sea el medio más probabilidad hay de que el niño presente alteraciones en su desarrollo. Mencionamos esto en términos de probabilidad, debido a que como se describió al principio, no se conoce exactamente como influye en interacción cada uno de los factores que tienen que ver con el retardo. No hay una regla precisa en esto; si un niño está presente en una situación desfavorecida, no siempre va a presentar alteraciones en el cien por ciento de las veces.

Teniendo presente la actual investigación sobre el retardo, resulta importante establecer medidas para su prevención. Aquí trataremos de dar algunas medidas para la prevención del retardo en el

desarrollo.

4.1. LA PREVENCIÓN DEL RETARDO.

La prevención del retardo es muy difícil que se pueda conseguir totalmente. Esto es debido a que son un gran número de factores los que están involucrados en su determinación. A pesar de los grandes avances que se han tenido en cuanto al tratamiento del retardo, son pocos los estudios que establecen una relación causal entre los determinantes del retardo. El trabajo más bien se ha centrado en la rehabilitación que en la prevención. Esto se ha presentado de igual manera en los países altamente desarrollados. En los países en vías de desarrollo, se tienen deficiencias en cuanto al trabajo de rehabilitación, descartándose por ende cualquier acción preventiva. Sin embargo, como se ha demostrado con trabajos trascendentales, el hecho de que no se cuente con una riqueza nacional, no implica necesariamente el que no se tenga una serie de alternativas tanto para el tratamiento como para la prevención del retardo. Cuando estas surgen bajo condiciones precarias, su valor resulta doblemente importante, tanto por su importancia como alternativa como por las mismas limitaciones con que se desarrollan.

La prevención del retardo puede ser de dos formas: 1) evitando que ocurra; y 2) evitando que este se agudice. Para la primera, como hemos venido aclarando, es muy difícil que se consiga ya que hay factores que intervienen en su determinación y que escapan al dominio del ser humano. No obstante, se puede reducir a un porcentaje mínimo de forma que deje de ser una preocupación para la sociedad. En cuanto a la segunda, esta sí se podría cumplir totalmente.

El trabajo que estamos presentando se centra en la segunda forma de prevención del retardo. Para esto se plantea una serie de puntos que al conjuntarse forman una buena estrategia de intervención. Los puntos que se plantean son los siguientes:

- Identificación inmediata y tempranamente de la alteración.
- Tratamiento tomando como base los conceptos de la estimulación temprana.
- La utilización de las condiciones de un grupo común para el tratamiento.
- El involucrar directamente a los padres del menor como miembro principal del grupo de atención especial.
- El tratamiento multiprofesional del caso.

Cada uno de estos puntos interactúan de una manera dinámica para conformar una estrategia de tratamiento que ha permitido obtener buenos resultados. Cada uno de estos puntos los hemos ido describiendo

de a lo largo de este trabajo, por lo cual, solo retomaremos los aspectos más importantes de cada uno para presentar, en forma integrada, la manera de como se han interrelacionado.

A) Detección Temprana. Debido a la población que se maneja dentro del servicio de estancias infantiles de la delegación Gustavo A. Madero, es posible detectar tempranamente a los menores que presentan alguna alteración en su desarrollo. Como se sabe, en las estancias infantiles se atiende a niños de 45 días de nacidos a 6 años de edad. Estos niños permanecen dentro de la estancia un promedio de 5 horas diarias, lo que implica que se tengan que proporcionar servicios como la alimentación, cuidados de salud e higiene, educación, recreación, etc. El niño permanece el tiempo suficiente como para que se le pueda observar en diferentes situaciones estímulo. A la vez que esto representa una responsabilidad enorme, permite que se pueda identificar algunas alteraciones que se hacen evidentes por la presencia de algunos síntomas.

En el caso de la sección de psicología, se han ido delineando algunos pasos que permiten identificar oportunamente a aquellos niños que presentan alguna alteración en su desarrollo para darles la atención debida. Estos son principalmente: 1) la asistencia frecuente a las diferentes salas de las estancias infantiles y la interacción con los niños; 2) la capacitación de las asistentes educativas, administradoras y trabajadoras sociales, para que reporten los casos que han observado que requieren una valoración psicológica específica; 3) la promoción del servicio psicológico dirigido a los padres de familia, para que identifiquen y pidan asesoría psicológica cuando observen alguna alteración en el desarrollo de su hijo; y 4) la aplicación de una valoración psicológica inicial a todo niño que ingresa al servicio de estancias infantiles. Esto ha permitido que se detecte tempranamente algunos problemas que se presentan en los niños y en consecuencia, que se dé la atención necesaria.

Como veíamos en el capítulo 1, los problemas que últimamente se están presentando, ya no son tan graves como los que se trataron cuando se inicio el servicio de psicología en las estancias infantiles de la delegación Gustavo A. Madero. Los reportes que actualmente se están teniendo son de niños que inician con su problema, lo que facilita el tratamiento ya que la alteración no es tan difusa.

[Al detectar oportunamente las alteraciones y darle el tratamiento debido, se está previniendo el retardo en el aspecto de agudización.] Y el acierto de que esto se logre, es debido a la oportuna detección que se basa en los puntos antes mencionados. Otro de los puntos importantes de la detección temprana es el hecho de que al detectar oportunamente la alteración, se consigue un enorme ahorro de inversión tanto de los aspectos económicos como de trabajo.]

B) El Tratamiento por Medio de la Estimulación Temprana. El aspecto central de la estimulación temprana hace referencia a la plasticidad que tiene el cerebro en los primeros años y a la importancia de presentar los estímulos físicos y sociales, de una manera secuenciada. El tomar estos conceptos para utilizarlos como forma de tratamiento permite que se utilicen aspectos que son comunes al medio ambiente del niño y que el psicólogo tome un papel relevante, ya que el puede estructurar una programación de los estímulos para que se presenten de una manera secuenciada.

El utilizar a la estimulación temprana como forma de tratamiento para el retardo, no sólo permite la prevención de éste sino que en su significado más profundo, permite modelar la personalidad del ser humano y por ende, de la sociedad.

La aplicación de la estimulación temprana es fácilmente adaptable a las condiciones de los países en vías de desarrollo, y en especial a México. Debe dejarse de considerar a los primeros seis años de vida del niño como una etapa de transición. Es una etapa donde se conforman una serie de rasgos que más adelante, van ha ser determinantes para la personalidad del sujeto. Por lo cual, es de suma importancia, que esta etapa reciba más atención de la que ha recibido hasta la fecha.

C) El Grupo Común en la Atención Especial. La importancia de utilizar un grupo común para el tratamiento de la excepcionalidad, ha sido ampliamente demostrada (ver por ejemplo a Ingalls, 1982). El utilizar un grupo común permite que la generalización del tratamiento esté más acorde con la situación natural y de esta forma, se dé con más amplitud. En el caso de que se esté tratando alteraciones en el aprendizaje, la relevancia resulta evidente. La escuela presenta un medio socializador por excelencia, si el niño no se adecua a ésta, presentando alguna alteración, la ventaja de trabajar brindando atención psicológica en esta situación, es muy superior a cualquier tratamiento que se brinde fuera de ésta

Para nuestro caso, ya que se trabaja con centros educativos, el utilizar los grupos comunes es de enorme importancia porque el niño se integrará finalmente a esa situación, y si es ahí donde se ha trabajado, se está asegurando de alguna manera un resultado positivo. La ventaja que ha demostrado el trabajar en el aula común sobre las alteraciones psicológicas, debe ser tomada con la importancia debida, ya que el servicio de atención especial no es suficiente por su mínima infraestructura como por su tipo de atención; se debe probar masivamente la utilización de la infraestructura de la escuela común. Como sabemos, la mayoría de los casos que presentan alteraciones en su desarrollo son debidos a condiciones sociales desfavorables; y si estos casos son detectados y atendidos oportunamente en una aula común, los resultados son por demás alentadores. Todo esto lo mencionamos porque media una causa; es la forma de tra

bajo que se esta desarrollando con los menores de las estancias infantiles de la delegación Gustavo A. Madero.

De esta manera, más que invertir para abrir nuevos centros de atención especial para población mayor de seis años, se deben abrir centros para el nivel preescolar; y más aun, se deben utilizar los centros escolares ya existentes, estableciendo clases especiales en las aulas comunes. Como sabemos, un intento de estas concepciones lo conforman los grupos "B" o "grupos integrados", que iniciaron en 1973 y están coordinados por la Dirección General de Educación Especial (La Educación Especial en México, 1985). Estos grupos son un buen intento, y su aplicabilidad se debe extender hasta los primeros años de vida del niño.

D) Los Padres de Familia como Miembros Principales del Equipo de Atención Especial. En la atención de los niños normales, el papel de los padres es muy importante. En la atención de los niños que presentan alguna alteración, el papel de los padres es fundamental. Ante la falta de suficiente personal especializado y de la importancia de la desprofesionalización de la psicología (entendida esta como la conjunción de esfuerzos y conocimientos entre profesionales y no profesionales para entender su realidad, transformarla y servirle al máximo de ello), resulta de enorme valía la participación de los padres en todo el proceso de atención especial. Los padres deberían participar activamente desde el mismo diagnóstico, pasar a formar parte del equipo multidisciplinario para el tratamiento, y continuar con el seguimiento después que el niño es dado de alta.

Los padres son los primeros en sospechar que algo no marcha bien en el desarrollo de su hijo, esto algunas veces lo lleva a buscar asesoría profesional; sin embargo, en la mayoría de las ocasiones, estos se encuentran renuentes para aceptar que su hijo presenta alguna alteración y mucho más, cuando esta es de carácter superficial. Estos casos regularmente son detectados cuando el niño entra en contacto con una institución escolar, lo que en México sucede comúnmente a la edad de seis años, que es cuando el niño ingresa al sistema escolar básico.

Es muy importante que el niño que presentan alteraciones en su desarrollo sea identificado lo más tempranamente posible. Para esto, los padres pueden dar un aporte importante o en su defecto, las instituciones dedicadas a la atención inicial.

Son los padres los que conocen más a fondo los gustos de sus hijos, las cosas que les desagradan, su conducta en los diferentes estados de ánimo, etcétera. Así mismo, son ellos los que tienen la oportunidad de contar con situaciones naturales para la enseñanza, cuentan con instalaciones como el comedor, el baño, la recámara, etc. También ellos tienen la oportunidad de estar presentes cuando ocurren conductas rutinarias como el aseo personal, la alimentación,

el descanso, el juego, etcétera. Son ellos los que mantienen los lazos afectivos más fuertes con respecto al niño, y son ellos, los que pueden facilitar o entorpecer el tratamiento profesional. Por tales aseveraciones, el padre debe ser el encargado principal del tratamiento correctivo, de buscar la mediación entre el niño y su medio social, y sobre todo, de establecer en la práctica las medidas preventivas para disminuir las alteraciones en el desarrollo.

E) Trabajo Multidisciplinario. Sin duda alguna, el trabajo multidisciplinario para la rehabilitación del niño retardado, resulta superior al que pueda desarrollarse de manera particular por uno u otro especialista. El diagnóstico que se realice por varias disciplinas afines sobre un caso de retardo, es mayormente confiable y recomendable.

Las disciplinas que mínimamente deben intervenir en la atención especial, son las de medicina, pedagogía, trabajo social, neurología y psicología. En nuestro caso contamos con medicina (pediatras), pedagogía, trabajo social, odontología y psicología.

El trabajo que el psicólogo ha desarrollado en grandes instituciones, en grupos multidisciplinarios e inclusive de manera individual, ha sido limitado. En México esto se ha hecho más evidente; al psicólogo se le había considerado como un subprofesionista (Pérez, 1979), como un aplicador de pruebas (Ribes y Fernández, 1980), como un profesionista ayudante de, y como una persona con limitaciones que no debía tomar decisiones de trascendencia que tuvieran carácter definitivo. Estos aspectos muchas veces habían sido propiciados por el mismo profesionista al no intentar cambiarlos o en el último de los casos remediarlos.

Afortunadamente, con el trabajo que se está efectuando en los últimos años, el psicólogo ha ido cambiando esta imagen. Ha logrado que se le respete como profesionista y como persona preparada. En el campo de la atención especial, mucho le ha ayudado a esto la modificación de conducta y sobre todo el interés por crear estrategias, que han tomado como base las condiciones sociales imperantes.

En la atención especial, el psicólogo debe ser el profesionista que debe desempeñar uno de los papeles principales, ya que el tiene la preparación específica para coordinar y estructurar los planes de trabajo. La modificación de conducta le aporta una importante base teórica, y una serie de técnicas y metodología que ha de mostrado ser efectiva en la práctica. El psicólogo debe dejar de desempeñar papeles secundarios, ya que posee conocimientos que sólo brinda su profesión y que son de gran importancia en el trabajo individual o multidisciplinario. El trabajo en el equipo multidisciplinario ofrece una buena perspectiva para que el psicólogo pueda desarrollarse ampliamente y demuestre su real valía.

En nuestro caso, el psicólogo ha desempeñado el papel princi-

pal en cuanto a la atención especial; él decide que niño requiere una atención individualizada o grupal, quién la requiere en forma continua o en forma esporádica, es encargado de presentar los resultados de las valoraciones diagnósticas a los padres, estructura los pasos del tratamiento, decide cuando el niño debe ser dado de alta parcial o total, cuando debe ser canalizado a educación especial o normal, etcétera. El decide todo lo que compete a la atención especial y algunos otros procesos que tienen que ver con la atención inicial. Por consiguiente, el psicólogo ha tomado un papel preponderante en el trabajo que desarrolla el equipo multidisciplinario.

Comentario.

Al conjuntarse los pasos anteriores e interactuar en forma dinámica, se presenta una buena alternativa para evitar la agudización del retardo e inclusive prevenirlo, cuando se presenta la estimulación antes de que el problema aparezca debido a factores de empobrecimiento social.

Estos pasos se han conjuntado y han demostrado buenos resultados en los casos atendidos con esta forma de tratamiento; han conseguido su integración al medio social inmediato en terminos totales, esto a pesar de que se contaba con un número de población gravemente afectada.

El psicólogo debe demostrar su valía al ser admitido en cualquier campo que implique su ejercicio profesional. Debe diseñar las estrategias necesarias para desarrollar satisfactoriamente su trabajo. Esto no significa que busque principalmente su beneficio personal. Al conseguir solucionar situaciones que afectan a la mayoría, consigue indirectamente beneficios propios. Uno de los puntos que convergen para que se pueda presentar esta situación es el trabajo sobre prevención del retardo.

Debemos centrar nuestra atención en la población infantil que está en sus primeros seis años; debemos establecer un continuo entre la educación especial y normal; debemos de aprovechar los materiales, situación física y personas comunes al medio social del niño; debemos aprovechar los conocimientos de otras disciplinas que se integran al formar un equipo de trabajo; debemos de aprovechar el apoyo que puedan darnos las instituciones al permitir el ingreso de profesionales; y principalmente, debemos buscar el beneficio de las mayorías, como fin último de la psicología.

conclusiones generales

CONCLUSIONES GENERALES

Debido a la creciente demanda del servicio de atención inicial, se hace indispensable crear una serie de medidas que nos permitan cubrir satisfactoriamente este rubro. La falta de una infraestructura, de recursos humanos y materiales impide cubrir cabalmente a esa demanda. Como una solución viable a tales aspectos se ha ido constituyendo lo que se ha dado a llamar educación no formal. Esta se instaura con escasos recursos, utiliza un mínimo de inversión económica y permite que sea la misma comunidad la que participe en el proceso de educación y solución de sus problemas. Esto permitiría involucrar a un mayor número de niños en un proceso de atención inicial.

Al mismo tiempo que se involucra a la población en un proceso de educación, se puede establecer con los mismos, un programa de estimulación temprana. Esto permitiría disminuir sustancialmente los casos que se presentan por deficiencias en la atención de los primeros años del individuo. Si este proceso se completa, se está previniendo en la forma de agudización, las alteraciones en el desarrollo. Como sabemos, el porcentaje mayor de los casos de retardo, corresponde a los que se ha denominado retardados socioculturales; en ellos no se identifica algún daño físico evidente, sino que son las condiciones adversas como la desnutrición, la deprivación materna, la falta de cuidados de la salud e higiene, el hacinamiento, etc., las que permiten que el niño presente alteraciones en su desarrollo. Por consiguiente, al involucrar a la población infantil en algún programa de atención inicial, se estará previniendo las alteraciones en el desarrollo de origen sociocultural.

Habiéndose demostrado la importancia que tienen los primeros seis años de vida para el ulterior desarrollo del individuo, se hace imprescindible abarcar ampliamente esta etapa. Como se ha demostrado, la plasticidad que muestra el cerebro, se presenta principalmente en los dos primeros años de vida del ser humano. Ya transcurridos estos, es más difícil conseguir cambios a nivel neuronal. Esto resulta de vital trascendencia para el campo de la atención especial. Los resultados serían más positivos para el niño, si se detecta tempranamente la alteración y en consecuencia, se da el tratamiento necesario.

Al hablar de estimulación temprana, detección temprana, atención inicial y atención especial, no nos referimos a estos como términos estáticos e independientes, sino que los consideramos como parte de un todo dinámico que interactúa en diferentes direcciones, y que bien puede constituir sólidamente una estrategia de intervención, para la prevención de las alteraciones en el desarrollo. Estos elementos se conjuntan y encuentran su meta en la disminución notoria de los casos, producto de las condicio

nes desfavorables de la mayoría de la población.

En nuestro país se hace imprescindible encontrar soluciones que puedan generalizarse a la mayoría de los estratos de población, una de estas lo constituye sin lugar a dudas, la intervención temprana como un todo integrado.

Al psicólogo se le presenta una excelente oportunidad para poder trascender como profesional, al involucrarse en programas de atención inicial. El cuenta con las habilidades necesarias para que esto se pueda lograr, producto de una muy particular formación profesional. Se debe buscar llegar a las mayorías necesitadas, más que a las minorías pudientes; debemos de establecer un equilibrio entre estas dos de tal manera, que la población desfavorecida vaya ganando terreno en esa lucha desigual. Esto se logra mediante las concepciones que implica la intervención temprana, ya que se hace énfasis en que a todo individuo se le debén proporcionar las condiciones necesarias para que se desarrolle optimamente. Esto dicho en una frase sería: igualdad de oportunidades.

Hemos tratado de presentar cómo han ido sucediéndose los acontecimientos para poder trascender como área de psicología, en un lugar donde prácticamente era desconocida la labor que puede desarrollar el psicólogo; y principalmente, intentamos dar algunas soluciones al problema que se constituye por alteraciones en el desarrollo de los menores. Con esto no queremos otra cosa que dar una modesta aportación y al mismo tiempo, hacer un llamado a cada profesionista que interviene en la atención especial para que realice su mejor esfuerzo. El psicólogo ha conseguido promocionar su profesión en esta institución y quiere que se generalice a otras similares, ha demostrado que es indispensable como profesionista en el rubro de atención especial e inicial.

Al mismo tiempo que elaboramos este trabajo, se han dado los primeros pasos para formar una coordinación general de estancias infantiles a nivel del Distrito Federal. La Delegación Gustavo A. Madero ha resultado ser la única en su clase, en comparación con las otras delegaciones, al contar con un grupo de profesionistas de muy diversas disciplinas; y sobre todo, sobresale por ser la única que cuenta con una estancia infantil de atención especial. Por consiguiente, se va a tomar a la Delegación Gustavo A. Madero, como modelo a seguir. Esto es debido a que han podido constatar que es imprescindible contar con el área de psicología en todo proceso de atención inicial. Esto nos servirá para promocionar más ampliamente la profesión e indirectamente, quitar la antigua creencia de que el psicólogo solo es necesario para el trabajo remedial, y destacar, que el fin último de la psicología es la prevención.

bibliografía

BIBLIOGRAFIA

- ALARCON, A.M. La estimulación temprana como una forma de prevención del retardo en el desarrollo: diseño de un centro. México, Tesis ENEPI-UNAM, 1982.
- ANUARIO ESTADISTICO DEL DISTRITO FEDERAL, 1984. México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1985. Tomo I y II.
- ARDILA, R. Los orígenes del comportamiento humano. Barcelona, Ed. Fontanella, 1979.
- BACHRACH, J. Cómo investigar en psicología. Madrid, Ed. Morata, 1981.
- BAKER, B., BRIGHTMAN, A., HEIFETZ, L., y MURPHY, D. ¿Cómo enseñar a mi hijo? Madrid, Ed. Pablo del Rio, 1980. Vol. I-VII.
- BAROCIO, R., AHEDO, S., CAVAZOS, P., y LOPEZ, S. La intervención del psicólogo en la educación preescolar: descripción de una experiencia. México, Acta Psicológica Mexicana, UNAM. Vol. I, Enero-Marzo, p. 81-128, 1981.
- BASES PARA UNA POLITICA DE EDUCACION ESPECIAL. México, SEP-FONAPAS, 1985.
- BECKER, W. Los padres son maestros. Nuevos métodos para la educación infantil. México, Ed. Ciencia de la Conducta, 1974.
- BENDER, L. Test gúestáltico visomotor. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1983.
- BEERS, D. Las guarderías. En Piaget, J. Los años postergados. Barcelona, Paidós/UNICEF, 1982. p. 125-137.
- BENEDITO, G. Rol del psicólogo: rol asignado, rol asumido y rol posible. En Braunstein, N., Pasternac, M., Benedito, G., y Saal, F. Psicología: ideología y ciencia. México, Ed. Siglo XXI, 1983.
- BIJOU, S. Tecnología de la enseñanza de niños impedidos. En Bijou, S., y Ribes, E. Modificación de conducta. Problemas y extensiones. México, Ed. Trillas, 1979.
- BIJOU, S. Teoría e investigación sobre el retardo mental (en el desarrollo). En Bijou, S., y Baer, D. Psicología del desarrollo infantil. México, Ed. Trillas, 1975. Vol. II.

- BIJOU, S. y GRIMM, J. Diagnósis y evaluaci3n conductual en la ensefianza de ni#os peque#os desaventajados. En Bijou, S., y Reyek, E. Análisis conductual aplicado a la instrucció. Méxicó, Ed. Trillas, 1978.
- BRALIC, S., y LIRA, Ma. I. Experiencias tempranas y desarrollo infantil. En Bralic, S., Haeussler, I., Lira, Ma. I., Montenegro, H., y Rodríguez, S. Estimulaci3n temprana. Santiago de Chile, Ed. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1979.
- BREA, L., y CORREA, E. La psicología comunitaria: embri3n de un nuevo paradigma. Méxicó, Ed. Trillas, 1980.
- CALDWELL, B., y STEDMAN, D. Educaci3n de ni#os incapacitados. Méxicó, Ed. Trillas, 1983.
- CAMPERO, M., y LAHUD, I. Participaci3n de la familia en el manejo y cuidado del ni#o con parálisis cerebral. Méxicó, Ed. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1981.
- CARDENAS, J. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y los programas de educaci3n inicial. En Memorias de la "Reuni3n Latinoamericana para el estudio de programas de atenci3n para menores de 6 a#os". Méxicó, Ed. IMSS/UNICEF, 1982.
- CASTILLO, C., FLORES, Ma., RODAO, F., MU#IZ, L., RODRIGUEZ, J., y UNTURBE, J. Educaci3n preescolar. Métodos, técnicas y organizaci3n. Barcelona, Ed. CEAC, 1984.
- CASTILLO, R. C. La educaci3n preescolar en Perú: teoría y práctica. En Piaget, J. Los a#os postergados. Barcelona, Ed. Paid3s/UNICEF, 1982.
- COLOTLA, V., y GALLEGOS, X. La psicología en Méxicó. En Ardila, R. La profesi3n del psic3logo. Méxicó, Ed. Trillas, 1978.
- COLLADO, A. Normas de socializaci3n y manejo en el hogar para ni#os con riesgo establecido: Síndrome de Down (0 a 6 a#os). Méxicó, Ed. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1981.
- COOPER, M., THOMPSON, C., y BAER, D. La modificaci3n experimental de la conducta de atenci3n de las educadoras. En Bijou, S., y Rayek, E. Análisis conductual aplicado a la instrucció. Méxicó, Ed. Trillas, 1978.
- CURRICULUM DE ESTIMULACION PRECOZ. Panama, Instituto Paname#o de Habilitaci3n Especial, UNICEF-Piedra Santa, 1981.

- DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO DE EDUCACION ESPECIAL. México, Ed. Diagonal/Santillana, 1986.
- ✓ - DIF. Subprograma de atención preescolar. Información general. México, 1980. Vol. I.
- ✓ - DIF. Programa didáctico de atención preescolar, 1º, 2º y 3º. México, 1980. Vol. II, III y IV.
- DIF. Manual de curso de capacitación. México, 1980. Vol. V.
- DIF. Proyecto del Gobierno de México, plan nacional del subprograma de atención preescolar. México, 1980.
- DOKE, L., y RISLEY, T. La organización de guarderías: actividades requeridas y actividades opcionales. En Bijou, S., y Rayek, E. Análisis conductual aplicado a la instrucción. México, Ed. Trillas, 1978.
- EGERTON, R. Retraso mental. Madrid, Ed. Morata, 1980.
- ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 1985. Madrid, Ed. Siglo XXI-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1985.
- ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 1986. México, Ed. Siglo XXI-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1986.
- ELIZONDO, G. La educación inicial en México. En Memorias de la "Reunión Latinoamericana para el estudio de programas de atención para menores de 6 años". México, Ed. IMSS/UNICEF, 1982.
- FERNANDEZ, J. Educación psicomotriz en preescolar y ciclo preparatorio. Madrid, Ed. Narcea, 1981.
- PROSTIG, M. Método de evaluación de la percepción visual. Mimeografiado.
- GALGUERA, I., HINOJOSA, R., y GALINDO, E. El retardo en el desarrollo. México, Ed. Trillas, 1984.
- GALINDO, E., BERNAL, T., HINOJOSA, G., GALGUERA, M., TARACENA, E., y PADILLA, F. Modificación de la conducta en la educación especial. México, Ed. Trillas, 1980.
- GALINDO, E., y VORWERG, M. La psicología en México. México, Revista Ciencia y Desarrollo, No. 63, Jul-Ago, 1985. p. 29-46.

- GUIA CURRICULAR PREESCOLAR Y PRIMARIA ESPECIAL. México, Ediciones Secretaria de Educación Publica, Dirección General de Educación Especial, 1982.
- ✓ - HAEUSSLER, I., y RODRIGUEZ, S. Programa de estimulación temprana: una revisión crítica. En Bralic, S., Haeussler, I., Lira, Ma. I., Montenegro, H., y Rodriguez, S. Estimulación temprana. Santiago de Chile, Ediciones del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1979.
- HANK, C. Instructivo de servicio de estancias infantiles. México, 1978. Mimeografiado.
- IMSS. Instructivo de procedimientos de servicio de psicopedagogía. México, Jefatura de nuevos programas del IMSS, 1980.
- ✓ - IMSS. Programa psicopedagógico. México, Jefatura de nuevos programas del IMSS, 1980. Vol. I y II.
- JELLIPFE, D., y JELLIFE, P. Se puede prevenir. La historia innecesaria de dos niños tristes. En Piaget, J. Los años postergados. Barcelona, Ed. Paidós/UNICEF, 1982.
- ✓ - KAGAN, J. Desarrollo infantil y experiencias tempranas. En Finley, E.G., y Marin, G. Avances en psicología contemporánea. México, Ed. Trillas, 1979.
- KOPPITZ, E. El dibujo de la figura humana en los niños. Buenos Aires, Ed. Guadalupe Mansilla, 1974.
- LA EDUCACION ESPECIAL EN MEXICO. México, Ediciones de la Secretaría de Educación Pública, Dirección General de Educación Especial, 1985.
- LEVIN, J. Fundamentos de estadística en la investigación social. México, Ed. Harla, 1979.
- LEY FEDERAL DE EDUCACION. Comentada por Medellín, R., y Muñoz, C. Ed. Centro de Estudios Educativos, México, 1983. 5a. Edición.
- LOPEZ, F. Adaptación de los procedimientos operantes de tratamiento de deficiencias conductuales en niños. En Bijou, S., y Ribes, E. Modificación de conducta. Problemas y extensiones. México, Ed. Trillas, 1979.
- LOWENBRAUN, S., y AFFLECK, J. Los niños poco dotados en la clase común. Buenos Aires, Ed. Kapelusz, 1980.

LC 3969/535

- MELGAR, M. Cómo detectar al niño con problemas del habla. México, Ed. Trillas, 1983.
- MEXICO DEMOGRAFICO, 1980-1981. México, Consejo Nacional de Población, 1982.
- MONOGRAFIA DE LA DELEGACION GUSTAVO A. MADERO. México, Departamento de Prensa y Relaciones Públicas de la Delegación Gustavo A. Madero, 1986.
- ✓ - MONTENEGRO, H. Consideraciones generales sobre estimulación temprana. En Bralic, S., Haeussler, I., Lira, Ma. I., Montenegro, H., y Rodríguez, S. Estimulación temprana. Santiago de Chile, Ed. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1980.
- ✓ - MONTENEGRO, H. Programa piloto de estimulación precoz para niños de nivel socioeconómico bajo entre 0 y 2 años: informe final. En Bralic, S., Haeussler, I., Lira, Ma. I., Montenegro, H., y Rodríguez, S. Estimulación temprana. Santiago de Chile, Ed. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1980.
- MONTENEGRO, H. El retardo mental sociocultural. En Piaget, J. Los años postergados. Barcelona, Paidós/UNICEF, 1982.
- MORA, J. Períodos óptimos de intervención en niños en situaciones de pobreza. Santiago de Chile, CEPAL-UNICEF, 1979.
- ✓ - NARANJO, C. Algunas lecturas y trabajos sobre estimulación temprana. México, Ed. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1981.
- O'LEARY, D. El ingreso del paraprofesional en el aula. En Bijou, S., y Ribes, E. Modificación de conducta. Problemas y extensiones. México, Ed. Trillas, 1979.
- PATTERSON, G., y GUILLION, M. Aprenda a convivir con los niños: nuevos métodos para padres y maestros. Chihuahua, México, Ed. IIEFS, 1979.
- PEREZ DE ALBA, L., y MELGAR, Ma. T., de. Programa de estimulación temprana "Chan-Pal". Centro de desarrollo infantil "2001". En Speller, P. Análisis de la conducta. Trabajos de investigación en Latinoamérica. México, Ed. Trillas, 1978.
- ✓ - PEREZ, N. Problemas de la implementación de programas para el desarrollo infantil. En SMAC. Análisis de la conducta. Investigación y aplicaciones. México, Ed. Trillas, 1977.

Revisión

- REVISTA ALTERNATIVAS. Programa regional de estimulación temprana. México, Ediciones del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Números 1 (Abr. 1983); 2 (Oct. 1983); 5 (Dic. 1984), 6 (Abr. 1985); y 7 (Dic. 1985).
- RIBES, E. Técnicas de modificación de conducta. México, Ed. Trillas, 1976.
- RIBES, E. Algunas consideraciones sobre la prevención del retardo. En Galguera, I., Hinojosa, R., y Galindo, E. El retardo en el desarrollo. México, Ed. Trillas, 1984.
- RIBES, E. La prevención del retardo en el desarrollo en países pobres. En Galguera, I., Hinojosa, R., y Galindo, E. El retardo en el desarrollo. México, Ed. Trillas, 1984.
- RUIZ, M., y VAQUERO, Ma. C. La importancia de la prevención para el retardo en el desarrollo. México, Tesis ENEPI-UNAM, 1984.
- SEP. Manual pedagógico experimental para niños en etapa lactante, maternal y preescolar. Dirección General de Educación Inicial. México, 1982.
- SEP. Manual de organización de un centro de desarrollo infantil. México, Dirección General de Educación Inicial, 1982.
- SEP. Manual del servicio de psicología de los centros de desarrollo infantil. México, Dirección General de Educación Inicial, 1981.
- SEP. Programa de desarrollo del niño de 0 a 5 años a través de padres de familia y miembros de la comunidad. México, Dirección General de Educación Inicial, 1981.
- SHONKOFF, J. Neurofisiología aplicada a estimulación temprana y técnicas de neuroterapia. 3a. Reunión Nacional del DIF sobre Rehabilitación, México, 1986. (Conferencia).
- SHONKOFF, J. Plasticidad del Sistema Nervioso Central. 3a. Reunión Nacional del DIF sobre Rehabilitación, México, 1986. (Conf).
- SOLANA, F., CARDIEL, R., y BOLAÑOS, R. Historia de la educación pública en México. México, Ed. Secretaria de Educación Pública y Fondo de Cultura Económica, 1982. Tomo I y II.

- TJOSEN, T. Nuevas tendencias en prevención y estimulación temprana. En 1er. Congreso Nacional sobre Deficiencia Mental. México, - Memorias, SEP-Dirección General de Educación Especial, 1981.
- WECHSLER, D. Escala de inteligencia para los niveles preescolar y primario (WPPSI-Español). México, Ed. Manual Moderno, 1981.

apéndices

DATOS DE NIÑOS QUE SOLICITAN ATENCION PSICOLOGICA

ESTANCIA: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ F. NAC.: _____

SEXO: _____ AREA DE DESARROLLO: _____

PERSONA QUE LO REPORTA: _____

DESCRIPCION DE LA CAUSA DEL REPORTE: _____

INDICACIONES: _____

FECHAS: I _____ II _____ III _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ F. NAC.: _____

SEXO: _____ AREA DE DESARROLLO: _____

PERSONA QUE LO REPORTA: _____

DESCRIPCION DE LA CAUSA DEL REPORTE: _____

INDICACIONES: _____

FECHAS: I _____ II _____ III _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ F. NAC.: _____

SEXO: _____ AREA DE DESARROLLO: _____

PERSONA QUE LO REPORTA: _____

DESCRIPCION DE LA CAUSA DEL REPORTE: _____

INDICACIONES: _____

FECHAS: I _____ II _____ III _____

PSICOLOGO: _____

DELEGACION GUSTAVO A. MADERO
 ESTANCIA INFANTIL DE ATENCION ESPECIAL

SOLICITUD DE ATENCION PSICOLOGICA

DATOS DE LA ESTANCIA INFANTIL.

NOMBRE DE LA ESTANCIA: _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA ATENCION PSICOLOGICA: _____

CARGO: _____

DATOS DEL NIÑO.

NOMBRE: _____ SEXO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD (años y meses): _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SE ENCARGA DIRECTAMENTE DEL NIÑO: _____

AREA DONDE SE LOCALIZA AL NIÑO: _____

FECHA DE INGRESO A LA ESTANCIA: _____

FECHA EN QUE SE TOMARON LOS DATOS: _____

DESCRIPCION DEL MOTIVO DE CONSULTA.

1. EN SU OPINION ¿CUAL ES EL MOTIVO POR EL CUAL EL NIÑO REQUIERE ATENCION PSICOLOGICA? _____

2. ¿DESDE CUANDO PRESENTA ESTA(S) CONDUCTA(S)? _____

3. ¿CON QUE FRECUENCIA Y EN QUE ACTIVIDADES O SITUACIONES PRESENTA ESTA(S) CONDUCTA(S)? _____

4. ¿COMO MANIFIESTA EL NIÑO ESTA(S) CONDUCTA(S)? _____

5. ¿QUE MEDIDAS SE HAN TOMADO AL RESPECTO? _____

6. MENCIONE ALGUNA OTRA INFORMACION QUE CONSIDERE IMPORTANTE: _____

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE REMITE LA SOLICITUD

FECHA: _____

ESTANCIA INFANTIL DE ATENCION ESPECIAL
EVALUACION FONETICA
COMPUESTA

APENDICE C.

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 ESCUELA: _____ FECHA DE NAC.: _____
 EXAMINADOR: _____ FECHA: _____

No.	P.	PALABRAS	I	M	P	CONV/PON.	PRON/PON.
1	(m)	mesa cama					
2	(n)	nariz mano botón					
3	(ñ)	ñoño uña					
4	(p)	pelota cope					
5	(k)	casa boca					
6	(f)	foco café					
7	(y)	llave payaso					
8	(l)	luna bola sol					
9	(t)	taco pato					
10	(ç)	chupón cuchara					
11	(b)	vele bebé					
12	(g)	gato lago					
13	(r)	oreja comer					
14	(rr)	ratón perro					
15	(s)	zapato vaso lápiz					
16	(j)	jabón ojo					
17	(d)	dedo candado red					
18	(bl)	blanco tabla					
19	(pl)	plato sopla					
20	(fl)	flor chifla					
21	(cl)	clavo ancla					
22	(tl)	tlalpan atlas					
23	(br)	brinca libro					
24	(cr)	cruz escribe					
25	(gr)	grande negro					
26	(gl)	globo regla					
27	(fr)	fresa cofre					
28	(pr)	primo compre					
29	(tr)	tren estrella					
30	(dr)	drama padre					
31	(ua)	guente agua					
32	(ue)	huevo tenue					
33	(ie)	pie tiene					
34	(au)	aula juele					
35	(ei)	peine seis					
36	(eo)	león feo					

ERRORES: _____

TOTAL DE Rs. C.: _____ % DE Rs. C.: _____

TOTALES	FON. SIMP.	PORCENTAJE	FON. SIMP.
	SINFONES		SINFONES
	DIPTONGOS		DIPTONGOS

ESTANCIA INFANTIL DE ATENCION ESPECIAL
EVALUACION FONETICA BASICA

NOMBRE: _____ EDAD: _____

ESCUELA: _____ FECHA DE NAC.: _____

EXAMINADOR: _____ FECHA: _____

No.	F.	DIRECTAS					INVERSAS					OBSERVACIONES	
		a	e	i	o	u	a	e	i	o	u		
1	(m)												
2	(n)												
3	(ñ)												
4	(p)												
5	(k)												
6	(f)												
7	(y)												
8	(l)												
9	(t)												
10	(c)												
11	(b)												
12	(g)												
13	(r)												
14	(rr)												
15	(s)												
16	(j)												
17	(d)												
18	(bl)												
19	(nl)												
20	(fl)												
21	(cl)												
22	(tl)												
23	(br)												
24	(cr)												
25	(gr)												
26	(gl)												
27	(fr)												
28	(pr)												
29	(tr)												
30	(dr)												
31	(au)												
32	(oi)												
33	(ie)												
34	(uo)												
35	(eo)												
36	(oa)												
37	(ui)												
T. Rs. C.-V.													
L. Rs. C.-V.													
TOTALES		FON. SIMP.					PORCENTAJE					FON. SIMP.	
		SINRONES										SINRONES	
		DIPYONGOS										DIPYONGOS	

EVALUACION SECUENCIAL DE DESARROLLO CONDUCTUAL

I. REPERTORIOS BASICOS

En caso de duda de la ocurrencia de la conducta se presenta la instrucción dos veces.

1. Atención. Se coloca frente al niño y se le pide que haga las siguientes acciones:
 - a) Orientarse al terapeuta.
 - b) Orientarse a un objeto cercano (tarjeta de color).
 - c) Orientarse a un objeto distante (foco).
 - d) Orientarse a un objeto en movimiento -en el espacio- (lápiz).
 - e) Orientarse a un objeto en movimiento -en el piso- (pelota).

2. Imitación. Se le modelan cada una de las siguientes conductas:
 - a) Levantar ambos brazos hacia arriba.
 - b) Aplaudir.
 - c) Tocarse la oreja derecha con la mano derecha.
 - d) Tocarse la cabeza con la mano derecha.
 - e) Abrir y cerrar ambas manos.

3. Seguimiento de Instrucciones. Se le dan las siguientes reacciones claramente:
 - a) Ven.
 - b) Cierra la puerta.
 - c) Sientate.
 - d) Abre la boca.
 - e) Traeme ese lápiz y ponlo encima de la mesa.

II. LENGUAJE

1. Imitación Vocal (vocales). Se le pide que repita los siguientes fonemas:
 - a) "A".
 - b) "E".
 - c) "I".
 - d) "O".
 - e) "U".

2. Imitación Vocal (ecoicas). Se le pide al niño que repita las sílabas y palabras siguientes:

- | | |
|------------|-------------|
| a) "Pa" | f) "Papá". |
| b) "Ma" | g) "Memo". |
| c) "Mi" | h) "Mesa". |
| d) "Pi". | i) "Leche". |
| e) "Mamá". | j) "Cama". |

3. Identificación Visual (tactos). Se le presentan láminas de los siguientes objetos y se le pide que los nombre:

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| a) Estufa. | d) Vaca. | g) Uvas. |
| b) Televisión. | e) Pez. | h) Piña. |
| c) Cama. | f) Gato. | i) Plátano. |

4. Intraverbales. Se le hacen las siguientes preguntas:

- ¿Cómo te llamas?
- ¿Cómo se llama tú mamá?
- ¿Qué desayunaste?
- ¿Tienes hermanos, cómo se llaman?
- ¿Cuántos años tienes?

5. Repetición de Enunciados. Se le pide al niño que repita lo siguiente:

- Dame pan.
- Quiero agua.
- El gato toma leche.
- La casa esta pintada de azul.
- El arco iris está formado por muchos colores.

6. Descripción de Acciones. Se le presentan al niño las láminas y se le pide que explique que es lo que está sucediendo en las mismas:

- | | |
|------------|------------|
| a) Dormir. | d) Jugar. |
| b) Pelear. | e) Peinar. |
| c) Comer. | f) Bañar. |

7. **Fluidez Verbal.** Se le pide al niño que relate algún suceso:

- a) Platica corta (10 a 20 palabras).

III. MOTORA GRUESA

Se le pide al niño que ejecute las siguientes acciones:

1. Desplazamiento.

- a) Caminar hacia una dirección.
 b) Correr hacia una dirección.
 c) Caminar lateralmente.
 d) Caminar hacia atrás.
 e) Arrastrarse en cierta dirección.
 f) Gatear con manos y rodillas.
 g) Rodar sobre sí mismo.
 h) Caminar de talones.
 i) Subir una escalera sin alternar los pies.
 j) Bajar una escalera sin alternar los pies.
 k) Subir alternando los pies.
 l) Bajar alternando los pies.

2. Equilibrio.

- a) Permanecer de pie con los ojos cerrados.
 b) Caminar con los ojos cerrados.
 c) Saltar desperando ambos pies del suelo.
 d) Caminar hacia adelante en línea recta, juntando el talón de un pie con la punta del otro.
 e) Estar parado en un pie por espacio de 5 segundos.

3. Ejercitación.

- a) Patear una pelota.
 b) Cachar una pelota.
 c) Aventar una pelota.
 d) Cachar un costalito.
 e) Aventar un costalito.
 f) Saltar sobre un obstáculo.

4. Fuerza.

- a) Hacer una sentadilla.
- b) Levantarse con los brazos estando en posición prona.
- c) Acarrear una silla.
- d) Estando en posición supina levantarse y tocarse con las manos las puntas de los pies.
- e) Acarrear un bote que tome con ambas manos.

IV. SOCIALIZACION

Se observará en cada una de las áreas y se evaluará según corresponda.

1. Participación en el Patio.

- a) Mantenerse cerca del grupo.
- b) Coordinar sus actividades con el grupo.
- c) Sigue reglas de juego.
- d) Acata las indicaciones sobre actividades grupales.

2. Participación en Aula.

- a) Seguir indicaciones que se den al grupo en cuanto a disciplina.
- b) Seguir indicaciones grupales en cuanto a actividades.

3. Cooperación.

- a) Coordinarse en las actividades con otros niños.
- b) Compartir material común con sus compañeros.
- c) Participación en rondas y juegos con otros niños.

4. Saludos Sociales.

- a) Responder a un saludo.
- b) Despedirse.
- c) Pedir permiso.

V. ESQUEMA CORPORAL

Se le pedirá que señale tanto en su cuerpo como en láminas, las siguientes partes del cuerpo humano:

1. Señalar en su Rostro.

- | | | |
|-----------|------------|--------------|
| a) Ojos | d) Orejas. | g) Pestañas. |
| b) Boca. | e) Pelo. | h) Dientes. |
| c) Nariz. | f) Cejas. | i) Lengua. |

2. Señalar en un dibujo de un rostro.

- | | | |
|-----------|------------|--------------|
| a) Ojos. | d) Orejas. | g) Pestañas. |
| b) Boca. | e) Pelo. | h) Dientes. |
| c) Nariz. | f) Cejas. | i) Lengua. |

3. Señalar en su Cuerpo.

- | | | | |
|--------------|-------------|------------|-------------|
| a) Cabeza. | e) Brazo | i) Dedos. | m) Espalda. |
| b) Mano. | f) Pierna. | j) Uñas. | |
| c) Pie. | g) Cuello. | k) Codo. | |
| d) Estomago. | h) Rodilla. | l) Hombro. | |

4. Señalar en un dibujo de un Cuerpo.

- | | | | |
|--------------|-------------|------------|-------------|
| a) Cabeza. | e) Brazo. | i) Dedos. | m) Espalda. |
| b) Mano. | f) Pierna. | j) Uñas. | |
| c) Pie. | g) Cuello. | k) Codo. | |
| d) Estomago. | h) Rodilla. | l) Hombro. | |

VI. C. FIGURA FIJA

Se le darán instrucciones o se le modelarán según el caso de la conducta que se pide.

1. Coordinación Ojo-Mano.

- Tomar un lápiz mano a mano.
- Tomar una ficha de una mesa.
- Construir una torre de seis cubos.
- Unir dos puntos sobre una hoja.
- Colorear un círculo de 11 cm de diámetro.

2. Destreza Manual.

- Recortar en cartoncillo una línea recta.
- Recortar en cartoncillo una línea curva.
- Recortar en cartoncillo una línea quebrada.

- d) Destapar un frasco.
- e) Meter fichas en un frasco (10 fichas).
- f) Tapar un frasco.
- g) Ensartar diez trozos de popote en un cordel.

VII. AUTOQUIDADO

1. Lavarse las Manos.

- a) Abrir la llave.
- b) Mojarse.
- c) Tomar el jabón.
- d) Enjabonarse las manos.
- e) Enjuagarse.
- f) Cerrar la llave.
- g) Secarse con la toalla.

2. Desvestirse. Pedirle al niño que se quite:

- a) Suéter.
- b) Zapatos.
- c) Fleyera o Blusa.
- d) Calcetines o Calcetas.

3. Vestirse. Pedirle al niño que se ponga:

- a) Fleyera o blusa.
- b) Calcetines o Calcetas.
- c) Zapatos.
- d) Suéter.

4. Control de Esfinteres.

- a) El niño avisa para ir o para que lo lleven al baño.
- b) El niño evita orinarse en la ropa.
- c) El niño evita defecar en la ropa.
- d) El niño ve solo al baño y sabe conducirse dentro de los sanitarios.

5. Comer.

- a) Mantener una postura adecuada.
- b) Manejar adecuadamente los utensilios.
- c) No derramar líquidos o tirar alimentos.
- d) No ensuciar su ropa con alimentos.

6. Lavarse los Dientes.

- a) Tomar el cepillo.
- b) Aplicar el dentrífico.
- c) Lavarse la dentadura.
- d) Enjugarse.
- e) Secarse con la toalla.

VIII. CONCEPTOS ESPACIO-TEMPORALES

1. Arriba-Abajo. Se le dice al niño:

- a) Pón el lápiz arriba del cuaderno.
- b) ¿Dónde está la tarjeta? (Después de haberla colocado bajo la caja).
- c) ¿Dónde está la figura arriba o abajo? (Después de haber colocado la figura geométrica arriba de la caja).
- d) Se le presenta la lámina correspondiente y se le pide que señale la caja que está abajo.

2. Grande-Chico.

- a) Se le muestran dos pelotas y se le pregunta ¿Cuál es la pelota grande? (La pelota grande se coloca del lado derecho).
- b) Se le presentan dos cuadrados y se le indica que tome el chico. (El chico se coloca del lado izquierdo).
- c) Se le presentan dos sillas y se le pide que se siente en la silla grande. (La silla grande se coloca del lado izquierdo).
- d) Se le presenta la lámina con este concepto y se le indica que señale el frasco chico.

3. Dentro-Fuera.

- a) Se coloca un lápiz dentro de la caja y se le pregunta ¿Dónde está el lápiz?

- b) Se le presenta la lámina correspondiente y se le pide que señale cuales son las cosas que están fuera.
- c) Se le da al niño una ficha y se le dice que la coloque dentro de la caja.
- d) Se le da una figura geométrica y se le indica que la coloque fuera de la caja.

4. Izquierda-Derecha.

- a) Se le pregunta (para que señale) ¿Cuál es tu mano izquierda?
- b) Se le dice ¿Tapate tu ojo que está del lado derecho?
- c) Se le presenta una lámina y se le pide que señale cual es el objeto que está del lado izquierdo.
- d) Se colocan dos fichas (una del lado derecho del niño y otra del izquierdo) y se le pide que tome la que está del lado derecho.

IX. DISCRIMINACION DE FORMAS

1. Reconocimiento. Se le presentan cada una de las figuras y se le pide que nos indique como se llama cada una. Se le presentan en el siguiente orden:

a) Triángulo.	c) Círculo.
b) Rectángulo.	d) Cuadrado.
2. Selección. Se le presentan todas las figuras y se le pide que nos dé un:

a) Triángulo.	c) Círculo.
b) Rectángulo.	d) Cuadrado.
3. Agrupamiento. Se le presentan las figuras geométricas de colores (azul, blanco, amarillo, rosa y verde) y se le pide que las agrupe en:

a) Triángulos.	c) Círculos.
b) Rectángulos.	d) Cuadrados.
4. Copia. Se le proporciona una hoja doblada en cuatro y se le pide que en cada espacio copie las figuras, se le presentarán en el siguiente orden:

a) Triángulo.	c) Círculo.
b) Rectángulo.	d) Cuadrado.

X. DISCRIMINACION DE COLORES

- 1. Reconocimiento.** Se le van presentando las tarjetas una a una y se le dice al niño "Dime de que color es ésta". Se le presentan en el siguiente orden:

a) Roja.	e) Café.	i) Gris.
b) Azul.	f) Blanca.	j) Morada.
c) Verde.	g) Negra.	k) Rosa.
d) Amarilla.	h) Anaranjada.	
- 2. Reconocimiento en Objetos.** Se le presenta la lámina de figuras con los diferentes colores evaluados y se le pide que indique de que color es cada objeto. Se seguirá el orden siguiente:

a) Rojo.	e) Café.	i) Gris.
b) Azul.	f) Blanco.	j) Morado.
c) Verde.	g) Negro.	k) Rosa.
d) Amarillo.	h) Anaranjado.	
- 3. Agrupamiento.** Se le dan tres tarjetas de cada uno de los colores evaluados, se colocan sin un orden establecido y se le dice: "Agrupa o junta todas a uellas que sean iguales". Así las tarjetas van a ser agrupadas en:

a) Rojas.	e) Cafeses.	i) Grises.
b) Azules.	f) Blancas.	j) Moradas.
c) Verdes.	g) Negras.	k) Rosas.
d) Amarillas.	h) Anaranjadas.	
- 4. Selección.** Se colocan 22 tarjetas (dos de cada color) frente al niño y se le van pidiendo una a una enseñándole una muestra. De esta forma se le indica: "Deme una de éstas". Se le pedirán en el siguiente orden:

a) Roja.	e) Café.	i) Gris.
b) Azul.	f) Blanca.	j) Morada.
c) Verde.	g) Negra.	k) Rosa.
d) Amarilla.	h) Anaranjada.	

XI. DISCRIMINACION DE NUMEROS

1. Reconocimiento. Se le van presentando tarjetas con los números del 1 al 10 y se le pide que los vaya nombrando. El orden de presentación será el siguiente:

a) 6.	b) 2.	c) 9.	d) 1.	e) 4.
f) 3.	g) 10.	h) 7.	i) 5.	j) 8.
2. Copia de Números. Se le da una hoja al niño y se le pide que en ella copie los números que se le van presentando uno a uno en el siguiente orden:

a) 6.	b) 2.	c) 9.	d) 1.	e) 4.
f) 3.	g) 10.	h) 7.	i) 5.	j) 8.
3. Agrupamiento. Se le dará una hoja que contiene dos bloques de los números evaluados y se le pedirá que una con una línea los números que sean iguales.
4. Enumerar y Contar. Se le pide al niño que nos cuente de uno en uno:
 - a) Hasta el número diez.
 - b) Utilizando sus dedos de la mano y dándole un valor a cada dedo. (Hasta el diez).

XII. DISCRIMINACION DE LETRAS (VOCALES).

1. Reconocimiento. Se le presentan al niño las tarjetas con las vocales y se le dice: "Dime que letra es ésta". Se le presentan en el siguiente orden:

a) E.	b) I.	c) U.	d) A.	e) O.
-------	-------	-------	-------	-------
2. Copia de Letras. Se le da una hoja al niño y se le pide que vaya copiando las letras que se van presentando en el siguiente orden:

a) E.	b) I.	c) U.	d) A.	e) O.
-------	-------	-------	-------	-------
3. Igualación. Se le da una hoja que contiene dos bloques de letras y se le pide que una con una línea las letras que sean iguales.

DELEGACION GUSTAVO A. MADERO
 ESTANCIA INFANTIL DE ATENCION ESPECIAL
 HOJA DE REGISTRO

NOMBRE: _____ EDAD: _____ P. NAC.: _____
 ESTANCIA: _____ P. DE APLICACION: _____

I. REPERTORIOS BASICOS

1. A ()	2. A ()	3. A ()
B ()	B ()	B ()
C ()	C ()	C ()
D ()	D ()	D ()
E ()	E ()	E ()
%()	%()	%()

II. LENGUAJE

1. A ()	2. A ()	F ()	3. A ()	P ()
B ()	B ()	G ()	B ()	G ()
C ()	C ()	H ()	C ()	H ()
D ()	D ()	I ()	D ()	I ()
E ()	E ()	J ()	E ()	
%()	%()	%()	%()	

III. MOTORA GRUESA

4. A ()	5. A ()	6. A ()	7. A ()	1. A ()	G ()	2. A ()	3. A ()
B ()	B ()	B ()		B ()	H ()	B ()	B ()
C ()	C ()	C ()		C ()	I ()	C ()	C ()
D ()	D ()	D ()		D ()	J ()	D ()	D ()
E ()	E ()	E ()		E ()	K ()	E ()	E ()
%()	%()	%()	%()	F ()	L ()	%()	%()
							F ()

IV. SOCIALIZACION

4. A ()	1. A ()	2. A ()	3. A ()	4. A ()
B ()	B ()	B ()	B ()	B ()
C ()	C ()		C ()	C ()
D ()	D ()			
E ()				
%()	%()	%()	%()	%()

V. ESQUEMA COORPORAL

1. A ()	P ()
B ()	G ()
C ()	H ()
D ()	I ()
E ()	
%()	

VI. MOTORA FINA

2. A ()	F ()	3. A ()	F ()	K ()	4. A ()	P ()	K ()	1. A ()	2. A ()
B ()	G ()	B ()	G ()	L ()	B ()	G ()	L ()	B ()	B ()
C ()	H ()	C ()	H ()	M ()	C ()	H ()	M ()	C ()	C ()
D ()	I ()	D ()	I ()		D ()	I ()		D ()	D ()
E ()		E ()	J ()		E ()	J ()		E ()	E ()
%()		%()			%()			%()	%()
									F ()
									G ()

VII. AUTOCUIDADO

1. A ()	E ()	2. A ()	3. A ()	4. A ()	5. A ()	6. A ()	E ()
B ()	F ()	B ()	B ()	B ()	B ()	B ()	B ()
C ()	G ()	C ()	C ()	C ()	C ()	C ()	C ()
D ()		D ()	D ()	D ()	D ()	D ()	D ()
%()		%()	%()	%()	%()	%()	%()

VIII. CONCEPTOS ESPACIO-TEMPORALES

1. A ()	2. A ()	3. A ()	4. A ()
B ()	B ()	B ()	B ()
C ()	C ()	C ()	C ()
D ()	D ()	D ()	D ()
%()	%()	%()	%()

IX. DISC. DE FORMAS

1. A ()	2. A ()
B ()	B ()
C ()	C ()
D ()	D ()
%()	%()

X. DISC. DE COLORES

- | | | | | |
|----------|----------|----------------|----------------|----------------|
| 3. A () | 4. A () | 1. A () G () | 2. A () G () | 3. A () G () |
| B () | B () | B () H () | B () H () | B () H () |
| C () | C () | C () I () | C () I () | C () I () |
| D () | D () | D () J () | D () J () | D () J () |
| | | E () K () | E () K () | E () K () |
| | | F () | F () | F () |
| % () | % () | % () | % () | % () |

XI. DISC. DE NUMEROS

- | | | | | |
|----------------|----------------|----------------|----------------|----------|
| 4. A () G () | 1. A () F () | 2. A () F () | 3. A () F () | 4. A () |
| B () H () | B () G () | B () G () | B () G () | B () |
| C () I () | C () H () | C () H () | C () H () | |
| D () J () | D () I () | D () I () | D () I () | |
| E () K () | E () J () | E () J () | E () J () | |
| F () | | | | |
| % () | % () | % () | % () | % () |

XII. DISC. DE LETRAS

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. A () | 2. A () | 3. A () |
| B () | B () | B () |
| C () | C () | C () |
| D () | D () | D () |
| E () | E () | E () |
| % () | % () | % () |

OBSERVACIONES: _____

UNIDAD DE PROMOCION SOCIAL VOLUNTARIA Y ESTANCIAS INFANTILES

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA DEL DESARROLLO

Estancia Infantil: _____ No. de Exp: _____

Fecha de primer ingreso: _____ Area de desarrollo: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: _____ Sexo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Fecha en que se tomaron los datos: _____

Nombre del infante: _____ Parentesco: _____

MOTIVO DE CONSULTA

DATOS DE LOS PADRES

Madre: _____ Edad: _____

Dirección particular: _____ Tel: _____

Ocupación: _____ Escolaridad: _____

Domicilio del trabajo: _____ Tel: _____

Padre: _____ Edad: _____

Dirección particular: _____ Tel: _____

Ocupación: _____ Escolaridad: _____

Domicilio del trabajo: _____ Tel: _____

CONFIDENCIAL F MILLER

Nombre, parentesco y edad de las personas que conviven con el niño.

Nombre	Parentesco	Edad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Observaciones: _____

EMBARAZO

Fue un embarazo planeado? _____

Cómo reaccionó la madre ante la noticia del embarazo? _____

Cómo reaccionó el padre ante la noticia del embarazo de su esposa? _____

La situación familiar era: Estable () Inestable () _____

Tenían preferencia por algún sexo? _____

Se presentaron complicaciones durante el embarazo? Si () No ()

Cuáles? _____

Cómo se sintió en el período de embarazo? _____

Embarazo a término? _____

Observaciones: _____

PARTO

Características del parto (anestesia, tipo de parto, etc)? _____

Qué impresión tuvo la madre de su parto? _____

Observaciones: _____

NACIMIENTO

Características del niño al nacer(peso, talla, etc.)? _____

Cuál fue el comportamiento del padre a la llegada del niño? _____

Qué reacción tuvieron los hermanos ante el nacimiento del niño? _____

Qué tipo de reacción mantuvo la madre durante las primeras semanas -
después del nacimiento con el niño? _____

Observaciones: _____

ALIMENTACION

Se alimentó el niño con pecho o biberón? Y por qué? _____

Succionaba bien? _____ Succionaba con fuerza? _____

Presentó náuseas o vómitos por la alimentación? _____

Por cuánto tiempo se alimentó con pecho o biberón? _____

Cómo reaccionó el niño al destete? _____

Cuál y cómo fue la alimentación posterior? _____

Cómo reaccionó a nata? _____

Cuál es el alimento que le gusta? _____

Qué tipo de alimento rechaza? _____

De qué consistencia? _____

Cómo demuestra este rechazo? _____

Ha habido dificultades en la alimentación en los últimos años? _____

Cuales (Por náuseas, vómitos, alergias, rechazo al alimento, etc.)? _____

Qué hacen ustedes cuando el niño no quiere comer? _____

Cómo reacciona el niño a esta actitud? _____

Cómo es su apetito en la actualidad? _____

Observaciones: _____

DESARROLLO MOTOR

A qué edad logró sostener la cabeza? _____

A qué edad se volteó sólo? _____

A qué edad se sentó con ayuda? _____ Y sólo? _____

Gateó? _____ A qué edad gateó? _____

A qué edad logró ponerse de pie? _____

A qué edad caminó con ayuda? _____

A qué edad caminó sólo? _____

Se tropieza o cae con frecuencia? _____

Cómo son sus movimientos en general? _____

Corre sin dificultad? _____

Cómo sube y baja las escaleras? _____

Brinca con los dos pies? _____

Se puede parar en un sólo pie? _____

Puede patear una pelota? _____

Qué pie utiliza para esto? _____

Qué mano utiliza para dibujar o comer? _____

Coopera para vestirse y desvestirse? _____

Come sin ayuda, de qué manera? _____

Cuáles son sus actividades físicas preferidas? _____

Tiene hábitos estereotipados como chuparse el dedo, morderse las uñas, mojar la cama? _____

Cómo reaccionan los padres ante estas conductas? _____

Observaciones: _____

CONTROL DE ESFINTERES

Cuándo y cómo se empezó a enseñarle el uso del retrete? _____

Qué método utilizaron para este entrenamiento? _____

A qué edad estuvo completamente educado? _____

Fue muy difícil educarlo? _____

Cómo reaccionó el niño durante este entrenamiento? _____

Presenta enuresis o encopresis? _____

Con qué frecuencia? _____

Qué actividades o medidas familiares se han tomado al respecto? _____

Cómo reacciona el niño a esta actitud? _____

Observaciones: _____

DESARROLLO DEL LENGUAJE

Fue callado en sus primeros meses o emitió sonidos frecuentemente? _____

A qué edad pronunció monosílabos? _____

Presenta algún problema de audición? _____ Cuál? _____

Recibió algún tratamiento? _____

A qué edad empleó palabras con significado claramente definido, cuantas y cuáles? _____

A qué edad se hace entender con palabras? _____

Habla consigo mismo? _____

Entiende el niño todo lo que se le dice? _____

Se entiende bien lo que dice? _____

Tiene dificultad para pronunciar algunas letras? SI () NO ()

Cuáles son éstas? _____

Tiene otros problemas de lenguaje? _____

A recibido atención especializada de lenguaje? _____

De que tipo? _____ Existe algún diagnóstico? _____

Qué han hecho los padres al respecto? _____

Observaciones: _____

SUEÑO

Cuántas horas duerme al día actualmente? _____

El sueño es continuo o interrumpido? _____

¿Ha dormido? _____ ?Despierta exitado? _____

¿Dice tener pesadillas? _____ Con que frecuencia? _____

Presenta resistencia para irse a la cama? _____

Qué tipo de conducta presenta al ir a la cama? _____

Duerme sólo? _____ Duerme acompañado? _____

Comparte la misma cama? SI () NO ()

CO: quién? _____

Se pasa en la noche a la cama de sus padres? _____

Qué hacen los padres ante esto? _____

Tiene miedo de dormir sólo? _____

Tiene miedo de ir sólo algún lugar de la casa? _____

Explique cómo expresa este miedo: _____

Le tiene miedo a alguna cosa en especial? _____

Cómo reaccionan los padres ante esto? _____

Observaciones: _____

DESARROLLO SEXUAL

A qué edad se dio cuenta de la diferencia entre los niños y las niñas?

Cuando y cómo mostro curiosidad por el origen de los niños? _____

Cómo respondieron los padres a esta curiosidad? _____

Han notado si el menor se toca frecuentemente los órganos genitales?

Que han hecho al respecto? _____

Observaciones: _____

JUEGO

Qué juegos preferidos ha tenido en las diferentes edades? _____

Qué juguetes le llaman la atención en la actualidad? _____

A qué juega? _____

Qué cosas o actividades le interesan? _____

Juega sólo o con otros niños? _____

QUIENES? _____

Cómo reacciona cuando gana o pierde en el juego? _____

Le gustan los animales? _____

Cómo trata a los animales? _____

Qué hace su hijo en las tardes _____

Quién lo cuida? _____

Ve la televisión? Nunca () A Veces () Frecuentemente ()

Cuántas horas al día? _____

Qué programa prefiere? _____

Le gustan los juegos mecánicos (feria, columpio, resvaladilla, etc? _____

Observaciones: _____

DESARROLLO AFECTIVO-SOCIAL

Describe brevemente el carácter del menor? _____

Cómo responde cuando sus padres se acercan y/o lo abrazan? _____

Y cuándo otras personas se acercan? _____

Cómo expresa sus sentimientos (enojo, alegría, etc.)? _____

Cómo reacciona frente a personas extrañas? _____

Cómo reacciona ante una situación nueva? _____

Tiene el niño algún problema específico que les preocupe? _____

Imita el niño a algún miembro de la familia? _____ ¿Quién? _____

¿Qué miembro de la familia se parece más su hijo? _____

Observaciones: _____

RELACIONES

Cómo se relaciona el niño con la madre? _____

Cómo se relaciona el niño con el padre? _____

¿Cuánto tiempo pasan ustedes juntos con el niño? _____

Cómo se relaciona el niño con los hermanos? _____

¿Qué actividades participa la familia? _____

Cómo participa el niño en estas actividades? _____

Convive el niño con otros niños? _____ De que manera? _____

Que persona se relaciona con el niño más cercanamente? _____

En qué actividades? _____

En qué tipo de actividades se relaciona con otras personas? _____

Cómo ha sido la relación de los padres entre sí? _____

Observaciones: _____

DISCIPLINA

Quién corrige habitualmente al niño? _____

Cómo corrigen al niño? _____

Cómo reacciona el niño ante esto? _____

Cómo logran que el niño los obedezca? _____

Cómo reacciona el niño cuando se le niega algo? _____

Con que frecuencia hace berrinches? _____

Cómo los hace? _____

Generalmente por que motivo los hace? _____

Cómo reaccionan los padres ante esto? _____

Observaciones: _____

HISTORIA ESCOLAR

A que edad se llevó por primera vez a una institución escolar? _____

Cómo reaccionó? _____

Describir brevemente su desarrollo escolar:

Ha recibido alguna observación del personal de la Estancia Infantil?

De qué tipo?

Qué actividad se tomó al respecto?

Cómo se relaciona con sus compañeros?

Cómo se relaciona con su asistente educativa?

Observaciones:

EVENTOS SIGNIFICATIVOS

Ha sufrido algún accidente el niño?

Cómo reaccionó a ello?

Ha estado separado de su madre y por qué razón?

Ha estado separado de su padre y por qué razón?

Cómo ha reaccionado el niño a esta situación?

Se ha muerto o alejado del niño alguna persona que haya convivido cercanamente a él?

Se han separado los padres o lo están haciendo?

Cómo reaccionó el niño a esta situación?

Observaciones: _____

SALUD

Cón qué servicios médicos cuenta el niño? _____

Qué enfermedades ha sufrido el menor y a que edades? _____

Qué tratamiento se le dio a estas enfermedades? _____

Ha sido afectado su salud notoriamente? _____

Emocionalmente como afecto al niño? _____

_____ y a la familia? _____

Ha estado alguna vez hospitalizado? _____ Dónde? _____

_____ Cuándo? _____ Por qué _____

_____ y cuanto tiempo? _____

QUé se le dijo al menor acerca de qué iba a ser hospitalizado? _____

Qué tipo de atención dental ha recibido? _____

Al niño se le ha practicado algún estudio especializado? _____

Cuáles y cuando? _____

Existe algún diagnóstico como resultado de estas pruebas? _____

El niño recibe actualmente atención especializada? _____

Cuál? _____

Por qué razón? _____

Desde cuándo? _____ En qué institución? _____

Qué resultados ha observado? _____

Ha recibido asesoría de cómo tratar a su niño? _____ Cuál? _____

Tomó o está tomando medicamentos el niño para resolver su problema? _____

Cuáles? _____

Dosis: _____

Observaciones: _____

IMPRESION DE LA ENTREVISTA:

Entrevista efectuada por:

FECHA: _____

DELEGACION GUSTAVO A. MADERO
 ESTANCIA INFANTIL DE ATENCION ESPECIAL

RESUMEN DE OBSERVACIONES REALIZADAS POR LA ASISTENTE EDUCATIVA AL NIÑO CANALIZADO A PERIODO DE EVALUACION DIAGNOSTICA.

NOMBRE DEL NIÑO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

AREA DE DESARROLLO: _____

ASISTENTE EDUCATIVA: _____

PERIODO DE: _____ A _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

COMO REACCIONA EL NIÑO AL LLEGAR A LA ESTANCIA: _____

COMO REACCIONA EL NIÑO AL SALIR DE LA ESTANCIA: _____

COMO SE DESENVOLVIO DENTRO DE LA ESTANCIA: _____

COMO SE RELACIONA CON SUS COMPAÑEROS: _____

COMO SE RELACIONA CON SU ASISTENTE: _____

CUAL ES SU COMPORTAMIENTO DURANTE LOS DESAYUNOS Y COMIDAS: _____

TIENE ALGUN PROBLEMA EN SU CONTROL DE ESFINTERES: _____

COMO SE DESEMPEÑA EN LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA CORRESPONDIENTE A LAS SIGUIENTES AREAS:

AFECTIVO SOCIAL: _____

COGNOSCITIVA: _____

PSICOMOTRIZ: _____

LENGUAJE: _____

COMO SE DESENVUELVE EL NIÑO EN ACTIVIDADES LIBRES: _____

COMO SE COMPORTA EL NIÑO EN LA HORA DE LA SIESTA: _____

QUE HABILIDADES LE OBSERVO PARTICULARMENTE BIEN DESARROLLADAS: _____

QUE INHABILIDADES OBSERVO USTED EN EL NIÑO: _____

EXISTE ALGO QUE LE RECONOSCA AL NIÑO COMO PROBLEMA: _____
DESCRIBA: _____

OBSERVACIONES: _____

FECHA: _____

ASISTENTE EDUCATIVA: _____

FIRMA: _____

OBJETIVO GENERAL: Favorecer el desarrollo psicológico del niño, de modo que incremente al máximo sus potencialidades brindándole un ambiente adecuado en el que se propicien las relaciones afectivas y a su vez la adquisición de conductas motrices y habilidad cognitiva.

OBJETIVOS PARTICULARES

1. Crear medidas preventivas y establecer las condiciones que propicien un sano desarrollo físico, afectivo-social y cognitivo.

Funciones Específicas:

- Realizar entrevista inicial con los padres de familia para conocer las características psicológicas del niño cuando ingresa a las Estancias Infantiles.
- Integrar al expediente general del niño los resultados de la evaluación psicológica.
- Favorecer el sano desarrollo psicológico del niño mediante la creación de las medidas de prevención convenientes.
- Capacitar al personal de las E.I. en el conocimiento del proceso de desarrollo del niño y el manejo adecuado del mismo dentro del centro.
- Realizar pláticas con los padres de familia que acuden a la E.I. acerca de los aspectos del desarrollo y las necesidades psicológicas del niño.
- Implementar programas que promuevan y fomenten las buenas relaciones interpersonales en las E.I. para establecer un ambiente armónico de cordialidad y confianza para los niños.

- Diseñar material didáctico de acuerdo a las necesidades psicológicas y el proceso de desarrollo del niño.
- Promover y propiciar en coordinación con el equipo multidisciplinario la capacitación y actualización constante del personal.

2. Evaluar el desarrollo psicológico del niño y su evolución conductual para determinar el nivel en que se encuentra e identificar oportunamente a aquellos que presente alguna alteración.

Funciones Específicas:

- Realizar periódicamente observaciones del desenvolvimiento del niño, así como de su evolución en las diferentes áreas que comprendan las E.I.
- Aplicar pruebas psicológicas para determinar el grado de desarrollo del niño en sus aspectos físico, afectivo, social y cognitivo.
- Diseñar sistemas de evaluación que permitan identificar oportunamente a los niños que presentan alguna alteración en su desarrollo.
- Detectar mediante valoraciones a aquellos niños que presenten problemas o déficits conductuales que dificulten su rendimiento académico y/o su relación emocional-afectiva.
- Orientar al personal para que pueda detectar oportunamente problemas psicológicos o de desarrollo en los niños que tienen a su cargo.
- Entrevistar a los padres del niño en el que se identifique algún problema, esto es para recavar información que permita un mayor conocimiento del caso.

- Realizar censos de la población de E.I. para conocer sus necesidades, así como la frecuencia de los casos que necesiten atención psicológica.
 - Unificar criterios a través del trabajo multidisciplinario para el diagnóstico presuntivo.
3. Proporcionar la atención psicológica necesaria a los niños que presenten alguna alteración en su desarrollo.

Funciones Específicas:

- Abrir un expediente clínico psicológico para cada uno de los casos atendidos por la Estancia Infantil de Atención Integral.
- Decidir cuales casos puede el psicólogo atender en su E.I. de adscripción y cuales deben de ser canalizados a la E.I.A.I., tomando en cuenta las características del problema que presente.
- Aplicar pruebas psicológicas, efectuar observaciones, entrevistas y valoraciones específicas al caso con fines diagnósticos.
- Aplicar el tratamiento adecuado a cada caso que se presente en base al diagnóstico integral.
- Asesorar particular y continuamente a los padres de familia sobre técnicas y métodos para tratar al niño con alteraciones psicológicas.
- Asesorar al personal en el manejo adecuado del niño que presenta alguna alteración.
- Llevar un seguimiento del trabajo realizado con el niño mediante observaciones, evaluaciones y entrevistas realizadas tanto al personal como a los padres de familia.

- Desarrollar material psicoterapéutico, sistemas de tratamiento y valoraciones adecuados a la población que se atiende con el fin de optimizar el servicio psicológico.
- Orientar e informar a los padres respecto a las instituciones o clínicas que presten el servicio que el niño requiere.
- Canalizar a los niños que han sido atendidos en la E.I.A.I., al lugar adecuado, según su problemática específica para continuar su tratamiento.

DELEGACION GUSTAVO A. MADERO
ESTANCIA INFANTIL DE ATENCION ESPECIAL

"LA EDUCACION ESPECIAL"
(MATERIAL DE APOYO PARA EL ASESORAMIENTO A PADRES)

PSIC. JAVIER GARCIA.

ABRIL 1986.

ESTANCIA INFANTIL DE ATENCION ESPECIAL

DELEGACION GUSTAVO A. MADERO

I. EL RETARDO EN EL DESARROLLO

Comunmente se ha hablado de retardo mental o deficiencia mental para referirse a niños que tienen "problemas de conducta", sin embargo, últimamente se ha observado que el utilizar este tipo de terminos no ayuda en nada a las personas que tienen problemas, sino por el contrario les afecta más. Es por esto que consideramos que si se quiere referir a estos niños, se hará diciendo que tienen "Retardo en el Desarrollo", con esto queremos señalar que el niño no ha alcanzado un desarrollo total en todos sus aspectos y que se encuentra desaventajado en comparación con otros niños.

Causas que lo Provocan

Como se ha observado a lo largo del estudio del retardo en el desarrollo, son muchos los factores que pueden provocarlo e influir determinantemente en su aparición. Estos factores los podemos agrupar en:

- 1°. Determinantes Biológicos del Pasado. En estos se incluyen:
 - Factores hereditarios como estatura, cromosomas, pigmentación, etc.
 - Factores prenatales (antes del nacimiento), drogas que haya ingerido la madre, temperatura del medio materno, alimentación, etc.
 - Factores perinatales (en el momento del parto), condiciones del parto, utilización de Forceps, dificultades para respirar, etc.

Con todo esto queremos decir que todo aquello que afecte la estructura del organismo del niño, puede influir en que se tenga un retardo en el desarrollo.

- 2°. Determinantes Biológicos Actuales. Estos abarcan una gran cantidad de aspectos como:

- La desnutrición, enfermedades transitorias, ingestión de drogas, altas temperaturas, etc.

Es bien sabido que en la mayoría de los niños con retardo en el desarrollo, se puede observar un determinante biológico previo en forma de lesión o disfunción orgánica. Es por esto que es muy importante averiguar todo lo que afectó orgánicamente al niño.

3^o. Las Relaciones que ha tenido con el Medio. En estos factores encontramos a la forma en que el niño ha sido reforzado o recompensado:

- El que se halla reforzado conductas indeseables (lloriqueo, berrinches, agresividad, etc.).
- El que se le halla aplicado excesiva estimulación aversiva (golpes, regaños, indiferencia, etc.).

Así podemos señalar, que un niño que tiene una deficiencia conductual es debido a que no ha sido estimulado lo suficiente tanto en calidad como en cantidad.

4^o. Condiciones Ambientales Actuales. Estas son las que están presentes en el momento en que se hace la observación del "problema" del niño. Aquí podemos observar que frecuentemente hay un reflejo de la conducta del niño por parte de los padres; problemas familiares de pareja, de salud, etc.

Las condiciones en que se desenvuelve el niño actualmente son las que determinan este cuarto factor.

II. COMO ENSEÑAR CONDUCTAS

Por Medio del Reforzamiento

Se entiende por reforzamiento al procedimiento mediante el cual se administra una consecuencia tan pronto de dé una conducta. La caracte-rístico particular del reforzamiento, es el hecho de que produce consistientemente un aumento en la probabilidad de presentación de la conducta; es decir, hace más factible o posible que una determinada conducta se presente con mayor frecuencia en lo futuro.



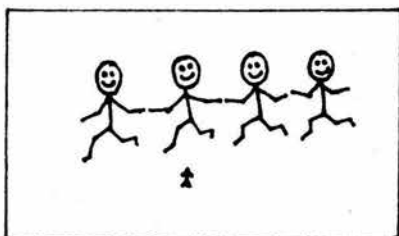
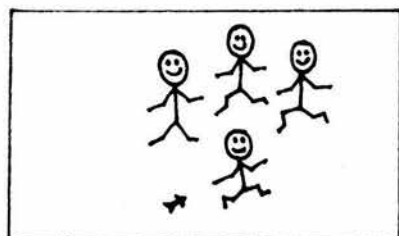
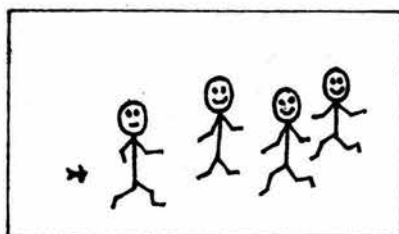
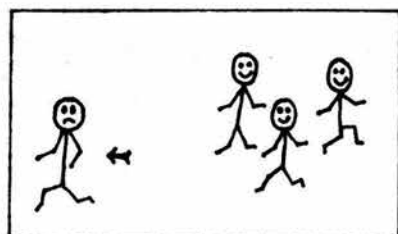
EJEMPLO

DARLE A LA NIÑA UNA TAZA DE TEE PROPIO
COMO SUELE HACERLE EN EL RECIBIERO
SIN MENCIONARLE QUE PEDIA QUE SACARLO.
BAJO PARA QUE EN EL FUTURO S. P. D. A. L. O.
QUELQUE SIN ESTARLE DICHIENDO CONSULTE
DEBE QUE LO HAGA.

Por Medio del Moldeamiento.

Para llevar a cabo este procedimiento se debe tener muy en cuenta la conducta que se quiere establecer. Según esto, se debe ir reforzando la conducta más parecida a la que se quiere obtener, esto es gradualmente hasta que al final consigamos la conducta deseada.

Un ejemplo de esto es cuando por medio del moldeamiento se integra a su grupo escolar a un niño que comunmente se aislaba.



LO PRIMERO QUE SE HARIA ES REFORZAR CUALQUIER MOVIMIENTO QUE HAGA EL NIÑO DE ACERCARSE A EL GRUPO. EL SIGUIENTE PASO SERIA REFORZARLO SOLO CUANDO SE ACERQUE A UNA DETERMINADA DISTANCIA (un metro), Y NO REFORZARLO CUANDO SE ALEJE. POSTERIORMENTE SOLO SE LE REFORZARA CUANDO HAGA CONTACTO FISICO CON ALGUN NIÑO (que lo toque). DE ESTA MANERA LOGRAREMOS LO QUE SE BUSCABA DESDE UN PRINCIPIO: "que el niño se integrara al grupo".

Por Imitación.

Este es un procedimiento mediante el cual se consigue adquirir nuevas conductas, además de que se puede utilizar con aquellos niños que poseen un mínimo de conductas. Entenderemos por conducta imitativa a aquella que sea inmediata y semejante a la presentada por el modelo.

EJEMPLO

CUANDO LE PEDIMOS AL NIÑO QUE LE VANTE EL BRAZO, SI LO HACE INMEDIATAMENTE Y SEMEJANTE AL MODELO (A NOSOTROS QUE LE ENSEÑAMOS), SE PUEDE DECIR QUE EL NIÑO SI IMITA.



III. COMO MANTENER CONDUCTAS

Por medio de Reforzamiento Intermitente.

Es un procedimiento como su nombre lo indica, que consiste en presentar el reforzador de manera discontinua o sea que no se refuerzan todas y cada una de las respuestas del niño, sino solamente algunas de ellas. Esto hace que la conducta del niño sea más duradera y si es el caso se presente con mayor frecuencia. El paso de reforzamiento continuo a intermitente debe ser gradual, ya que esto permitirá que se obtengan mejores resultados.

EJEMPLO

QUANDO QUEREMOS QUE UN NIÑO VOCALISE ESPONTANEAMENTE (O SEA SE LE OIGA QUE HABLE) EN EL SALÓN DE CLASES, PRIMERO LE REFORZAMOS CADA VOCALIZACIÓN QUE EMITA ENFORTINEMENTE, DESPUÉS CADA DOS, CADA CUATRO, Y DESPUÉS CADA CINCO, HASTA QUE SÍETE SE DECIR INTERMITENTEMENTE O EN FORMA DISCONTINUA.

Por Control de Estímulos.

Lo importante tener un estrecho control sobre los estímulos que se le presentan al niño, con el fin de obtener mejores resultados en las respuestas esperadas. Estímulo es el objeto o hecho que antecede a la conducta. Estos estímulos no provocan la respuesta o la conducta, sino que llevan una estrecha relación. Lo por el hecho de que siempre están presentes cuando se emite una conducta.

EJEMPLO

QUEREMOS QUE ESPERE ESPERANDO A UN NIÑO A APRENDER EL SIGNIFICADO DE LA PALABRA "PELOTA". PARA VER QUE EL NIÑO PUEDA DECIR "PELOTA" EL NIÑO LE MUESTRA QUE LE MUESTRA, LE MUESTRA UNA PELOTA REAL Y SE LE OIGA AL NIÑO QUE ESA ES UNA "PELOTA". SE LE MUESTRA LA PALABRA "PELOTA", DE MANERA QUE ASOCIAR EL NIÑO ASOCIAR "PELOTA" CON LA PRESENCIA DEL OBJETO PELOTA. CADA VEZ QUE ELLO OCURRA LO REFORZAMOS DE MANERA QUE EL OBJETO PELOTA SE CONVIERTA EN ESTÍMULO DISCRIMINATIVO ANTE EL CUAL EL NIÑO DIRA "PELOTA".

Por Reforzadores Condicionados.

Trataremos de explicar este procedimiento por medio de un ejemplo sencillo: estamos trabajando con un niño para el cual las palabras "muy bien" carecen de "significado" alguno, y nos proponemos crearle nuevos reforzadores verbales; es decir que desde ese momento en adelante se le pueda reforzar con palabras. Para ello implementamos el siguiente procedimiento: Primero disponemos de un reforzador poderoso que le llamamos incondicionado (es decir que no tiene que ser entrenado), que puede ser el desayuno del niño. Entonces, antes de cada porción de alimento que le demos, decimos "muy bien" o cualquier otra expresión que deseemos establecer como reforzador incondicionado. Este procedimiento lo podemos prolongar una, dos y tres o más semanas hasta asegurarnos que ahora podemos usar las palabras "muy bien" para reforzar cualquier otra conducta del niño.



ASÍ OBSERVAMOS, QUE SI ANTES LAS PALABRAS "MUY BIEN" NO CAUSABAN EFECTO EN EL NIÑO, AHORA LE PODEMOS LOGRAR LO MISMO CON UNA PORCIÓN DE COMIDA (QUE COMO LAS SIMPLES PALABRAS "MUY BIEN", DE ESTA MANERA OBSERVAMOS QUE UNA PALABRA QUE ERA NEUTRAL AHORA SE VA REFORZADOR CONDICIONADO.

Por Encadenamiento.

Muchas de las conductas que se quieren establecer con algunos niños son relativamente complejas (difíciles), por lo cual es necesario dividirlos en pequeños pasos para poder entrenarlas. De esta forma, al final al unir estos pequeños pasos se va encadenando una conducta con otra hasta conseguir la conducta compleja, que era la meta inicial. Es por medio del encadenamiento de conductas simples que se

logra el establecimiento de conductas complejas.

EJEMPLO

PONGAMOS POR EJEMPLO EL HECHO DE QUE SE QUIERE ENSEÑAR A UN NIÑO A JUGAR CON UNA PELOTA. ESPECIFICANDO CON TODA EXACTITUD CUAL ES LA CONDUCTA FINAL QUE PRETENDEMOS DIRIAMOS: QUEREMOS QUE EL NIÑO TOMA LA PELOTA DEL SUELO, NOS LA ARROJE Y LA RECIBA DE NUEVO EN SUS MANOS CUANDO SE LA DEVOLVAMOS. ESTA ES UNA SECUENCIA UN POCO COMPLEJA PARA EL NIÑO, MAS CUANDO NO TIENE ESTABLECIDAS NINGUNA DE ELLAS. POR LO CUAL, DIVIDIMOS ESTA SECUENCIA Y ENTRENAMOS AL NIÑO SEPARADAMENTE A TOMAR LA PELOTA DEL SUELO, A ARROJARLA Y A CACHARLA. UNA VEZ ESTABLECIDAS LAS ANTERIORES CONDUCTAS POR SEPARADO, SE PASA A HACER UN ENCADENAMIENTO, ES DECIR LE PEDIMOS AL NIÑO QUE TOMA LA PELOTA, LA ARROJE Y LA VUELVA A CACHAR PERO TODO JUNTO EN UNA SOLA INSTANCIA. DE ESTA FORMA UNA CADENA DE CONDUCTA QUE ERA COMPLEJA, SE DESCOMPUSO EN PEQUEÑOS PASOS Y FUE MAS FACIL DE ESTABLECER.



IV. EN QUE APOYARNOS PARA ENSEÑAR CONDUCTAS

Hay una serie de procedimientos de gran utilidad para facilitar la emisión de algunos tipos de conducta. Estos generalmente se utilizan dentro del moldeamiento de la respuesta o en la aplicación de reforzamiento positivo. A continuación trataremos a describirlos.

Estímulos Instigadores.

Este tipo de estímulos se utilizan generalmente en el moldeamiento de una conducta. Su función consiste en "forzar" la emisión de las respuestas. Los estímulos instigadores pueden ser físicos o verbales. Así, si estamos enseñando a un niño a imitar el movimiento de levantar un brazo hacia un lado, pero se da el caso de que el niño no realiza el movimiento efectuado por el adulto que lo entrena, se instigará entonces la respuesta del siguiente modo: realizando el adulto el movimiento de nuevo (levantar el brazo), toma el brazo del niño

para que haga lo mismo que el hace, al terminar esto se le refuerza. De esta manera, el procedimiento se aplica las veces que sea necesario hasta que el niño levante el brazo (ímite) sin ayuda física. Los instigadores verbales se utilizan con gran frecuencia en el entrenamiento del lenguaje. Por ejemplo: supongamos que nos proponemos enseñar a decir "mano" a un niño (que sabemos que si imita estos sonidos), pero al decirle que diga "mano" se queda callado, entonces agregamos la instigación "ma...", para que el niño complete la respuesta verbal "mano". Esto se ensaya las veces que sea necesario hasta que el niño puede decir "mano" sin que se le de ningún tipo de ayuda (instigación).



INSTIGACION FISICA



INSTIGACION VERBAL

Estímulos de preparación.

La función principal de los estímulos de preparación es indicar, antes de que se presente la respuesta, cuál es la respuesta y bajo qué condiciones va a ser reforzada.

EJEMPLO

ES EL CASO DE UN NIÑO QUE SE ENTRENABA A DISCRIMINAR ENTRE UNA SERIE DE TARJETAS, SU TAREA CONSISTE EN LEVANTAR LA MANO DERECHA CADA QUE APARECEN DOS TARJETAS IGUALES Y NO HACERLO CUANDO NO LO SON, SIN EMBARGO, EL NIÑO PARECE NO ENTENDER, POR LO CUAL SE PASA A ESTABLECER UN ESTÍMULO DE PREPARACIÓN. ASÍ, ANTES DE PRESENTAR LAS DOS TARJETAS IGUALES, EL ADULTO LEVANTA EL BRAZO E IMPRE-

DE QUE EL NIÑO LO HAGA, SE PRESENTAN LAS DOS TARJETAS IGUALES Y SE LE LEVANTA EL BRAZO AL NIÑO, SE LE REFUERZA. CUANDO LAS TARJETAS NO SEAN IGUALES, EL ADULTO NO LEVANTA LA MANO, Y SE IMPIDE QUE EL NIÑO LO HAGA. CON ESTO, CUANDO EL ADULTO LEVANTA LA MANO LE QUIERE INDICAR AL NIÑO QUE SE PREPARE PORQUE SE VAN A PRESENTAR LAS DOS TARJETAS IGUALES. ASI, AL FINAL EL NIÑO DEBE LEVANTAR LA MANO EL SOLO, CUANDO APARESCAN LAS DOS TARJETAS IGUALES Y SIN QUE EL ADULTO LE TENGA QUE INDICAR QUE LO HAGA.

Probación del Reforzamiento.

La probación consiste en hacer que el niño se familiarise directamente con el reforzador en la situación particular en que va ser entrenado, entrando en contacto directo con dicho reforzador.



EJEMPLO

CUANDO SE LE PERMITE A UN NIÑO QUE PROBE UN POSTRE QUE HASTA ENTONCES NO HABIA COMIDO, O CUANDO LE HACEMOS VER MANERAS NUEVAS DE UTILIZACION DE UN JUGUETE DETERMINADO.

La exposición de reforzamiento se aplica cuando no es posible que el niño participe activamente. Por ejemplo, si deseamos utilizar el tiempo de recreo como reforzador, y el niño se niega a participar en los juegos, el procedimiento consistirá en llevarlo directamente al patio de recreo y exponerlo a la situación en donde otros niños están utilizando los reforzadores disponibles.

V. COMO ELIMINAR CONDUCTAS

Aplicando Extinción.

Este procedimiento consiste en suspender la entrega de reforzamiento es decir que no se da ninguna consecuencia ante una determinada conducta. La suspensión del reforzamiento debe ser total; el reforzador ya no debe aplicarse nunca para esa conducta.

EJEMPLO

TENEMOS EL CASO DE UN NIÑO QUE HACE CONTINUAMENTE "PAYASADAS" A LA HORA DE COMER EN COMPAÑÍA DE LOS ADULTOS. LA ACTITUD DE LOS ADULTOS ANTE EL NIÑO ES LA DE REPETIRLE: "ESTATE QUIETO", "SIENTATE BIEN", "YA NO HAGAS PAYASADAS", ETC. SIN EMBARGO, OBSERVAMOS QUE ESTO NO REDUCE LA CONDUCTA SINO QUE, POR EL CONTRARIO, PARECE INCLUSO AU-

MENTARLA. DECIDIMOS ENTONCES EXTINGUIR DICHA CONDUCTA. DADO QUE EN CONSECUENCIA INMEDIATA DE LA CONDUCTA DE PAYASAR ES LA ATENCIÓN DE LOS ADULTOS, SE VA A SUSPENDER LO QUE SUPONEMOS CONSTITUYE EL REFORZADOR. DE AHORA EN ADELANTE, CUANDO EL NIÑO NO ESTE COMIENDO CON PROFIEDAD EN LA MESA, PADRE LE HARA CASO O DIRA NADA, INDEPENDIENTEMENTE DE QUE SOLICITE O NO LA ATENCIÓN DE LOS ADULTOS. SE OBSERVARA EN UN PRINCIPIO QUE EL NIÑO PAYASARA MAS QUE ANTES, PERO QUE DESPUES, POCO A POCO, SU CONDUCTA DISMINUIRA GRADUALMENTE HASTA DESAPARECER POR COMPLETO. PARA ESTO HAY QUE TENER EN CUENTA, QUE EL REFORZADOR YA NO SE DEBE DAR PARA ESTA CONDUCTA.

Utilizando Tiempo-Fuera.

Este procedimiento produce efectos más rápidos que la extinción, pero tiene la desventaja que se retira al niño de la situación natural (donde se desenvuelve). Este procedimiento consiste en retirar al niño del acceso a los reforzadores de una manera parcial o total.

EJEMPLO

ESTAMOS ENSEÑANDO A UN NIÑO A DECIR ADECUADAMENTE UNAS "LETRAS", PERO EL NIÑO SE DISTRAE CONTINUAMENTE, NO SIGUE NUESTRAS INSTRUCCIONES, JUEGA TODO EL TIEMPO, ETC., Y PESE A QUE HEMOS INTENTADO EXTINGUIR ESA CONDUCTA NO HEMOS TENIDO ÉXITO. EL USO DEL TIEMPO-FUERA PARCIAL O AISLAMIENTO CONSISTIRIA EN QUE EL ADULTO SE LEVANTE, CADA VEZ QUE EL NIÑO LO ATIENDA Y SALGA DEL CUARTO POR CIERTO ESPACIO DE TIEMPO. SE ALEJARA DÁNDOLE LA ESPALDA AL NIÑO Y NO REGRESARA HASTA QUE AQUEL NO INDIQUE QUE YA QUIERE TRABAJAR O POR LO MENOS MIENTRAS NO TRANSCURRA UN TIEMPO RAZONABLE. EN CASO DE QUE ESTE METODO NO FUNCIONE BIEN, SE PODRIA UTILIZAR EL AISLAMIENTO

TOTAL: CADA VEZ QUE EL NIÑO NO PRESTE ATENCION Y SE DEDIQUE A JUGUETEAR, EL ADULTO LO TOMARA DEL BRAZO, LO LEVANTARA Y, LUEGO DE RETIRARLO DEL CUBICULO, LO LLEVARA A UN CUARTO ESPECIAL EN DONDE NO HALLA REFORZADORES A LA MANO. EL NIÑO QUEDARA ALLI UN TIEMPO Y DESPUES SERA REINTEGRADO A LA SITUACION DE ESTUDIO. PARA EL AISLAMIENTO TOTAL SE PODRIA UTILIZAR UN CUARTO SOLO SIN ESTIMULACION A LA MANO.



AISLAMIENTO PARCIAL



AISLAMIENTO TOTAL

Aplicando Castigo.

El castigo es un procedimiento mediante el cual aplicamos un estímulo (que vamos a llamar punitivo) como consecuencia de una conducta; el efecto que se desea es la supresión o desaparición de dicha conducta. Para esto hay que llenar dos requisitos: uno, que el estímulo punitivo se presente después de la respuesta y como consecuencia de ésta; dos, que efectivamente se reduzca la probabilidad de aparición de la conducta castigada. Hay que tener en cuenta varias cosas con respecto al castigo; primero, que las cosas que le son castigantes a un niño pueden no serlo para otro; segundo, que el castigo como técnica debe ser la última en aplicarse por los efectos que trae consigo el aplicarlo. Es importante señalar que el castigo debe darse de manera continua para lograr un más rápido decremento de la conducta.



EJEMPLO

UN NIÑO UTILIZA CONSTANTEMENTE "MALAS PALABRAS" CON SUS PADRES, Y ESTOS DESEAN NATURALMENTE, QUE DEJE DE HACERLO. DESPUES DE PROBAR LA EXTINCIÓN Y EL TIEMPO-FUERA SIN MUCHO ÉXITO, SE DECIDEN A UTILIZAR EL CASTIGO. ENTORCES, CADA VEZ QUE EL NIÑO DICE UNA MALA PALABRA, CUALQUIERA DE LOS PADRES LE APLICA UN MANOJO DE HOJERADA INTENSIDAD; DE ESTA MANERA SE OBSERVA INMEDIATO QUE LA FRECUENCIA DE LA CONDUCTA DISMINUYE HASTA DESAPARECER POR COMPLETO, BASTANDO PARA ESTO UNOS CUANTOS ESTIMULOS PUNITIVOS.

Haciendo Estímulos Aversivos Condicionados.

Los estímulos aversivos condicionados se van creando por la asociación de cosas neutrales o que no causan daño, con el castigo. Así el estímulo neutro, llega a tener la misma fuerza que el castigo mismo.

EJEMPLO

CUANDO A UN NIÑO YA GRANDE SE LE QUIERE PONER UN PAÑAL SE LE DICE QUE SE LE VA A PONER UN PAÑAL PORQUE LE FOMÓ SU MALA CONDUCTA; SE COMIENZA A DEJAR DE PORTARSE MAL CON SOLO ESTE PAÑAL, YA QUE EL PAÑAL HA ADQUIRIDO LA FUERZA DEL CASTIGO POR LA ASOCIACIÓN DEL PAÑAL CON LAS BURLAS, LOS DESPRECIOS Y LA VERGÜENZA DE QUE OTROS NIÑOS LO VEAN. EN CONSECUENCIA, UN OBJETO NEUTRAL (EL PAÑAL) HA ADQUIRIDO LA FUERZA NECESARIA PARA USARLO COMO CASTIGO, ES DECIR, ES UN ESTÍMULO AVERSIVO DEL NIÑO.



Reforzando Otras Conductas.

Este es un procedimiento que permite suprimir una conducta sin necesidad de utilizar estimulación aversiva. De esta manera, se refuerzan conductas que "impiden" que aparezca la conducta que deseamos disminuir o eliminar. Para que quede más claro veamos el siguiente ejemplo:



SUPONGAMOS EL CASO DE UN NIÑO QUE ES AGRESIVO, SU AGRESIVIDAD CONSISTE EN ESTAR PE-
GANDO O MOLESTANDO A OTROS NIÑOS. APLICAN-
DO EL PROCEDIMIENTO, LO VAMOS A REFORZAR
CADA MINUTO DICIÉNDOLE "MUY BIEN", "QUE
BONITO NIÑO ERES", "QUE BIEN TE ESTAS POR
TANDO", ETC., SIEMPRE Y CUANDO NO ESTE PE-
GANDO O MOLESTANDO A NADIE. SI LO ESTÁ HA-
CIENDO, ESPERAMOS OTRO MINUTO Y SOLO LE
DAREMOS EL REFORZAMIENTO SIEMPRE Y CUANDO
ESTE JUGANDO O TRABAJANDO BIEN CON OTROS
NIÑOS.



Aplicando Costo de Respuesta.

El costo de respuesta se emplea cuando el niño tiene a la mano al, un
reforzador que es posible quitarle. La forma del reforzador que le
vamos a quitar puede ser de diferentes formas por ejemplo un dulce,
un juguete, la posibilidad de utilizar su bicicleta, el consabido
"Gamingo", el ver la televisión, etc. El retiro del reforzador debe
de ser de manera inmediata. El rasgo fundamental del procedimiento
consiste en quitar algo de forma inmediata por alguna conducta indese-
able que presenta el niño.



OBJETIVO

REGULARMENTE, CUANDO UN NIÑO VE UN PROGRAMA FAVORITO EN LA TELEVISIÓN SE QUIPA EL DEDO
DE LA MANO Y LE DA UN PUNTO PARA LA TELEVISIÓN DE LA MANO
DE LA MANO, PERO EN ESTE CASO Y CON FINES DE LA MANO
DE LA MANO. APLICANDO COSTO DE RESPUESTA, LE VAMOS
A QUITAR LA TELEVISIÓN UNO QUE PRECISAMENTE LE DA UN
PUNTO Y SOLO SE LE ENCENDERA CUANDO DEJA DE HA-
CER ESTO. ASÍ, AL FINAL, POR MEDIO DE ESTE PROCES-
AMIENTO CONSEGUIMOS QUE DEJE DE QUIPARSE EL DE-
DO.

VI. COMO REGISTRAR LA CONDUCTA

Especifique el Comportamiento.

Registrar quiere decir ni más ni menos que contar el número de veces que ocurre una conducta en un determinado tiempo. Ahora, para llevar a cabo esto se tienen que tomar en cuenta varias cosas. Primeramente, se debe especificar con toda exactitud la conducta que se quiere registrar. Esto es que si yo digo "Juanito es perezoso", ésta descripción que hago de Juanito no me sirve para registrar, ya que lo que para unos es pereza posiblemente no lo sea para otros; pero si en cambio decimos "Juanito se tarda 30 minutos para vestirse en las mañanas", sí estamos haciendo una descripción más exacta del comportamiento de Juanito, y es precisamente éste tipo de descripción la que nos permitirá hacer un registro cien por ciento confiable. Por otro lado, el llevar un registro puede parecer una tarea tediosa, pero son sus resultados los que nos permiten decir al final, qué es una "tarea grata y beneficiosa". El registro nos va a servir como una gratificación al observar gráficamente los avances que vamos teniendo al trabajar con el niño, y sobre todo, nos va a indicar si el programa que estamos aplicando está obteniendo los beneficios que esperamos.

El Tiempo o el Número de Veces.

Hay muchas formas de registrar una conducta, pero en cada una de ellas lo que se hace es contar el número de veces que ocurre una conducta o la duración en tiempo que tiene dicha conducta. El escoger si se registra la frecuencia (número de veces) o la duración (cuanto tiempo), dependerá de la conducta con que se va a trabajar. Veamos el siguiente ejercicio.

Indicar en cada línea si se debe contar "CUANTAS VECES" o "CUANTO TIEMPO":

- JUANA LE PEGA DE PATADAS AL GATO _____
- TOMAS LLORA TODAS LAS NOCHES ANTES
DE IRSE A DORMIR _____
- PERLA TIRA LA COMIDA _____

- CARLOS HACE SU QUEHACER DOMESTICO CON LENTITUD _____
- ROSITA ABRE MUCHAS VECES LA LLAVE DEL AGUA _____
- JORGE SE BALANCEA HACIA ADELANTE
Y HACIA ATRAS _____

Si usted decidio contar "cuantas veces" en el caso de las niñas y medir el "tiempo que dura" en el caso de los niños, habra usted acertado a todos los casos.

En los ejemplos anteriores se debe tener muy presente que es lo que se quiere cambiar, lo cual vendría a ser el objetivo. Teniendo el objetivo bien definido podremos determinar facilmente lo que procede en cada uno de los casos. Por ejemplo: cuando "Juana le pega de patadas al gato", el objetivo sería disminuir el número de patadas, así, inicialmente necesitaríamos saber cuantas veces le pega, para que al final al aplicar nuestro programa, podamos constatar si hemos logrado disminuir el número de patadas. Esto se aplicaría a cada uno de los casos presentados.

Medida Previa.

El primer registro que se realice sobre una conducta será una medida previa o línea base. El registro inicial será aproximadamente de 5 días, aunque en sí, esto dependerá de la gravedad del problema y de la conducta misma. La medida previa sería como una fotografía que se tomara al niño al iniciar el programa, para posteriormente compararla con una medida final o fotografía final. Esto es con el fin de saber si el programa que aplicamos ha tenido éxito o en todo caso hacer los cambios necesarios.

Donde y Cuando Hacer el Registro.

La decisión de donde y cuando tomar el registro dependerá de la conducta que se va a registrar. Para esto, si hemos observado que la "conducta problema" ocurre generalmente a la hora de comer o a la hora de acostarse o durante la mañana después de desayunar o donde nosotros hayamos observado que más ocurre la conducta; será precisamente ahí donde debemos tomar el registro. El registro deberá ser de 15 a 30 minutos, y deberá tomarse diariamente en el mismo lugar y a la misma hora. Ahora, si la conducta no se produce frecuentemente (más de 20

minutos entre cada una), debemos registrar todo el día. Pero si ocurre frecuentemente o sólo se presenta en una situación determinada, se registrará por un período determinado de tiempo (de 15 a 30 minutos).

Hoja de Registro.

Observemos las siguientes:

HOJA DE REGISTRO					
NOMBRE:	<u>Rosa Mangales</u>				
CONDUCTA:	<u>Pegarle a su hermanito</u>				
HORA INICIAL:	<u>16:00</u> H. FINAL: <u>20:00</u>				
FECHA:	<u>17-Marzo-1986.</u>				
FRECUENCIA					
<table border="0"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					
TOTAL: <u>17</u>					

HOJA DE REGISTRO																																																																																		
NOMBRE:	<u>Juan Pared</u>																																																																																	
CONDUCTA:	<u>"Chuparse al dedo"</u>																																																																																	
HORA INICIAL:	<u>14:00</u> H. FINAL: <u>14:15</u>																																																																																	
FECHA:	<u>4-FEB-1986.</u>																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>15"</th> <th>30"</th> <th>45"</th> <th>60"</th> <th>15"</th> <th>30"</th> <th>45"</th> <th>60"</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2'</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>4'</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>-</td> <td>+</td> <td>-</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>6'</td> <td>+</td> <td>-</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>8'</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>-</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>10'</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>12'</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>14'</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>16'</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>			15"	30"	45"	60"	15"	30"	45"	60"	2'	+	+	+	+	+	+	+	+	4'	+	+	+	+	-	+	-	+	6'	+	-	+	+	+	+	-	-	8'	+	+	+	+	-	+	+	+	10'	-	-	+	+	+	+	+	+	12'	+	+	+	+	+	+	+	+	14'	-	-	-	+	+	+	+	+	16'	+	+	+	+	+	+	+	-
	15"	30"	45"	60"	15"	30"	45"	60"																																																																										
2'	+	+	+	+	+	+	+	+																																																																										
4'	+	+	+	+	-	+	-	+																																																																										
6'	+	-	+	+	+	+	-	-																																																																										
8'	+	+	+	+	-	+	+	+																																																																										
10'	-	-	+	+	+	+	+	+																																																																										
12'	+	+	+	+	+	+	+	+																																																																										
14'	-	-	-	+	+	+	+	+																																																																										
16'	+	+	+	+	+	+	+	-																																																																										
PORCENTAJE: <u>81%</u>																																																																																		

HOJA DE REGISTRO							
NOMBRE:	<u>Luis Dominguez</u>						
CONDUCTA:	<u>"Estornudar Sentado"</u>						
HORA INICIAL:	<u>16:00</u> H. FINAL: <u>16:10</u>						
FECHA:	<u>DEL 5 al 11-DE ABRIL-1986.</u>						
TIEMPO EN MINUTOS							
DOM	LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SAB	DOM.
5	4	6	3	5	4	6	4.7

Se puede distinguir que en cada una de ellas los datos que llevan en el encabezado son los mismos. Esto quiere decir que en cualquier registro debemos poner por lo menos: nombre (del que se está registrando), conducta (la que se registra), hora inicial (cuando empezó el registro), hora final (la terminación del mismo) y fecha (de cuando se lleve a cabo). Lo demás varía dependiendo del tipo de registro que estemos haciendo (número de veces o cuanto tiempo).