

137

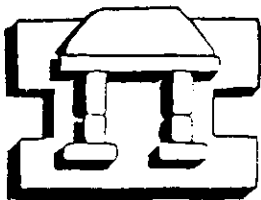


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
CAMPUS IZTACALA

DETECCION Y TRATAMIENTO OPORTUNO DEL
RETARDO EN EL DESARROLLO PSICOLOGICO EN
NIÑOS DE 0 - 48 MESES, A PARTIR DE UNA
PROPUESTA DE EVALUACION EN CONDUCTA
REFLEJA Y MOTORA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
MARTHA ISABEL VILLARREAL HERNANDEZ
YOLANDA DELGADILLO ARROYO



IZTACALA LOS REYES IZTACALA

ASESOR: FRANCISCA BEJAR NAVA
DICTAMINADOR: CLARA BEJAR NAVA
DICTAMINADOR: JULIA CHIMAL PABLO

202398

2000



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.

Agradecimientos:

A la Licenciada en Psicología Francisca Béjar Nava, del Campus Iztacala de la UNAM por haber hecho posible realizar este trabajo; al Doctor Antonio Rodríguez Martínez, por sus consejos. A las autoridades del IMSS, Delegación 2 y al departamento de informática de SECOFI por sus prestaciones de equipo y espacio. De este último lugar, queremos manifestar nuestra gratitud a la Secretaria Ejecutiva Yolanda Rocio Villarreal Hernández, por la ayuda prestada en la captura de datos de esta Tesis; así como a todos los familiares y amigos que nos proporcionaron su apoyo.

INDICE

Resumen	1
Introducción.....	2
Capitulo 1 Desarrollo Motor.....	7
Capitulo 2 Detección y Tratamiento Oportuno.....	22

Método

Sujetos, escenario, materiales.....	34
Diseño.....	35
Procedimiento.....	35
Resultados.....	47
Conclusiones.....	63
Referencias Bibliográficas.....	69

Apéndice 1, 2 y 3

Entrevista.....	73
Evaluación de Reflejos No Permanentes y Permanentes (ECR).....	103
Evaluación de Conducta Motora Gruesa (ECMG).....	123

RESUMEN

Se presentan, como una forma de detección oportuna dos evaluaciones una en conducta motora gruesa del desarrollo normal, del nacimiento a los cuatro años de edad y otra en conducta refleja. Se organizaron de forma funcional y con metodología conductual, marco teórico de este trabajo. A fin de detectar candidatos a retardo o ya con retardo en el desarrollo. Se entrevistó a los padres de 19 sujetos y se eligió para tratamiento a dos niños con problemas motores; un niño con Síndrome de Down al cual se le estableció la conducta de caminar mediante el uso de reforzamiento positivo para esta conducta e ignorando otras respuestas que interferían con el caminar. Los resultados mostraron que el reforzamiento contingente aumentó la frecuencia de caminar sin caer. Una niña con Parálisis Cerebral Espástica a la cual se le trató de establecer la conducta de girar activamente (sin ayuda) y/o pasivamente (con instigación física). El tratamiento incluyó el uso de instrucciones verbales, instigación física, reforzamiento social y comestible para promover la cooperación de la niña en las conductas mencionadas. Los resultados señalaron que los procedimientos operantes fueron efectivos para el incremento de respuestas de giro que se obtuvieron al finalizar las veinticinco sesiones de tratamiento.

Este trabajo demuestra que se pueden diseñar nuevas formas de evaluación no solo en conducta motora gruesa sino también en otras áreas del desarrollo. Así mismo, el emplear procedimientos operantes en el manejo de sujetos con problemas motores demostraron ser eficaces.

Introducción

Autores como Bijou (1979), Galindo, Bernal, Hinojosa, Galguera, Taracena, Padilla (1981), mencionan que en la aparición del retardo en el desarrollo concurren factores biológicos, físicos y sociales. Ribes (1975) señala que una estrategia factible en la prevención del retardo es la detección a edad temprana que posibilite la identificación de anomalías biológicas y ambientes inadecuados.

Durante el desarrollo de este trabajo vislumbramos la posibilidad de una detección oportuna de candidatos a presentar retardo en el desarrollo, a fin de que tengan la opción de tratamiento oportuno.

Por razones didácticas, en busca de claridad en los conceptos, consideramos que el retardo en el desarrollo se debe a la falta de interacción entre sujeto y ambiente, estamos de acuerdo que partiendo de déficit biológico, ambiental o ambos, con el paso del tiempo el sujeto se retardará.

Por lo anterior, al emplear un tratamiento oportuno para los déficit mencionados, desde los primeros días del nacimiento, podría obtenerse un desarrollo psicológico normal.

Un tratamiento oportuno requiere necesariamente de una detección basada en la evaluación funcional del recién nacido o del infante dirigida a encontrar desde grandes trastornos hasta pequeñas deficiencias que pueden colocarlo en situaciones de interacción restringida en campos variados. Sin embargo, las deficiencias funcionales menores son más difíciles de notar oportunamente y son causa de atraso en interacción, que con frecuencia pasan inadvertidas.

Existen algunas evaluaciones que resultan más fáciles y útiles de aplicar unas al nacimiento y otras en los primeros días o meses de vida del infante: Método de Apgar (Sansalvador, J.1998; Fitzgerald, Stromen y Mckinney, 1981), examen médico pediátrico y examen de los sentidos (Holt, 1982; Löwe,1982), examen médico ortopédico (Fraser, Galka y Hensinger, 1980), valoración de reflejos (Fraser, Galka y Hensinger, 1980; Fiorentino, 1979). En el capítulo 1, basado en el enfoque propuesto por Bijou (1980), se estudian los factores que influyen en el proceso de evolución de la conducta motora gruesa, así como las relaciones funcionales que surgen desde el nacimiento hasta los 4 años de edad; por lo que se hace una sucinta descripción de la Etapa Fundamental o Universal y la Etapa Básica.

El conocimiento del desarrollo motor normal nos ayuda a entender de qué manera cada etapa prepara para la siguiente y se traslapa con ella. Estimamos que la conducta motora gruesa es un evento psicológico que se inicia en su mayor parte, como conducta refleja y que poco a poco a través del aprendizaje, adquiere más características de conducta operante susceptible de ser modificada.

En el capítulo 2, se justifican los términos Detección y Tratamiento Oportuno, entendiéndolos como las acciones que se van a utilizar para incorporar las interacciones que le hacen falta a un sujeto para progresar en su repertorio conductual, necesario para su desarrollo psicológico definido como una cadena continua de precurrentes, afinación de conductas y adquisición de otras. Estamos de acuerdo que es el reforzamiento la base para que esos organismos discriminen y generalicen estímulos, moldeen respuestas y mantengan conductas (Skinner, 1979). En dicho capítulo, se expone que la

etapa de 0 a 6 años, es un periodo fundamental en el desarrollo ulterior de los individuos y por consiguiente un buen momento para el aprendizaje de nuevas conductas y la eliminación de deficiencias de interacción.

El objetivo de este trabajo fue diseñar, con metodología conductual, dos evaluaciones una de Reflejos No Permanentes y Reflejos Permanentes y otra de Conducta Motora Gruesa del desarrollo normal dirigidas a niños entre 0 y 4 años de edad. Se formaron compilando conductas ya investigadas por otros autores, en conducta motora gruesa, por ejemplo: De Fontaine (1978); Mussen, Conger y Kagan (1982); Salas (1979); Naranjo (1981); Piaget (1973); Sheppard y Willoughby (1975); Fiorentino (1979); Gesell (1974, 1981); Fraser, Galka y Hensinger (1980); Bakwin y Morris (1974).

Cada conducta elegida, quedó especificada en términos observables a fin de facilitar el registro de su ocurrencia, lo cual permite a la vez, conocer en términos de frecuencia las conductas que presentan los niños comparándolas con las que se esperan para su edad.

Además, las conductas motoras se ordenaron de lo simple a lo complejo, de acuerdo a lo ya estudiado por Mussen, Conger y Kagan (1982); Hurlock (1982); Fitzgerald, Strommen y Mckinney (1981) entre otros, sobre maduración del Sistema Nervioso Central y las leyes del desarrollo con la finalidad de conocer las respuestas precurrentes de cada conducta.

Los médicos pediatras por tener los primeros contactos con los recién nacidos y posteriormente con niños mayores, podrían aplicar las evaluaciones y canalizarlos con el psicólogo, que al usarlas, dispondría de un instrumento

valioso para manejar oportunamente sujetos que dejados a una interacción sin conducción pudieran mostrar en el futuro, retardo en el desarrollo.

Las evaluaciones propuestas pueden ser utilizadas como línea base conductual dándole al psicólogo la posibilidad de diseñar programas de tratamiento verdaderamente oportuno para mejorar la interacción del sujeto.

En nuestro caso, aplicamos estas evaluaciones a dos niños con retardo en el desarrollo, específicamente Síndrome de Down y Parálisis Cerebral Infantil ambos con un evidente retardo en el desarrollo. Les detectamos sus deficiencias en cuanto a reflejos no permanentes y permanentes, así como en conductas motoras gruesas. A partir de ello, diseñamos los objetivos conductuales que permitieron la implementación de conductas prioritarias faltantes basándonos en la metodología del Análisis Conductual Aplicado respecto al uso de contingencias de refuerzo como factor importante para la adquisición, mantenimiento y fortalecimiento de cualquier conducta sea cual sea la edad.

Además, fue importante involucrar en el tratamiento a las madres de los niños ya que ellas pasaban el mayor tiempo cuidando y observando su desempeño diario, por lo que se dedujo que se obtendrían progresos cuantificables tanto en la conducta de los niños como en las habilidades de los adultos mediadores. Asumimos que con esto, se extendían las estrategias del tratamiento al ambiente natural por lo que se trabajó con las madres de los niños permitiéndoles observar e intervenir en el tratamiento programado enseñándoles a través de técnicas operantes como modelamiento y seguimiento de instrucciones a reforzar conductas correctas. Una vez que

ellas aprendieron se les sugirió que enseñaran a otros miembros de la familia a detectar la ocurrencia de conductas deseables y a reforzarlas.

CAPÍTULO 1

DESARROLLO MOTOR

En el presente trabajo, basado en el enfoque propuesto por Bijou (1980) estudiamos los factores que influyen en el proceso de evolución de la conducta motora y su importancia para la autosuficiencia y la relación socio-afectiva de los seres humanos.

Bijou (1980), define el desarrollo psicológico como los cambios progresivos que ocurren en la conducta de un organismo biológicamente cambiante, al interactuar constantemente con los estímulos ambientales que en su mayor parte son producto de la cultura. Él, considera también la posibilidad de que la conducta psicológica de los organismos empiece desde su estancia en el útero e incluso que haya factores prenatales que puedan afectar su historia conductual subsecuente, sin embargo, asume que el nacimiento es el momento más adecuado para analizar, desde su inicio, cualquier conducta porque además de que puede observarse y registrarse es la oportunidad de identificar cómo se relaciona con los eventos del medio ambiente. Bijou, a su vez, utiliza el análisis que hace Kantor (citado en Bijou, 1980), respecto a los tres periodos de interacción del niño con su ambiente, a los cuales este último denomina: Etapa Fundamental o Universal, Etapa Básica y Etapa Social. Durante estos periodos, las interacciones de los organismos humanos con su medio ambiente, dependerán de su desarrollo biológico, pero también serán mediadas por eventos disposicionales internos y externos, por eso son considerados como las situaciones que dan o impiden la oportunidad para que surja dicha interacción. A todas estas interacciones, Bijou (1980), las denomina relaciones funcionales definiéndolas como el cambio observable y cuantificable que se produce en la conducta ante una función de estímulo.

Por lo anterior, en este trabajo estimamos que la Conducta Motora es una de las primeras manifestaciones de interacción que tienen los seres humanos con su medio ambiente, porque cuando nacen, al enfrentarse a un nuevo ambiente menos restringido que el uterino, exhiben un amplio rango de movimientos que se relacionan funcionalmente con determinados estímulos. Estas experiencias del ser humano emergen sin ninguna práctica especial, si bien, son consecuencia de la gran variedad de información sensorial innata que dirige sus movimientos o conductas afinadas por el crecimiento de huesos y músculos y por la maduración del Sistema Nervioso, también es cierto que el aprendizaje a través de la observación, imitación y la práctica modificarán tales experiencias en cantidad y/o calidad por las consecuencias que generen (Sheppard y Willoughby, 1975; Mussen, Conger y kagan, 1982; Thompson, 1977).

Como el interés de nuestro trabajo estuvo centrado en el estudio de las relaciones funcionales que surgen desde que se inicia la conducta motora gruesa (0 meses o nacimiento) hasta la edad de cuatro años, hicimos una breve descripción de lo que Bijou (1980) expone respecto a la Etapa Fundamental o Universal y a la Etapa Básica; de ambas sólo tomamos los elementos que se relacionan con el análisis funcional que nos propusimos.

En la **Etapa Fundamental o Universal** la conducta se relaciona con eventos orgánicos y ambientales de tres formas distintas:

a) Predominancia de la estructura biológica y el funcionamiento fisiológico.

El organismo humano es una estructura biológica que desde antes de nacer se alimenta y crece haciendo uso de sus propias funciones biológicas, por ejemplo: le circula la sangre, le late el corazón, se alimenta, se mueve y aprovecha únicamente lo que le proporciona el medio uterino. Cuando nace, comienza a respirar por sí mismo, desecha los productos inútiles, reacciona ante estímulos

sonoros, luminosos, táctiles o gustativos, es entonces cuando inicia su interacción con el medio externo, pues necesitará que alguien le proporcione el alimento, una atmósfera física adecuada, el descanso, manifestándolo primordialmente a través del llanto aunque también manotea, patalea e incluso vocaliza. Estas conductas biológicamente son complejas y bien organizadas, desde entonces producen cambios importantes en el ambiente que les rodea pero su relación es tan simple que pareciera que dicho organismo sólo fuera receptor de lo que el medio le provee.

En este trabajo, asumimos que esos cambios importantes producidos en el entorno moldean a su vez tales conductas, a través de los métodos de crianza como la libertad de movimiento, la atención y/o los estímulos sociales, aplicados por quienes cuidan a un niño.

Así mismo, creemos que si estas interacciones tempranas entre sujeto y ambiente son importantes para el desarrollo psicológico del niño normal, lo son más aún para aquél, que por alguna desventaja biológica (impedimentos sensoriales o físicos, lesiones cerebrales, desnutrición, entre otros) o por una desventaja cultural (restricciones ambientales, sobreprotección, aplicación inadecuada de contingencias, etc.) es ya un candidato a retardo en el desarrollo. Estas limitaciones a temprana edad reducen la posibilidad de establecer relaciones funcionales privando a los niños de experiencias importantes (Galindo y cols.1981) que de otro modo permitirían el surgimiento de repertorios conductuales tales como imitación, seguimiento de instrucciones, lenguaje, socialización, y otros.

En conclusión tanto las características biológicas como las del medio, interactúan de modo continuo desde la concepción hasta el fin de la vida, ejerciendo una influencia permanente en la conducta psicológica (Bijou, 1980).

b) Desarrollo inicial de conducta refleja y operante.

Conforme madura biológicamente, es más fácil detectar en el organismo humano dos tipos de relaciones funcionales: **Las Conductas Reflejas y Las Conductas Operantes.**

Conductas Reflejas. Agrupan aquellas respuestas que tienen una determinada topografía y que son el producto de la estimulación externa que les antecede, el sujeto no tiene voluntad sobre ellas y además las consecuencias, no producen cambios en las mismas. Están relacionadas con la salud e integridad del sistema nervioso y por consiguiente tienen efectos en el desarrollo motor que debe presentar normalmente el organismo humano (Sheppard y Willoughby, 1975; Fiorentino 1979; Fraser, Galka y Hensinger, 1980). Comúnmente se les conoce como reflejos y dado que surgen en diferentes lapsos de la vida de los seres humanos, se les agrupa principalmente en dos clases:

En primer lugar los reflejos que están presentes desde el nacimiento. La mayoría de ellos acompañan al individuo durante toda su vida, como la contracción de la pupila ante la luz, las respuestas vasomotoras ante el calor y el frío, el lagrimeo ante irritantes, entre otros muchos; estos reflejos son parte de lo que se ha llamado "características de la especie" (Skinner, 1973; página 39).

Dentro de esta misma clase, hay unos reflejos que aunque están presentes desde el nacimiento del ser humano, van desapareciendo entre los dos y seis meses de su vida; en este trabajo se denominan Reflejos No Permanentes (Véase Apéndice 2). Es importante conocer a qué edad desaparecen normalmente, su permanencia más prolongada de lo habitual se debe probablemente al atraso en

la aparición de conductas motoras operantes manifestándose primero retardo en el desarrollo de esta área y si no se aplica desde ese momento un tratamiento oportuno puede generarse posteriormente retardo conductual en otros repertorios.

En segundo lugar, los reflejos que van apareciendo conforme avanza la edad del infante. A diferencia de los de la clase previa, no desaparecen, sino al contrario, su persistencia permite y ayuda al desarrollo motor óptimo del niño, aquí los denominamos Reflejos Permanentes (Véase Apéndice 2), es importante identificarlos porque su debilidad o ausencia conduce a retardo en la aparición de conductas motoras operantes afectando, incluso, otro tipo de interacciones, si no se programa a tiempo un tratamiento motor.

En suma, estimamos que es muy valioso detectar desde el nacimiento, las relaciones funcionales que conforman a la conducta refleja porque estas respuestas son precurrentes de otro tipo de conductas más complejas que se desarrollarán posteriormente tales como las operantes. Así, mientras que los pediatras, los médicos y los fisioterapeutas pueden utilizar el examen de los reflejos para establecer diagnósticos neurológicos, el psicólogo puede utilizarlos como una evaluación conductual para detectar oportunamente sujetos potencialmente en desventaja estableciendo con esto una línea base que le permitirá diseñar verdaderos programas de tratamiento oportuno en el área motora.

Conductas Operantes. Son aquellas que están antecedidas por estímulos discriminativos y serán modificadas por las consecuencias que les sigan. En sus inicios tienen como característica común el ser difusas, no específicas, de topografía cambiante, regularmente requieren de un considerable número de grupos musculares por lo que es difícil describirlas con exactitud y más aún

registrarlas, gradualmente toman forma y precisión ya que además tendrán la peculiaridad de satisfacer deseos y necesidades.

Muchas conductas motoras iniciales son precurrentes de otras futuras, las cuáles se retrasarán o no aparecerán si las primeras no se han instalado. Desde el punto de vista de la maduración (Mussen, Conger, Kagan, 1982; Hurlock, 1982; Sheppard y Willoughby, 1975; Salas, 1979; entre otros) se dice que en el desarrollo motor se manifiestan dos tendencias generales:

Tendencia cefalocaudal. Las extremidades y los músculos de la parte superior del cuerpo comienzan a funcionar eficazmente antes que los miembros inferiores, es decir, los mejoramientos de la estructura corporal y sus funciones conductuales se producen primeramente en la región de la cabeza, luego en el tronco y finalmente en las piernas.

Tendencia proximodistal. El bebé tiende a mostrar un exceso de movimientos corporales en la realización de todas sus actividades, hasta que poco a poco emplea sólo los músculos y extremidades que debe utilizar funcionalmente, por ejemplo, ocupan primeramente sus brazos antes que las manos y éstas como unidad antes de controlar los movimientos de los dedos.

El conocimiento de este patrón predecible de la conducta motora, ha permitido que se establezcan normas de desarrollo en forma de edades promedio en las que los niños deben presentar diversas respuestas motoras aunque no se debe descuidar la existencia de diferencias individuales como resultado del aprendizaje (Hurlock, 1982).

Un niño que se aleja demasiado de la edad promedio en la que debe presentar cierta conducta debe ser objeto de atención para el psicólogo quien tendrá la tarea de diseñar programas de tratamiento motor basados en metodología conductual, ya sea para implementar una conducta motora o bien para prevenir daños posteriores o la agudización de los ya establecidos. Sería importante que estos programas se iniciaran desde el nacimiento de los niños y se prolongaran hasta cuando sean necesarios. Numerosas investigaciones científicas sustentan que durante el desarrollo del ser humano hay "periodos críticos", término que se refiere a:

" ciertas fases en las cuales existe una óptima sensibilidad para aprender ya que aparecen por primera vez (entre los 0 y 6 años de edad), las máximas capacidades sensoriales, motoras, motivacionales y psicológicas" (Sabogal y Otero, 1975).

Estimamos que el conocimiento del desarrollo motor normal, desde sus primeras fases, nos ayudaría a entender de qué manera cada etapa preparaba para la siguiente y cómo se traslapaba con ella. Además, cuando el niño ha madurado biológicamente lo suficiente para adquirir tanto el control de las diversas partes del cuerpo como la locomoción, se amplían sus oportunidades de interactuar con su medio lo cual nos hace reiterar la importancia de las prácticas culturales adecuadas a su entorno para generar individuos autosuficientes y productivos.

c) Elaboración de conducta ecológica o exploratoria.

Es el periodo en que el niño se involucra en mayor grado con su medio orgánico, físico y social, ya que es capaz de discriminar estímulos y ejecutar habilidades que le permiten no sólo obtener reforzadores primarios sino también secundarios o sociales adquiriendo un mejor control de su medio, porque sus propias

respuestas se convierten en fuente de estimulación para que otros organismos respondan. Su conducta no sólo alterará su medio físico sino también su medio social, ya que cuando investiga o manipula los objetos de su entorno evalúa los efectos que produce esta interacción en éstos y en las personas que le rodean.

Esta conducta exploratoria también estará subordinada a eventos disposicionales internos (hambre, sueño, frío, miedo, enojo, etc.) y externos (aprobación, desaprobación, libertad, restricción, etc.).

Por lo anterior, asumimos que la conducta exploratoria se refleja mejor en la capacidad del niño para desplazarse dentro de su medio y en las destrezas manuales que ha afinado a lo largo de su desarrollo. Las relaciones funcionales que surgen en esta etapa son en su mayor parte fortalecidas y mantenidas por reforzadores no apetitivos (Bijou, 1982); es decir, esas interacciones se establecen, fortalecen o debilitan por los efectos que producen las mismas conductas (contingencia inmediata). De aquí la importancia que tiene para el psicólogo, la manipulación adecuada del ambiente para que surjan oportunamente habilidades motoras en los infantes que les permitan una mejor integración social dentro de un grupo más numeroso de individuos; iniciando con ello, de acuerdo a lo sugerido por Kantor, su siguiente etapa en el desarrollo psicológico.

La Etapa Básica es una continuación de la conducta exploratoria del niño. De acuerdo a Bijou (1982), en esta etapa dicha conducta implica mayor uso de respuestas motoras y verbales; primero, porque lo usual es que aumente la fuerza y energía del niño permitiéndole actuar con mayor libertad en su medio y segundo, porque sus conductas se fortalecen por los mismos efectos que producen brindándole nuevas opciones de integrarse al ambiente físico y social que le rodea.

Lo anterior nos hizo notar que la conducta motora influye en la adaptación o integración social del ser humano, pues cada parte del cuerpo del niño tiene una forma de interactuar con el medio; participa en el desarrollo del lenguaje y de las emociones porque ambos se expresan a través de cambios faciales y movimientos del cuerpo que obviamente son actos motores.

Otra característica de la Etapa Básica que nos pareció muy importante es cómo las respuestas de las personas determinan la conducta del niño, ya que representan una poderosa fuente de reforzadores. Por lo cual, asumimos que una de las tareas más importantes del psicólogo es la creación de contingencias ambientales que moldeen y mantengan, conductas apropiadas; más aún cuando a través de la observación y el diagnóstico se sospecha que algún niño pueda tener deficiencias en alguna área del desarrollo.

En virtud del análisis que hicimos, estamos de acuerdo que la conducta motora gruesa es un evento psicológico que se inicia como conducta refleja y que poco a poco a través de la interacción con el medio, adquiere más características de conducta operante susceptible de ser modificada.

La Conducta Motora Gruesa, desde que nacen los seres humanos, se relaciona funcionalmente con estímulos externos, las respuestas que involucra van surgiendo como un proceso ordenado en el tiempo; esas mismas respuestas se van fortaleciendo, cambiando o mejorando e incrementando, por el crecimiento y la madurez neurológica de aquellos, lo cual le da su condición de universal; las diferencias están relacionadas con las contingencias ambientales que les acompañen a lo largo de su vida. Hay un enriquecimiento de la conducta motora, cuando los individuos pueden desplazarse por sí mismos en su medio lo cual favorece su autosuficiencia y socialización como integrantes de un grupo.

Todo lo anterior destaca la importancia que tiene principalmente la conducta motora gruesa para adquirir otro tipo de repertorios, esta razón y el hecho de saber que existe un numeroso grupo de niños que por factores biológicos, psicológicos y socioculturales presentan retardo en el desarrollo, el cual probablemente se inició con un trastorno motor sutil o notable hasta por la propia madre, nos condujeron a elaborar para este trabajo, dos evaluaciones: una de Reflejos No Permanentes y Permanentes (Véase Apéndice 2) y otra de Conducta Motora Gruesa (Véase Apéndice 3) para detectar desde el nacimiento hasta los cuatro años de edad las deficiencias de sujetos candidatos a presentar retardo en el área motora o incluso de quienes ya podían considerarse como retardados.

Las presentamos como una propuesta de detección oportuna tanto para psicólogos como para otros profesionales, por ejemplo los pediatras, que al detectar deficiencias motoras en un niño, pueden remitirlo con el psicólogo conductual y otros especialistas convenientes para que reciba el tratamiento adecuado.

Elegimos como tope de edad a los cuatro años, porque si ya se ha probado experimentalmente que el periodo crítico de aprendizaje es entre los cero y los seis años de edad (Sabogal y Otero, 1975) entonces es posible planear un tratamiento oportuno que permita la rehabilitación motora que fuera posible lograr en los sujetos detectados antes de que cumplan los seis años de edad.

Obviamente, creemos que hay mayores probabilidades de éxito para aquellos niños que no presentan daños físicos y/o neurológicos, sin que esto quiera decir que ellos no puedan beneficiarse con un tratamiento de dicho tipo especialmente cuando en nuestra sociedad impera aún la idea de quienes nacen con alguna afectación están impedidos de por vida; lo cual limita la provisión de

contingencias ambientales para moldear sus conductas a fin de que se manejen como seres funcionales en su ambiente.

Los psicólogos interesados en la detección y tratamiento oportuno de deficiencias motoras, deben centrar su atención en la aplicación sistemática de los principios de la conducta para condicionar respuestas funcionales en esta área y además darle la importancia al trabajo multidisciplinario. Por ejemplo un especialista importante es el fisiatra ya que su principal objetivo se fundamenta en la programación de ejercicios físicos que permitan al sujeto lograr la coordinación efectiva de los movimientos musculares a fin de eliminar o impedir la degeneración de éstos adquiriendo características patológicas que pudieran incluso ocasionarle otros problemas colaterales (Guevara, 1980).

Para que los psicólogos logren lo anterior deben primero contar con una evaluación conductual que les permita ubicar al sujeto a tratar, es decir, que les sirva como línea base. Asumimos que la Evaluación de Reflejos No Permanentes y Reflejos Permanentes (ECR), diseñada en este trabajo, permite planear tratamientos oportunos para impedir el avance hacia el retardo en el área motora; porque en cada reflejo se especifican qué conductas motoras pueden afectarse en caso de su persistencia o ausencia.

Así mismo, como la Evaluación de Conducta Motora Gruesa (ECMG) se conforma de relaciones funcionales entre estímulos y respuestas motoras; es posible detectar las precurrentes de cualquier conducta motora gruesa y programar las secuencias adecuadas. Además al estar descritas operacionalmente, sugieren la forma de medirlas ya sea mediante su topografía, su frecuencia o ambas, lo cual permite la evaluación continua durante el tratamiento.

Por las características anteriores, nuestra evaluación permite identificar de inmediato las conductas que posee un sujeto, cuáles son prioritarias para implementarlas, fortalecerlas o afinarlas. Además puede acoplarse a las características de cada caso individual, evitando la evaluación de conductas más simples, por ser precurrentes de otras o la evaluación de conductas más complejas cuando las anteriores no están presentes.

Ambas evaluaciones (ECR y ECMG) pueden conducir a la planificación de un tratamiento oportuno donde se apliquen sistemáticamente los principios conductuales que sean útiles para enseñar, a los sujetos involucrados, conductas funcionales que les permitan una mejor interacción con su medio.

Al elegir como base los principios del análisis conductual, la implementación de estas conductas contempla tanto el tratamiento directo de los sujetos con un manejo de contingencias especiales, hasta la modificación de las contingencias de su medio ambiente natural, ya que, como explicamos anteriormente, las respuestas de las personas influyen directamente en la conducta que presentan los niños en edades tempranas, esto nos conduce a reiterar la importancia que tiene la identificación de los reforzadores funcionales para cada caso particular. Es obvio que un buen manejo de contingencias, ya sea por la alteración física del ambiente o por la organización de los estímulos y reforzadores que proveen las personas, requiere de la observación objetiva del psicólogo interesado en la creación de ambientes para generar cualquier aprendizaje. Creemos que la observación objetiva es muy importante, porque si nuestras conductas están influidas por patrones culturales, es posible que se alteren de manera importante los datos obtenidos a través del diagnóstico funcional. Sin embargo, por esta misma influencia, es muy importante que se involucre en el tratamiento a los familiares de los niños tratados para que participen activamente en el cambio

progresivo de ellos al aplicarles el tratamiento que requieran mediante un manejo adecuado de contingencias.

En este trabajo, tuvimos la oportunidad de aplicar todo lo que hasta aquí hemos expuesto, lo cual puede consultarse en el Método. A continuación explicamos cómo se conformaron las evaluaciones ECR y ECMG que proponemos en este trabajo como dos formas de Detección Oportuna.

Ambas evaluaciones van dirigidas a todos los niños entre 0 y 4 años de edad, con una evolución física y de aprendizaje considerada como normal así como aquellos que pueden considerarse candidatos a retardo en el desarrollo por presentar disfunciones físicas o conductuales que impidan o dificulten su interacción o porque vivan en un ambiente poco favorable para el aprendizaje, e incluso para esos niños que ya presentan un evidente retardo en el desarrollo.

La Evaluación de Reflejos No Permanentes y Permanentes (Véase Apéndice 2) es una recopilación basada en autores tales como: Sheppard y Willoughby (1975); Salas (1979); Bijou (1980); Holt (1982); Finnie (1976); González (1977); Mussen, Conger y Kagan (1982); Curriculum Panameño (1980); Bakwin y Morris (1974); De Fontaine (1978); además de Fiorentino (1979); y Fraser, Galka y Hensinger (1980); de estos cuatro últimos autores, tomamos algunos aspectos de sus evaluaciones tales como: Forma de estimulación, Respuesta, Duración del Reflejo u Ocurrencia Normal y su Participación en la Conducta Motora Gruesa.

Los reflejos que elegimos para conformar nuestra evaluación fueron aquellos que rinden mayor información en relación con la conducta motora gruesa. Los agrupamos en: Reflejos No Permanentes y Reflejos Permanentes.

La evaluación de Conducta Motora Gruesa (Véase Apéndice 3), también está basada en las conductas esperadas para cada rango de edad ya estudiadas por autores especializados en el desarrollo normal de los niños o en el desarrollo de niños con Síndrome de Down o con Parálisis Cerebral Infantil, tales como los mencionados en la evaluación anterior además de Hurlock (1982); Dubose (1980); Gesell (1974, 1981); Naranjo (1981); Share (1982); Peech (1976); SEP (1980); Hanson (1979).

Aparte de reunir la información necesaria, nuestro trabajo consistió en presentar cada respuesta con terminología conductual; además esta evaluación es flexible en cuanto a las edades en que pueden presentarse, por ejemplo: si un autor mencionaba una respuesta en el rango de 2 a 3 meses y otros de 5 a 6 meses, considerábamos que ésta tenía la posibilidad de presentarse entre los 2 y 6 meses. Asimismo, descartamos aquellas respuestas que requerían de un aprendizaje específico (pedalear un triciclo, saltar con una cuerda y otras semejantes) porque dicha evaluación está construida con respuestas que requieren únicamente el uso de los diferentes movimientos del cuerpo y la locomoción.

La ECMG contiene once categorías conductuales ordenadas de lo simple a lo complejo de acuerdo a la evolución del desarrollo motor grueso; cada una de ellas con diferente cantidad de respuestas que en total suman ciento once ordenadas de tal forma que las primeras son precurrentes de las que les siguen.

En esta evaluación cada una de las respuestas están marcadas con una Clave (Véase Apéndice 3) a fin de facilitar el manejo de la información que se requiera, ya que es posible conocer en términos de porcentaje y frecuencia las conductas que presentan los niños evaluados ya sea por rango de edad o por categoría

conductual y compararlas en estos mismos términos con las que se espera que presenten normalmente.

Consideramos que al aplicar a cualquier niño las evaluaciones que proponemos en este trabajo, se puede obtener información muy pertinente sobre sus conductas motoras gruesas, además por todas las características que ya hemos mencionado de estas evaluaciones, se facilita el diseño de programas para implementar aquéllas necesarias para que los sujetos interactúen mejor con su ambiente.

CAPÍTULO 2

DETECCIÓN Y TRATAMIENTO OPORTUNO

A través de la historia, el niño ha sido objeto de estudio, los científicos de diversas disciplinas (médicos, biólogos, educadores, psicólogos) fundamentaban la importancia que tenían las experiencias de los primeros años después del nacimiento en el desarrollo posterior. Sin embargo, Bricker (1991) menciona que esas investigaciones de principio de siglo concluían erróneamente que eran los factores internos (genética, maduración) los determinantes fundamentales del comportamiento y por tanto el medio ni obstaculizaba ni aumentaba el desarrollo de los niños.

A principio de la década de los sesentas, las nuevas investigaciones en el área infantil, exigieron cada vez más, un enfoque científico de mayor objetividad, basado en la observación y la medición controlada, que describiera conductas con relación a factores del medio externo más que inferirlas de factores internos de los organismos.

Así es como los estudios científicos fundamentados en los principios de la conducta descritos por Skinner (mencionado en Dmitriev, 1981) adquirieron importancia, ya que basados en el papel preponderante del medio ambiente era posible demostrar su aplicabilidad tanto en investigaciones sobre la conducta de animales como con seres humanos; entonces el aprendizaje se analizó como un comportamiento observable y operante controlado por las consecuencias de las mismas acciones y por lo tanto modificable (Dmitriev, 1981; Bricker, 1991).

A partir de entonces, muchas investigaciones científicas de la psicología del desarrollo incorporaron a niños de 0 a 6 años de edad a programas educacionales que ponían en evidencia la importancia de ese periodo de edad

como la etapa más propicia para que los niños adquirieran numerosas conductas o para implementar las contingencias adecuadas que les permitieran una interacción más favorable con su medio ambiente cuando presentaban algún déficit (Sansalvador, 1998; Naranjo, 1981; Bricker, 1991; Cabrera y Sánchez, 1980).

Este tipo de investigaciones encontraron otro valioso respaldo científico en las aportaciones de la Neurología, ya que los estudios elaborados por esta ciencia asumen que el sistema nervioso central es afectado por factores genéticos y ambientales; durante el periodo prenatal predominan los factores genéticos y a partir del nacimiento, las aportaciones del medio son más decisivas, ya que:

"la aplicación de estímulos externos en edades tempranas permiten que estos se transmitan, lleguen al cerebro y sean capaces de proporcionar una información, de modificar ciertas estructuras positivamente y desencadenar una respuesta" (Sansalvador, 1998; página 67).

Todas estas investigaciones cuyo objetivo general estaba ubicado en lograr un desarrollo integral del niño empezaron a conocerse con los términos de Estimulación Temprana. Estos programas se basan en secuencias de aprendizaje (Evans, 1987) elaboradas de acuerdo con el desarrollo biológico y psicológico de los niños a través de la interacción sistemática con el medio que les rodea, de aquí el uso del término Estimulación. Además hacen énfasis en la vulnerabilidad del periodo de 0 a 6 años con lo que justifican el término Temprana.

La finalidad de la Estimulación Temprana es intervenir, lo más pronto posible, en el desarrollo de un bebé, a fin de enriquecer su repertorio conductual, de modo que él pueda ser parte integral y funcional de su medio. Para identificar las necesidades reales de los niños, los verdaderos programas científicos de Estimulación Temprana se basan en diagnósticos que se obtienen de escalas del

desarrollo elaboradas por psicólogos interesados en el desarrollo infantil. Inmediatamente después, se hace la aplicación de programas conductuales donde intervienen algunos profesionistas e incluso los padres de los niños, ya que otra característica de esos programas es el crear ambientes para generar interacciones apropiadas.

A lo largo de este trabajo, hemos expuesto que la interacción psicológica se inicia con el nacimiento, ya que desde ese momento los niños están expuestos a una serie de estímulos (palabras, caricias, gestos, etc.) por parte de los adultos (Evans, 1987; Sansalvador, 1998) y que se relacionan funcionalmente con las primeras manifestaciones conductuales de los niños. Sin embargo creemos que estas interacciones naturales pueden ser insuficientes si se desconoce qué, cuándo y cómo estimular a los niños.

Para saber qué y cuándo estimular consideramos que es necesario conocer desde su origen cualquier evento psicológico y su modificación en los diferentes periodos de la vida de un individuo (Pérez, 1978). Para saber cómo estimular, es fundamental conocer los principios del Análisis Conductual Aplicado (Bijou, S.W. y Grimm, J.A., 1978; Bayés, 1979; Ribes, 1978), enfoque sobre el cual está basado nuestro trabajo, porque vincula teoría y práctica.

Al considerar el desarrollo conductual de un organismo como una cadena continua de interacciones, podemos comprobar que los repertorios conductuales de los sujetos avanzan o se retrasan por el tipo de consecuencia que genere la interacción que se establezca con el medio ambiente. Por lo tanto, creemos que el retardo puede surgir cuando el ambiente no favorece el establecimiento adecuado de una interacción para adquirir repertorios que favorezcan el desarrollo psicológico normal o cuando por déficit fisiológico del sujeto, éste no responde a la estimulación ambiental.

Así, de acuerdo a nuestro análisis llamaremos candidatos a presentar retardo en el desarrollo a:

- Sujetos a los que se les detecte desde recién nacidos o incluso antes, una deficiencia física o fisiológica (carecer de un miembro, de la vista, del oído, padecer daño cortical, etc.).
- Sujetos que naciendo con capacidades normales, vivirán en ambientes desfavorables.
- Sujetos que aún no presentan las conductas esperadas para su edad pero que todavía se encuentran en el rango apropiado para hacerlo (Por ejemplo: un niño con una edad entre 6 y 7 meses que no rueda de posición prona a supina, pero que todavía tiene como límite hasta el rango de 8 a 9 meses, para presentar dicha respuesta).

A todos los sujetos mencionados los consideramos solamente candidatos a presentar retardo en el desarrollo, especialmente a los recién nacidos porque no ha transcurrido el tiempo necesario para atrasarse y una vez detectados oportunamente, pueden beneficiarse con tratamiento. Sólo serán sujetos con retardo en el desarrollo, aquellos que ya han rebasado el límite de edad para presentar algún tipo de conducta, pero que también pueden beneficiarse con tratamiento oportuno para que adquieran las interacciones faltantes y puedan progresar en otros repertorios conductuales. Por ello, estamos de acuerdo con Ribes (1975) respecto a que la superación o compensación de los déficit conductuales se logran con la alteración y diseño de un ambiente adecuado para la interacción a pesar del daño orgánico presente o de la historia conductual del sujeto.

Cualquier programa de aprendizaje que tenga como objetivo proporcionar un tratamiento oportuno para instalar interacciones faltantes en el candidato o en el retardado debe incluir diferentes evaluaciones que aparte de económicas y sencillas para aplicar, sean además funcionales, de tal manera que permitan identificar desde pequeñas deficiencias hasta retardos conductuales más evidentes y también conductas apropiadas, por eso en éste trabajo consideramos que la Estimulación Temprana debe estar integrada por dos aspectos fundamentales: Detección Oportuna y Tratamiento Oportuno.

Usaremos los términos Detección Oportuna para referirnos a todo procedimiento que tienda a identificar lo más pronto posible cualquier anomalía para programar pronto las estrategias apropiadas que impidan el avance hacia un retardo; a esta programación le llamaremos Tratamiento Oportuno.

Cuando no se haya detectado algún déficit, en el ambiente o en el sujeto, se pueden programar otras interacciones que aumenten el repertorio conductual de un niño con desarrollo psicológico normal.

El pronóstico con tratamiento oportuno es mejor para los sujetos en quienes el retardo se debe a un ambiente desfavorable, pero que no tienen deficiencias orgánicas. En el caso de ambiente desfavorable y sujeto con déficit, el desarrollo psicológico puede llegar a ser normal con tratamiento oportuno, pero es la situación más difícil de manejar.

Como podemos observar en las Tablas A y B (anexadas en este capítulo), el tratamiento oportuno puede favorecer el desarrollo psicológico de organismos recién nacidos normales o con déficit sin importar el tipo de ambiente en el que se encontraban antes.

En la revisión bibliográfica que hicimos nos parecieron interesantes las siguientes evaluaciones, como procedimientos de Detección Oportuna:

A) Método de Evaluación de Apgar.

Esta evaluación desarrollada por la Dra. Virginia Apgar, se aplica a los niños en el primer minuto, a los cinco minutos o en ambos lapsos después del nacimiento. Se revisan cinco categorías : Tono muscular, pulso (ritmo cardíaco), gesticulación, apariencia (color) y respiración (esfuerzo respiratorio) con una máxima calificación de diez, sirve para conocer el estado general del niño (Fitzgerald, Strommen y Mckinney, 1981; Sansalvador, 1998).

B) Examen de los sentidos de visión y audición (Holt, 1982 y Löwe 1982)

C) Examen médico ortopédico que puede hacerse unos días después del nacimiento en aquellos niños que muestren deformidades o limitación anormal en el movimiento de articulaciones y miembros, beneficiándose con tratamiento ortopédico inmediato (Fraser, Galka y Hensinger 1980).

D) Examen médico pediátrico, que se hace desde el nacimiento o en los primeros días; su finalidad es buscar trastornos que sin ser francamente aparentes pueden ser indicio de disfunciones más duraderas o permanentes. Dicho examen incluye la inspección de la postura, movimientos espontáneos y vivacidad; evaluación del tono muscular y verificación de los reflejos (Holt, 1982).

E) Valoración de los reflejos no permanentes y permanentes cuya persistencia o ausencia puede ser causa de interacción disminuida (Fiorentino, 1979, Fraser, Galka y Hensinger, 1980), generalmente se les relaciona con daños neurológicos. Lo interesante de las valoraciones de estos autores es que

describen ampliamente el método para evaluar cada reflejo, la respuesta que se va a observar y la relación con la conducta motora gruesa.

Es importante recordar que en nuestro trabajo estamos considerando a la conducta motora gruesa en primer lugar como un evento que se inicia con respuestas reflejas y que a través de la interacción del sujeto, continúa como conducta operante y en segundo lugar, como la base sobre la cual emergen otros repertorios conductuales del niño. Por eso, basándonos en todo lo que revisamos, decidimos diseñar las evaluaciones (ECR y ECMG) que detallamos en el capítulo anterior, a fin de divulgar la necesidad de utilizar nuevas evaluaciones para la detección oportuna de déficit conductuales.

Es recomendable aplicar primero la ECR y luego la ECMG, de esta forma podemos comprobar si hay relación entre ambas. Estamos convencidas de que estas evaluaciones permiten la detección oportuna de los déficit del sujeto y que al hacer una entrevista adecuada y observaciones objetivas para identificar las características del ambiente en el que se desarrolla el sujeto, se logra un diagnóstico funcional completo.

Reconocemos que la evaluación de reflejos que proponemos requiere de una práctica constante del psicólogo para identificar adecuadamente la presencia o ausencia de un reflejo. Quizá lo más adecuado debiera ser que el pediatra, por ser quien tiene mayor contacto con los niños, la adoptara para ampliar el examen que hace de manera cotidiana y si detecta algún déficit, canalizar al sujeto al servicio adecuado para que los diferentes profesionistas realicen, lo más pronto posible, las intervenciones necesarias que sirvan para mejorar la interacción futura del niño.

Consideramos que no hay una evaluación que por sí sola, y mucho menos, hecha una sola vez, pueda detectar todos los problemas, ya que el manejo de los niños candidatos a retardo o ya con retardo requiere un trabajo multidisciplinario (Ribes, 1980).

El psicólogo puede emitir un diagnóstico de utilidad, basado en estudios del neurólogo, pediatra, fisioterapeuta, la madre misma u otros especialistas y establecer los programas ambientales que van a permitir que surja la interacción faltante en esos sujetos y lograr un mejor desarrollo psicológico.

Con lo anterior, no queremos decir que al psicólogo le esté vedado el adquirir conocimientos de las disciplinas mencionadas. Al contrario consideramos que enriquecido con esos conocimientos, es el más indicado para intervenir en la instalación, modificación, fortalecimiento o eliminación de conductas.

Inmediatamente después de la detección debe iniciarse el Tratamiento Oportuno en función de las necesidades reales del niño considerando tanto las condiciones físicas como sociales para lograr los objetivos conductuales tomando en cuenta quiénes y cómo participarán, por ejemplo, otros profesionistas y los adultos encargados de los niños.

En lo que se refiere a conducta motora el objetivo de un Tratamiento Oportuno debe ser el facilitar la integración social del niño a través del aprendizaje de las conductas motoras apropiadas que le permitan un mejor desenvolvimiento en las tareas cotidianas y luego en la vida educacional y laboral (Curriculum Panameño de Estimulación Precoz; UNICEF, 1980).

El psicólogo poseedor de técnicas para modificar la conducta, tiene como tarea programar el medio, de acuerdo a las necesidades y habilidades del niño, para

aumentar la probabilidad de ocurrencia de conductas motoras o de decrementar conductas inadecuadas, así como establecer repertorios básicos que ayuden al niño a interactuar con el medio y lograr que su desarrollo psicológico sea normal (Lara, 1979 y Klebanoff, 1981).

La importancia de detectar oportunamente ausencias motoras reside en que varias conductas de este tipo requieren de estimulación y práctica, si se desea que aparezcan en el repertorio del niño en el tiempo esperado (Bricker, 1991).

Muchos niños que en edad escolar, muestran un lastimoso grado de retardo, tuvieron una etapa temprana en su vida, en que sólo tenían deficiencias motoras. La interacción de esos pequeños con un medio estandarizado culturalmente, para niños sin deficiencias, instala las condiciones para que más tarde los encontremos no solamente con sus deficiencias motoras, sino también con un limitado repertorio de conductas útiles y tal vez amplio en perturbadoras.

Es común que hasta entonces, la sociedad se haga cargo del problema; tratando, con grandes dificultades de recuperar el tiempo que esos niños ya perdieron.

Consideramos que tanto la Detección Oportuna como el Tratamiento Oportuno persiguen que ese tiempo no se pierda y son además, la mejor forma de enfrentar el problema del retardo en el desarrollo; a pesar de las dificultades educativas económicas, sociales, y tecnológicas de nuestro medio (Ribes, 1975; Galguera, Hinojosa y Galindo, 1984).

El psicólogo conductual, basándose en la descripción de las relaciones funcionales entre los eventos conductuales, ambientales y sus cambios, puede y debe lograr avances en lo que le compete del problema de retardo haciendo hincapié en todas las funciones que es capaz de realizar. Por ejemplo:

- 1) Difundir su capacidad para preparar ambientes y técnicas especiales de tratamiento para establecer o eliminar conductas.
- 2) Diseñar y aplicar evaluaciones periódicas a los niños para evaluar su desarrollo psicológico.
- 3) Guiar a los padres en el manejo conductual de sus hijos a fin de generarles el aprendizaje acorde a sus edades.
- 4) Capacitar a mujeres embarazadas y matrimonios para enfrentar la situación de convivir con un niño, si se sabe que va a nacer con alguna deficiencia.
- 5) Detectar oportunamente, factores o situaciones que puedan alterar el desarrollo psicológico normal en niños mayores.

Creemos que sería benéfico interesar a profesionistas de diferentes disciplinas para que formen equipos multidisciplinarios comprometidos con la atención a niños candidatos a retardo en el desarrollo por causas biológicas o ambientales.

Los médicos pediatras y el personal de estancias infantiles, pueden ser profesionistas ideales para difundir la labor del psicólogo conductual cuando identifiquen alguna anomalía en la conducta de los niños con quienes tratan continuamente.

La atención oportuna y adecuada de estos niños, mejorará su capacidad para que en la medida de lo posible, realicen por sí mismos, las actividades necesarias que les permitan integrarse productivamente a su núcleo social.

TABLA -A-

Organismos recién nacidos	Con equipos sensorial y/o motriz "normales"
Organismos recién nacidos	Con equipos sensorial y/o motriz con "déficit"
Ambiente	Ambiente favorable para el desarrollo Psicológico
Ambiente	Ambiente desfavorable para el desarrollo Psicológico

Aquí se muestran 2 clases de organismos recién nacidos y 2 clases de ambiente. Entendemos por ambiente favorable para el desarrollo psicológico, las condiciones mínimas de salud, nutrición, higiene y estimulación que propicien el aprendizaje.

TABLA - B-

Organismos recién nacidos = Desarrollo psicológico "normales" (con capacidad para interactuar)	Ambiente favorable para el Desarrollo Psicológico
Organismos recién nacidos con "déficit" (con incapacidad para interactuar) + Tratamiento oportuno	= Desarrollo psicológico normal
Organismos recién nacidos = Desarrollo psicológico "normales" (con capacidad para interactuar) + Tratamiento oportuno	Ambiente desfavorable para el Desarrollo Psicológico
Organismos recién nacidos con "déficit" (con incapacidad para interactuar) + Tratamiento oportuno	= Desarrollo psicológico normal

En este Cuadro se presentan los posibles eventos de interacción entre dos clases de ambiente y dos clases de organismos recién nacidos y sus consecuencias con tratamiento oportuno. Entendemos por desarrollo psicológico normal, el progreso de repertorios conductuales que permitirán un avance en la interacción sujeto ambiente para su mejor desempeño.

M E T O D O

SUJETOS

Se trabajó con un niño y una niña, ambos de clase social baja, sin antecedentes de rehabilitación, no hablaban ni controlaban esfínteres.

El niño tenía 1 año, 6 meses de edad y presentaba Síndrome de Down.

La niña tenía 2 años, 7 meses de edad y presentaba Parálisis Cerebral Infantil Espástica.

ESCENARIO

Diferentes áreas de la Clínica Universitaria de Salud Integral de la Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, tales como un salón de clases de seis por cinco metros equipado con sillas. También un cuarto de la sala médica equipada con camas y cunas para hospital. Así mismo un jardín de juegos al aire libre.

MATERIAL

- Entrevista psicológica (Damián, 1984) (Véase Apéndice 1) que contiene los siguientes apartados:
 - Datos Generales del Niño (a)
 - Nivel Económico de la Familia
 - Condiciones de la Vivienda
 - Problemas Sociales de la Familia
 - Problemas de Salud de la Familia
 - Antecedentes y Situación Actual del Niño (a)
 - Antecedentes Conductuales del Niño (a)

Interacción Familiar

Hábitos de Higiene y Alimentación

Expectativas de los padres del niño (a)

- Evaluación de Reflejos Permanentes y No Permanentes (ECR); incluye aparte hojas para registro (Véase Apéndice 2).
- Evaluación de Conducta Motora Gruesa (ECMG) ;incluye espacios para registro (Véase Apéndice 3).
- Juguetes: Payaso, oso de peluche, llaves.

DISEÑO

N= 1 Evaluación y tratamiento .

PROCEDIMIENTO

Este trabajo inició con una Fase Preliminar. Después se aplicaron dos evaluaciones (ECR y ECMG) y tratamiento para dos sujetos.

Fase preliminar

Constó de una entrevista psicológica aplicada a diecinueve padres de familia que tenían algún hijo entre los 0 y 42 meses de edad anotados en la lista de espera de Educación Especial y Rehabilitación en la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) . De ellos se eligieron a dos niños que, de acuerdo a los datos obtenidos en la entrevista, reunían los siguientes requisitos: Requerimiento de tratamiento motor y sin haber tenido antes o en ese momento otra terapia psicológica.

Posteriormente, fueron diagnosticados por un médico a fin de descartar otros posibles daños físicos.

El médico general que revisó al niño lo diagnosticó con nistagmus y tono muscular débil en extremidades inferiores para lo que recomendó actividades que le permitieran su fortalecimiento.

El fisiatra que revisó a la niña, diagnosticó que ella no presentaba luxaciones ni fracturas y sugirió la aplicación de ejercicios de relajación previos a actividades que fortalecieran su tronco.

Después, cada madre con su niño, asistió diariamente a un periodo de ambientación de 10 sesiones de 30 minutos cada una; a fin de familiarizarlos con las diferentes áreas de trabajo. Las madres siempre estuvieron presentes dado que los niños dependían totalmente de ellas. Durante este periodo se observó que el niño no se paraba por sí mismo ni caminaba, pero sostenía su peso corporal con ayuda de una persona y momentáneamente cuando se le dejaba apoyado en la pared, además podía sentarse y adoptar la posición de gateo, pero no mantenía estas posturas, ya que se dejaba caer súbitamente hacia la posición de acostado boca arriba o boca abajo, su madre respondía inmediatamente a estas conductas con abrazos y besos.

La niña permanecía acostada en la posición que se le dejara, es decir, no cambiaba de posición; ponía atención visual en puntos fijos, levantaba y volteaba la cabeza para seguir visualmente los objetos que se le presentaran o la voz de su madre especialmente cuando al mismo tiempo le enseñaba un vaso con yoghurt.

Los datos de la entrevista, el diagnóstico de los médicos y más aún las observaciones hechas en el periodo de ambientación nos condujeron a corroborar que los dos niños eran sujetos idóneos para un tratamiento motor con metodología conductual.

Evaluación

En esta fase, las madres de los niños estuvieron presentes solamente como observadoras. Este periodo de evaluación duró dos semanas en sesiones terciadas de una hora de duración en promedio. La primer semana se ocupó para aplicar, a cada niño la **ECR** en tres ocasiones, una cada tercer día. A cada niño se le valoraron los 10 Reflejos No Permanentes y solamente 13 de los 19 Reflejos Permanentes que contiene esta evaluación, ya sea, porque ellos no adoptaban las posiciones requeridas para ello (Véase Fase Preliminar) y/o por no contar con una tabla de ladeo. Los reflejos permanentes que se descartaron fueron Reacciones al ladeo : en posición de sentado, en posición de cuatro puntos (gateo), en posición de pie, al desequilibrio brusco, al ladeo en posición prona y en posición supina.

En la segunda semana se les aplicó la **ECMG**, también en tres ocasiones, una cada tercer día; esta evaluación se iniciaba tomando el rango que correspondiera a la edad cronológica del niño y retrocedíamos hasta encontrar un rango en el que alcanzara un nivel de ejecución mínimo del 90%. Se descartaron algunas de las categorías conductuales de esta evaluación; por ejemplo, al niño no se le midieron las respuestas correspondientes a las categorías conductuales de sostenerse en pie, caminar, subir y bajar escaleras, contenidas entre los 8 y 18 meses de edad por no poseer esas conductas; y por lo mismo, a la niña no se le midieron las categorías conductuales de sentarse, gatear, girar, sostenerse en pie, caminar, subir y bajar escaleras, correr, saltar, patear, lanzar; contenidas a lo largo de los periodos entre los 7 y 36 meses de edad.

Posteriormente, hicimos una comparación entre las tres aplicaciones de cada una de las evaluaciones (**ECR** y **ECMG**). Consideramos como respuestas correctas, cuando por lo menos en dos aplicaciones aparecía registrado un Reflejo No

Permanente como ausente y un Reflejo Permanente como presente. Se hizo lo mismo con las respuestas de cada categoría de la evaluación de conductas motoras gruesas.

TRATAMIENTO

Antes de describir el tratamiento que se llevó a cabo con cada uno de los niños, es necesario mencionar que al mismo tiempo se fue entrenando a las madres de ambos, para que ellas mismas aplicaran algunas de las actividades de dicho tratamiento en la clínica y en su casa. A ellas se les enseñó a través de técnicas operantes de modelamiento y seguimiento de instrucciones, es decir, se les pedía que observaran la forma en que realizábamos las diferentes actividades con los niños y se les iba explicando qué conductas esperábamos de ellos y cómo y cuándo halagarlos o premiarlos (uso de reforzadores positivos). Para ellas utilizamos reforzamiento social por su buena ejecución en los ensayos que realizaron dentro de la Clínica y cuando cometían algún error se les hacía la observación al final de la sesión.

SUJETO 1

Se propuso como **Objetivo General de Tratamiento:**

“El niño caminará por sí mismo sin caer”.

Variable Dependiente: Conducta de caminar.

Variable Independiente: Procedimientos operantes (instigación física, instrucciones verbales, moldeamiento, reforzamiento social y extinción) .

Definición de la conducta de caminar: "Impulsar el cuerpo hacia adelante, al mismo tiempo que flexiona las rodillas para dar pasos alternadamente".

Para tal finalidad se determinó una secuencia de tres objetivos específicos :

1. "El niño caminará apoyándose en personas, un metro de distancia cuando menos el 90% de los ensayos de 3 sesiones continuas".

Cada sesión se conformó de 20 ensayos, cada uno duraba un minuto o menos, si el niño lograba realizar antes la conducta objetivo.

Actividades:

- Una terapeuta, o la madre, colocaba al niño de pie recargado en la pared.
- Esta persona se quedaba frente a él, lo tomaba de las manos y lo jalaba hacia adelante o lo sostenía de la ropa (instigación física), al mismo tiempo que le instruía "ven camina" (instrucciones verbales). En otras ocasiones, quien aplicaba el tratamiento, se colocaba a espaldas del niño, lo tomaba de las manos jalándolo hacia adelante y con sus propios pies empujaba los del niño (instigación física) .
- Cuando lograba dar unos pasos, se le soltaba suavemente y se le volvía a sostener cuando era necesario. Al principio del tratamiento, todas las aproximaciones de la conducta de caminar, por ejemplo, dar pasos y mantenerse de pie se le reforzaban socialmente con palabras y aplausos, gradualmente se fue haciendo discontinua la entrega de este tipo de reforzamiento otorgándose solo a las respuestas que se aproximaran más a la del objetivo (moldeamiento). Al completar la

conducta objetivo, la madre, instruida previamente, hacía énfasis en el logro del niño ; por ejemplo : lo cargaba y le decía "que bien caminó mi niño" (reforzamiento social) .

Así mismo se dejaban transcurrir 30 segundos, sin prestarle atención (procedimiento de extinción) con la finalidad de decrementar todas aquellas conductas diferentes a la conducta de caminar; (por ejemplo : sentarse, tirarse en el suelo, gatear) e inmediatamente después se iniciaba un nuevo ensayo.

2. " El niño caminará , apoyando sus manos en sillas , una distancia de 3 metros cuando menos el 90 % de los ensayos de 3 sesiones continuas" .

En cada sesión de este objetivo se realizaron 20 ensayos , cada uno con una duración de 1 minuto o menos , según el tiempo que tardara el niño en completar la conducta.

Actividades:

- Los ensayos los iniciaba una terapeuta colocando al niño de pie en un extremo de dos hileras de sillas que se utilizaron como una ayuda física para su conducta de caminar.
- En las sesiones iniciales, una terapeuta se colocaba a espaldas del niño; luego le cogía sus manos y se las apoyaba sobre las sillas (instigación física); al mismo tiempo le decía : así caminamos, vamos por el juguete o vamos con mamá (instrucciones verbales). Conforme avanzaron las sesiones, esos apoyos se retiraron.

- En el extremo opuesto otra terapeuta o la madre se colocaba de pie mostrándole un juguete al mismo tiempo le pedía que caminara llamándolo por su nombre. Se le reforzaban socialmente todas las aproximaciones de avanzar por sí mismo apoyándose o no en las sillas. Este reforzador se fue espaciando gradualmente, otorgándolo solamente para aquellas ocasiones en que se aproximara más a este extremo (moldeamiento), asimismo, cuando completaba la conducta del objetivo, se le entregaba el juguete que podía manipular un minuto antes de iniciar otro ensayo (reforzador positivo)

En la primera sesión la distancia que debía recorrer el niño fue de 180 cms., esta ayuda física se desvaneció aumentando en cada sesión 30 cms. la distancia que existía entre una y otra silla hasta completar los 3 metros especificados en el objetivo.

También aquí se usó un tiempo de 30 seg. sin prestarle atención (procedimiento de extinción) para decrementar, las conductas diferentes a caminar; inmediatamente después se iniciaba un nuevo ensayo.

3. "El niño caminará por sí mismo y sin caer, una distancia mínima de 5 metros cuando menos el 90% de tres sesiones continuas".

Se realizaron en cada sesión 10 ensayos, cada uno con duración mínima de 3 minutos.

Actividades:

- Los ensayos los iniciaba una terapeuta, o la madre, colocando al niño de pie recargado en una pared o sentado en una sillita.

- Inmediatamente después, esta persona se colocaba frente a él, a un metro de distancia aproximadamente y le mostraba un juguete pidiéndole que caminara (instrucciones verbales).
- Cuando el niño empezaba a caminar, la persona se retiraba poco a poco hacia atrás al mismo tiempo que le decía : camina, alcanza el juguete; vámonos caminando con mamá u otras frases semejantes (instrucciones verbales) hasta ajustar 5 metros.

Durante ese trayecto su conducta de caminar era reforzada socialmente de forma intermitente con palabras que enfatizaban su logro, por ejemplo : "Este niño ya camina muy bien" o frases semejantes. Cuando lograba completar la distancia propuesta se le daba el juguete o se le permitía que la madre lo cargara, lo abrazara, besara o asomara a la ventana (reforzamiento positivo).

Cuando el niño no lograba completar la conducta durante el ensayo, se iniciaba de inmediato con otro; igualmente, se ignoraban todas las conductas distintas a caminar (procedimiento de extinción).

SUJETO 2

Se propuso como **Objetivo General de tratamiento** :

"La niña realizará giros activos (sin ayuda) y/o pasivos (con instigación física) hasta alcanzar en cada una de las diferentes posiciones, un nivel de ejecución del 100% de respuestas correctas en cinco sesiones continuas".

Definición de la conducta de girar : "Estando acostada en posición supina girará su cuerpo a posición de lado derecho o izquierdo y viceversa".

Variable Dependiente : Conducta de girar.

Variable Independiente: Procedimientos operantes (instigación física e instrucciones verbales, moldeamiento, reforzamiento social, reforzamiento comestible).

Cabe aclarar que tanto giros activos como pasivos se consideraban respuestas correctas, ya que la idea central en el tratamiento de esta niña era lograr que rodara su cuerpo para cambiar de posición estando acostada .

Cada sesión se iniciaba con alguno de los siguientes ejercicios de relajación :

- Apretar, sin lastimar, poco a poco todo el cuerpo de la niña.
La terapeuta apretaba con su mano las extremidades superiores de la niña, comenzando de la mano hacia el hombro; las extremidades inferiores, desde los pies, hasta los muslos. El tórax de la niña se apretaba con ambas manos comenzando por debajo de los brazos hasta finalizar en la cadera.
- Frotar articulaciones, espalda y palmas de las manos.
Se colocaba a la niña en posición supina sobre la cama, se le frotaban las articulaciones de los brazos, de las manos y de las rodillas con movimientos circulares y las palmas con movimientos ascendentes y descendentes. Posteriormente, se le acostaba en posición prona para frotarle la espalda también con movimientos ascendentes y descendentes.
- Rodarla de un lado a otro.
Se acostaba a la niña en posición supina y la terapeuta la empujaba del costado hacia uno y otro lado.

Una vez terminado el ejercicio de relajación seleccionado, se procedía a implementar en cada sesión, **cuatro objetivos específicos**, cada uno de 5 ensayos.

1)“La niña girará sola (giro activo) de lado derecho a posición supina”.

2)“La niña girará sola (giro activo) de lado izquierdo a posición supina”.

Actividades:

- Se colocaba a la niña acostada sobre la cama, con su cuerpo en posición de lado derecho o izquierdo.
- Una terapeuta o la madre de la niña se colocaba de pie en un lado de la cama a espaldas de aquélla.
- Esta persona le mostraba a la niña un juguete que hacía ruido a fin de llamar su atención, al mismo tiempo le decía, llamándola por su nombre : “voltea, pon tu cuerpo sobre la cama , acuéstate bien” (instrucciones verbales) .

Para las ocasiones en que no realizaba un giro activo se siguió la secuencia de giro pasivo con instigación física que a continuación se describe :

- Se colocaba a la niña con su cuerpo en posición de lado derecho o izquierdo.
- Se levantaba suave y lentamente su pierna contraria a la posición girándosela hasta tocar el colchón, luego se le jalaba ligeramente su hombro hacia el colchón (instigación física) ; al mismo tiempo se le decía : “voltea tu cuerpo acuéstate bien sobre la cama “ (instrucciones verbales) .

- Por último, se le pedía que colocara el brazo sobre el colchón junto a su cuerpo y que volteara su cabeza, por ejemplo : "Pon tu brazo en el colchón y voltear tu cabeza" , guiándola en caso necesario (instrucciones verbales e instigación física).

3. "La niña girará sola (giro activo) de posición supina hacia el lado derecho".

4. "La niña girará sola (giro activo) de posición supina hacia el lado izquierdo".

Actividades:

- Se acostaba a la niña sobre la cama en posición supina.
- Una terapeuta o la madre permanecía de pie en el lado derecho o izquierdo de la cama y se encargaba de mover un juguete al mismo tiempo que llamaba a la niña por su nombre pidiéndole que volteara su cuerpo ; por ejemplo : "voltea tu cuerpo, toma este juguete" (instrucciones verbales).

Para aquellas ocasiones, en que la niña no realizaba un giro activo se siguió la secuencia de giro pasivo que a continuación se describe :

- Se colocaba a la niña en posición supina con los brazos a los lados del cuerpo.
- La terapeuta permanecía de pie del lado donde se requería que la niña girara.
- Esta terapeuta colocaba su mano en un lado de la cara de la niña volteándole su cabeza hacia el lado derecho o izquierdo (instigación física). Después le

levantaba y flexionaba suave y lentamente la pierna contraria a la posición , cruzándosela por la otra pierna hasta que tocara con ella el colchón (instigación física) .

- Luego le cogía el brazo (del mismo lado de la pierna que se levantó) a la altura del hombro y la jalaba lentamente hacia la terapeuta hasta quedar en posición de lado, teniendo cuidado de acomodar su cuerpo (instigación física).

Al principio del tratamiento en todas las posiciones, las aproximaciones de los giros activos o pasivos se le reforzaban socialmente de forma inmediata diciéndole frases que enfatizaban su logro, por ejemplo "muy bien estás moviendo tu cuerpo", además cuando los completaba, sola o con ayuda, se le ofrecía una cucharadita de yoghurt. Al avanzar el tratamiento, estos reforzadores especialmente el comestible, se fueron otorgando de forma intermitente sin una programación especial, solamente para las respuestas que se aproximaran más a la conducta del objetivo (moldeamiento).

RESULTADOS

Evaluación

Reflejos No Permanentes

El niño (Sujeto 1) aún tenía el 30% de los 10 reflejos y el 70% ya ausentes (Véase Tabla 1). La niña (Sujeto 2) tenía el 40% de ellos y el 60% ya ausentes (Véase Tabla 2).

Reflejos No Permanentes observados aún en el Sujeto 1.

Duración del reflejo (Aparece-Desaparece)	Reflejo No Permanente	Participación en la Conducta Motora
0 meses-2 meses	Respuesta de Galant	Interfiere con las funciones motoras de sentarse derecho, pararse y caminar.
0 meses disminuye a los 11-12 meses, desaparece a los 6-7 años.	Reacción de Evitación	Su disminución permite el avance de las conductas motoras de alcanzar y coger objetos.
0 meses - 5 meses	Tono muscular simétrico aumentado del cuello	Interfiere las conductas de gatear y arrastrarse.

Tabla 1.- Aquí se muestran dos de los reflejos no permanentes que por su edad ya no debería presentar el niño aunque la Reacción de Evitación se consideró como respuesta correcta en virtud de la edad a la que desaparece totalmente.

Reflejos No Permanentes observados aún en el Sujeto 2.

Duración del reflejo (Aparece-Desaparece)	Reflejo No Permanente	Participación en la Conducta Motora
0 meses - 3 a 5 meses	Tónico laberíntico en posición prona	Interfiere actividades de extensión de la cabeza.
0 meses - 3 a 5 meses	Tónico laberíntico en posición supina	Interfiere con la acción de jalarse hacia adelante para pasar de acostado a sentado.
0 meses - 2 a 5 meses	Respuesta a la tracción	Interfiere con la posibilidad de alcanzar y coger objetos.
3 a 4 meses - 2 años	Reflejo de Landau	Interfiere la flexión de miembros inferiores para sostenerse en cuatro puntos (gateo).

Tabla 2.-La presencia de estos reflejos no permanentes, que ya deberían estar ausentes dada la edad de la niña, probablemente se debió a que no poseía las motoras operantes que los sustituyen.

Reflejos Permanentes

El niño (S-1) presentó el 100% de los 13 reflejos permanentes que se le evaluaron; y la niña (S-2) únicamente el 61.5%, no presentó el 38.5% (Véase Tabla 3) lo cual se considera como respuestas incorrectas para su edad.

Reflejos Permanentes que no presentó la Sujeto 2.

Ocurrencia Normal	Reflejo Permanente	Participación en la Conducta Motora
0 meses - 2 meses	Orientación óptica en posición prona	Contribuye con motoras que requieren extensión de cabeza.
1 mes - 2 meses	Orientación laberíntica en posición prona	Contribuye con motoras que requieren extensión de cabeza.
4 meses - 11 meses	Prensión refleja con las manos	Contribuye con los movimientos coordinados de las manos y la prensión de pinza.
3 meses - 4 meses	Postura de las manos por percepción visual	Contribuye en la coordinación ojo-mano.
3 meses - 5 meses	Postura de los pies por percepción visual	Contribuye al desarrollo de la marcha.
6 meses	Alineamiento del cuerpo	Permite rodar de supina a prona para gatear.
6 meses - 9 meses	Sostén del peso corporal de pie	Hace posible el sostenerse de pie y caminar.
6 meses - 7 meses	Extensión protectora de brazos hacia adelante	Facilita el gateo y protege la cabeza en las caídas.

Tabla 3.-Es probable que también la ausencia de estos reflejos permanentes en el repertorio conductual de la niña, se debiera a que no poseía numerosas conductas motoras operantes ya esperadas para su edad.

Conducta Motora Gruesa

En las Tablas 4 y 5 se puede apreciar, en términos de frecuencia y porcentaje la cantidad de conductas que presentaban los Sujetos 1 y 2 respectivamente en comparación con las que se esperan para los diferentes rangos que se ajustan a sus edades cronológicas. Así mismo, estos resultados se desglosan por categorías conductuales en las Tablas 6 y 7.

**Comparación de las conductas motoras gruesas
presentadas por el sujeto 1 y las esperadas para su edad.**

Rango de Edad en Meses SUJETO 1	Cantidad de Conductas Esperadas para esa edad	Cantidad de Conductas Presentadas por el Sujeto	Porcentaje %
15-18	14	2	14%
12-15	14	2	14%
11-12	11	5	45%
10-11	11	5	45%
9-10	9	4	44%
8-9	11	7	63%
7-8	11	7	63%
6-7	10	8	80%
5-6	12	12	100%

Tabla 4.-La edad cronológica del niño (S-1) estaba en el rango de 15-18 meses; fue hasta el rango de 5-6 meses donde superó el nivel de ejecución mínimo especificado previamente para esta evaluación. El resultado se debió a que por las características con que ingresó al tratamiento, no presentaba las conductas esperadas para su edad en varias de las categorías conductuales (Véase Fase Preliminar y Tabla 6).

**Comparación de las conductas motoras gruesas
presentadas por el sujeto 2 y las esperadas para su edad.**

Rango de Edad en Meses SUJETO 2	Cantidad de Conductas Esperadas para esa edad	Cantidad de Conductas Presentadas por el Sujeto	Porcentaje %
7-8	11	1	9%
6-7	10	2	20%
5-6	12	4	33.3%
4-5	11	6	54.4%
3-4	11	7	63.6%
2-3	9	7	77.8%
1-2	8	7	87.5%
0-1	9	8	88.9%

Tabla 5.-La edad cronológica de la niña (S-2) estaba en el rango de 30-36 meses, fue hasta el rango de 0-1 mes que se aproximó, sin alcanzarlo, al nivel de ejecución mínimo que se había especificado para esta evaluación. En el rango 7-8 meses, sólo se le evaluó la categoría conductual de Control de la Cabeza, poseía una de las dos respuestas que incluye. No se evaluaron otras categorías conductuales de este rango ni de otros, por las características con que ingresó a tratamiento (Véase Fase Preliminar y Cuadro 7)

TABLA 6

TABLA COMPARATIVA DE LAS CONDUCTAS MOTORAS GRUESAS ESPERADAS EN NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS (N) Y LAS QUE PRESENTÓ EL SUJETO 1 (S1)

Categoría	0-1		1-2		2-3		3-4		4-5		5-6		6-7		7-8		8-9		9-10		10-11		11-12		12-15		15-18		18-21		21-24		24-30		30-36		36-42		42-48								
	N.	S1	N.	S1	N.	S1	N.	S1	N.	S1	N.	S1	N.	S1	N.	S1	N.	S1	N.	S1	N.	S1	N.	S1	N.	S1	N.	S1	N.	S1	N.	S1	N.	S1	N.	S1	N.	S1	N.	S1							
Control de la cabeza	7	6	5	5	5	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2				
Sentarse	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
Gatear	1	1	1	1	1	1	2	0	2	0	2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	
Glirar	1	2	3	4	2	2	3	3	5	3	2	4	3	4	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
Sostenerse en pie	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	2	0	2	0	1	0	3	0	4	0	6	5	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
Caminar																																															
Subir y Bajar Esc.																																															
Correr																																															
Saltar																																															
Patear																																															
Lanzar																																															

1: Rango donde alcanzó el nivel de ejecución requerido. 2: Edad cronológica del Sujeto

TABLA 7
**COMPARACION DE LAS CONDUCTAS MOTORAS GRUESAS
 ESPERADAS EN NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS (N) Y LAS QUE PRESENTÓ EL SUJETO (S2)**

Rangos de edad en meses	0-1		1-2		2-3		3-4		4-5		5-6		6-7		7-8		8-9		9-10		10-11		11-12		12-15		15-18		18-21		21-24		24-30		30-36		36-42		42-48												
	N.	S2N.	N.	S2N.	N.	S2N.	N.	S2N.	N.	S2N.	N.	S2N.	N.	S2N.	N.	S2N.	N.	S2N.	N.	S2N.	N.	S2N.	N.	S2N.	N.	S2N.	N.	S2N.	N.	S2N.	N.	S2N.	N.	S2N.	N.	S2N.	N.	S2N.	N.	S2N.											
Categoría Conductual	7	6	5	5	6	5	5	4	3	2	2	1																																							
Control de la cabeza	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	0	1	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1										
Sentarse	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1								
Gatear	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1								
Girar																																																			
Sostenerse en pie																																																			
Caminar	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	0	3	0	4	0	6	0	5	0	4	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3							
Subir y Bajar Esc.																																																			
Correr																																																			
Saltar																																																			
Patear																																																			
Lanzar																																																			

Rango donde se aproximó al nivel de ejecución requerido

Edad
 cronológica del
 sujeto

RESULTADOS

Tratamiento

Sujeto 1

1. Caminar con apoyo de personas, una distancia de un metro. Aunque los primeros intentos de caminar surgieron a partir de la 4a. sesión, desde el inicio se observó un incremento del tiempo en que el niño permanecía de pie recargado en la pared debido a las contingencias de refuerzo que ya operaban desde ese momento.

Fueron necesarias ocho sesiones para alcanzar el nivel de ejecución requerido (Véase Tabla 8).

Conducta de caminar con apoyo de personas del sujeto 1.

ENSAYOS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	R.C.
S	1																				0%
E	2																				0%
S	3																				0%
I	4	•		•			•		•	•							•	•		•	40%
O	5	•		•		•		•		•	•	•					•	•			55%
N	6	•	•	•		•		•		•	•	•					•	•			90%
E	7	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	100%
S	8	•	•	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	95%

Tabla 8.-Las viñetas (•) señalan los ensayos donde el niño emitió respuestas correctas.

2. Caminar apoyando sus manos en sillas una distancia de tres metros. Sus primeros intentos de caminar consistieron en adelantar primero un pie, luego otro, extendiendo los brazos para sostenerse en las sillas. Cuando avanzaba lateralmente, se le aplicó la instigación física para que caminara de frente, éste procedimiento se utilizó en varios ensayos de las sesiones 9 a 14; en las siguientes, 15 a 17, bastaba con darle instrucciones verbales al niño para que caminara entre las hileras y alcanzara el juguete en el extremo opuesto, incluso dio evidencias de no requerir el apoyo, ya que no colocaba sus manos sobre las sillas (Véase Tabla 9).

3. Caminar sin caer y sin apoyo una distancia mínima de cinco metros. En varios ensayos de estas sesiones, el niño pasaba la mayor parte del tiempo caminando pero apoyándose en la silla que se utilizaba para sentarlo o en la pared, por esta razón no se registraba su conducta. Sin embargo, se le instigaba físicamente tomándolo de la mano y soltándolo por momentos al mismo tiempo que se le instruía verbalmente que caminara. Cuando avanzaba unos pasos sin el apoyo se le reforzaba socialmente. Poco a poco fue incrementando la distancia que caminaba por sí mismo y sin caer por toda el área de trabajo, incluso abría y cerraba los cajones de los muebles que estaban en ese lugar. En las últimas sesiones; caminaba rápido abarcando tanta distancia que ya no se medía ésta. Fueron nueve sesiones, de la 18 a la 26, las que se aplicaron de este objetivo para dar por concluido el tratamiento (Véase Tabla 10).

Conducta de caminar apoyando sus manos en sillas del sujeto 1.

ENSAYOS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	R.C.	
9																						0%
S	10		•																			5%
E	11	•		•		•			•		•	•				•						35%
S	12		•															•				15%
I	13	•	•						•	•		•	•	•		•	•	•	•			55%
O	14	•		•		•		•			•		•		•	•		•	•			50%
N	15	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	95%
E	16	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	100%
S	17	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	100%

Tabla 9.-Las viñetas (•) señalan los ensayos donde el niño emitió respuestas correctas.

Conducta de caminar sin caer y sin apoyo del sujeto 1.

ENSAYOS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RC
S	18				•	•	•			•	40%
E	19		•	•	•	•				•	60%
S	20	•	•	•	•	•				•	70%
I	21	•	•	•	•	•	•	•	•	•	100%
O	22	•			•	•	•	•	•		70%
N	23	•		•	•	•		•	•	•	80%
E	24	•	•		•	•	•	•	•	•	90%
S	25	•	•	•	•	•	•	•	•	•	100%
	26	•	•	•	•	•	•	•	•	•	100%

Tabla 10.-Las viñetas (•) señalan los ensayos donde el niño 1 emitió respuestas correctas.

Sujeto 2

En los cuadros que se presentan a continuación se denotan con una "A" los giros activos de la niña, con una "P" los giros pasivos, y una "X" para especificar que no hubo respuesta.

Desde que comenzó el tratamiento la niña se mostró cooperadora, rara vez no respondió; sus giros activos en todas las posiciones, fueron menores en frecuencia que los pasivos. Cabe mencionar que en el caso de giros pasivos era importante la cooperación de la niña, ya que si no se daba ésta, aún con la instigación física, no completaba un giro, así fueron los casos en que no dio evidencia de respuesta.

Giros Activos o Pasivos de lado Derecho a Posición Supina

Alcanzó el nivel de ejecución requerido en 20 sesiones que comprendieron un total de 100 ensayos: 26 fueron giros activos y 61 giros pasivos o sea un total de 87 respuestas correctas y 13 sin respuesta.

A partir de la sesión 12 comenzó a realizar giros activos (Véase Tabla 11).

Giros Activos o Pasivos de lado Izquierdo a Posición Supina

Fueron necesarias 18 sesiones para que la niña alcanzara el nivel de ejecución requerido, esto nos dio un total de 90 ensayos: 12 fueron giros activos y 58 giros pasivos esto es 70 respuestas correctas y 20 sin respuesta. Fue a partir de la sesión 13 que ella empezó a realizar giros activos (Véase Tabla 12).

Giros Activos o Pasivos de Posición Supina a lado Derecho

El nivel de ejecución lo alcanzó la niña en 25 sesiones donde se realizaron 125 ensayos: 11 fueron giros activos y 98 giros pasivos o sea un total de 109 respuestas correctas y 16 sin respuesta. Aproximadamente a partir de la sesión 17 ella presentó giros activos (Véase Tabla 13).

Giros Activos o Pasivos de Posición Supina a lado Izquierdo

También en esta posición, la niña alcanzó el nivel de ejecución en 25 sesiones donde se realizaron 125 ensayos: 11 de ellos fueron giros activos y 94 giros pasivos o sea un total de 105 respuestas correctas y 20 sin respuesta. En este caso fue a partir de la sesión 21 que comenzó a realizar giros activos (Véase Tabla 14).

En el caso de estas dos últimas posiciones, se observó que la niña movía su tronco y piernas logrando incluso despegar su cuerpo de la cama, y aunque rara

Giros activos o pasivos de lado derecho a posición supina del sujeto 2.

ENSAYOS

		1	2	3	4	5	R.C.
S E S I O N E S	1	P	P	P	P	P	100%
	2	P	P	P	P	P	100%
	3	P	X	X	P	P	60%
	4	X	X	P	P	P	60%
	5	P	P	P	P	P	100%
	6	P	P	X	P	P	80%
	7	X	P	P	X	P	60%
	8	P	X	P	P	P	80%
	9	P	P	P	P	P	100%
	10	P	P	X	P	X	60%
	11	P	P	P	P	P	100%
	12	P	P	A	X	P	80%
	13	A	A	P	P	A	100%
	14	A	A	P	P	X	80%
	15	A	A	P	X	A	80%
	16	P	A	P	P	A	100%
	17	A	P	A	A	P	100%
	18	A	A	A	P	A	100%
	19	A	P	A	A	A	100%
	20	A	P	A	A	A	100%

Tabla 11.-En las últimas cinco sesiones de este objetivo (16 a la 20), la niña presentó 8 giros pasivos y 17 activos. Fue en esta posición donde realizó más giros activos.

Giros activos o pasivos del lado izquierdo a posición supina del sujeto 2.

ENSAYOS

		1	2	3	4	5	R.C.
S	1	P	P	X	P	X	60%
	2	P	X	X	P	X	40%
	3	P	X	X	P	X	40%
E	4	X	X	P	P	P	60%
	5	X	P	P	P	P	80%
S	6	P	X	P	P	X	60%
	7	P	P	P	P	X	80%
I	8	P	P	X	X	P	60%
	9	P	P	P	P	P	100%
O	10	P	P	P	P	X	80%
	11	P	P	X	X	P	60%
N	12	P	P	P	P	P	100%
	13	P	P	A	P	X	80%
E	14	P	P	P	P	P	100%
	15	A	P	A	P	A	100%
S	16	P	P	P	P	P	100%
	17	A	A	A	P	A	100%
	18	A	A	A	A	P	100%

Tabla 12.-En las cinco últimas sesiones de este objetivo (14 a la 18), la niña realizó 14 giros pasivos y 11 activos.

Giros activos o pasivos de posición supina a lado derecho del sujeto 2.

ENSAYOS

		1	2	3	4	5	R.C.
	1	X	P	P	P	P	80%
	2	P	X	P	P	P	80%
	3	P	P	P	P	P	100%
	4	P	X	P	P	P	80%
S	5	P	P	P	P	P	100%
	6	P	X	P	P	P	80%
E	7	P	X	P	P	P	80%
	8	P	P	X	P	P	80%
S	9	P	P	X	P	P	80%
	10	P	P	P	P	P	100%
I	11	P	P	P	P	X	80%
	12	P	P	X	P	P	80%
O	13	P	P	P	P	P	100%
	14	P	P	P	P	P	100%
N	15	P	P	X	P	P	80%
	16	P	P	P	P	P	100%
E	17	P	X	A	P	P	80%
	18	P	P	X	P	X	60%
S	19	P	P	P	P	X	80%
	20	P	P	A	X	X	60%
	21	P	P	P	P	P	100%
	22	P	P	A	P	P	100%
	23	P	P	P	P	P	100%
	24	A	A	A	P	A	100%
	25	A	A	A	P	A	100%

Tabla 13.-En las cinco últimas sesiones (21 a la 25), la niña realizó 9 giros activos y 16 pasivos. Fue en esta posición donde realizó más giros pasivos.

Giros activos o pasivos de posición supina al lado izquierdo del sujeto 2.

ENSAYOS

		1	2	3	4	5	R.C.
S E S I O N E S	1	P	X	X	P	P	60%
	2	P	P	P	X	P	80%
	3	P	P	P	X	P	80%
	4	P	X	X	P	X	40%
	5	P	X	P	P	P	80%
	6	P	P	P	X	P	80%
	7	P	P	P	P	P	100%
	8	P	P	P	P	X	80%
	9	X	X	P	P	P	60%
	10	P	P	P	P	P	100%
	11	P	P	P	P	P	100%
	12	P	X	X	P	P	60%
	13	P	P	P	P	P	100%
	14	P	P	P	P	P	100%
	15	P	P	X	X	P	60%
	16	P	P	X	P	X	60%
	17	P	P	P	P	P	100%
	18	P	P	X	P	P	80%
	19	P	P	P	P	P	100%
	20	P	P	P	X	P	80%
	21	P	P	A	P	P	100%
	22	P	P	A	P	A	100%
	23	P	P	A	P	P	100%
	24	A	A	P	A	A	100%
	25	A	A	A	A	P	100%

Tabla 14.-En las cinco últimas sesiones de este objetivo (21 a la 25), la niña realizó 11 giros activos y 14 pasivos

CONCLUSIONES

El propósito de este trabajo fue diseñar nuevas formas de evaluación de la conducta motora gruesa en niños de 0 a 4 años de edad a fin de detectar oportunamente, deficiencias en esta área y programar entonces, un tratamiento adecuado que impidiera el avance hacia el retardo en el desarrollo. Reiteramos que el beneficio sería mayor si el tratamiento oportuno se aplicara a niños candidatos a retardo en el desarrollo; es decir, cuando se detecta la deficiencia pero que aún el niño está a tiempo de aprender las conductas faltantes porque todavía no se cumple el plazo máximo en que deben aparecer aquéllas.

Para lograr lo anterior, nos dimos a la tarea de estudiar cómo evoluciona la conducta motora gruesa en el desarrollo psicológico normal de los niños. Al avanzar, nos percatamos de la relación entre conducta refleja y conductas motoras operantes. De aquí la importancia de haber proyectado el diseño de dos evaluaciones, una en Reflejos No Permanentes y Reflejos Permanentes (ECR) y otra en conducta motora gruesa (ECMG) desde el nacimiento hasta los cuatro años de edad. La parte más difícil, fue realizar una extensa compilación de lo que otros autores ya habían descrito sobre conducta motora gruesa y conducta refleja para posteriormente, al aplicar la metodología del análisis conductual, describir cada conducta elegida en términos de relaciones funcionales.

En virtud de lo anterior, consideramos que ambas evaluaciones (ECR y ECMG), son un instrumento valioso de detección verdaderamente oportuna de deficiencias en el área motora que dejadas sin atender, con el paso del tiempo, pueden generar retardo en el desarrollo cuando aún no está instalado o agravarlo si ya es evidente.

Es probable que nuestro trabajo no esté exento de error; en primer lugar, por nuestra falta de experiencia en la observación de respuestas reflejas y segundo,

porque sólo fue posible aplicarlas a dos niños con deficiencias motoras que evidenciaban ya un importante retardo en el desarrollo. Sin embargo, hay cuatro puntos que nos parecen relevantes:

1) Para aplicar adecuadamente la ECR, en lo que corresponde a Reflejos No Permanentes (Véase Apéndice 2), se debe tener atención en la edad a la que desaparecen, ya que sucede en diferentes lapsos del desarrollo y la cantidad de respuestas correctas e incorrectas dependerá de la edad del niño a evaluar. Además, en la columna referente a la Participación en la conducta motora hay que tomar en cuenta lo siguiente: Es posible que la terminología utilizada por los autores investigados, cuando se refieren al efecto de la presencia de un reflejo que ha persistido más allá de la edad en que debe desaparecer, tenga que cambiarse para entender mejor lo que está pasando. Por ejemplo: La persistencia de los reflejos tónico laberínticos en posiciones prona o supina se dice que "interfiere" con acciones de extensión de la cabeza y de jalarse hacia adelante (ambas operantes). Nosotras asumimos que en realidad no interfiere, esos reflejos están presentes porque no han sido reemplazados por las operantes que los sustituyen.

¿Por qué no ha sucedido eso?, es otro problema digno de estudiarse a fondo, pero no avanzaríamos, si nos quedamos solamente en la idea de que la persistencia del reflejo "impide" o "interfiere" con la aparición de la operante. Es posible que ganemos más si consideramos que los reflejos no permanentes desaparecen cuando son sustituidos por operantes lo cual va más de acuerdo con el desarrollo psicológico y fisiológico normal. Identificar una deficiencia motora a través de la evaluación de reflejos puede alertarnos para diseñar un programa de tratamiento oportuno, especialmente por las edades realmente tempranas que se especifican en la evaluación.

2) La ECR contiene además una lista de reflejos permanentes que no siempre se encuentran desde el nacimiento, no desaparecen sino por el contrario, favorecen

el desarrollo motor normal. Conforme los niños avanzan en edad, los reflejos permanentes parecen menos evidentes porque las respuestas que involucran tienen más características de conducta operante. Es posible que tanto el reflejo permanente como la respuesta operante estén presentes a la vez en diversas intensidades, conjugándose en la realización de movimientos coordinados. No se debe descuidar que la debilidad o ausencia de estos reflejos, puede ser un indicio importante de problemas futuros en el área motora y relacionarse con daños neurológicos que afectan el desarrollo motor normal. Sin embargo, tampoco debemos quedarnos solamente con ese conocimiento sino igual que con los reflejos anteriores debemos aprovechar esa indicación para programar el tratamiento oportuno conveniente.

3) En la evaluación de conducta motora gruesa, un aspecto valioso de tomar en cuenta, es su funcionalidad para iniciar la aplicación en el rango que más convenga después de la observación cuidadosa de las características de los niños a quienes se deba valorar. Por ello, es conveniente familiarizarse con esta evaluación antes, a fin de conocer las categorías conductuales, las respuestas involucradas y el material que se utilizará en la valoración. Otro aspecto importante, es la forma en que están descritas las respuestas, porque conducen a la descripción operacional de los objetivos conductuales apropiados para un tratamiento motor.

4) También es importante tomar en cuenta que aunque la evaluación que diseñamos fue útil para darnos evidencias del repertorio motor de ambos niños, las observaciones que se realizaron en la Fase Preliminar resultaron útiles para completar un diagnóstico funcional; ya que las condiciones de estímulo que rodeaban a los sujetos, propiciaban su falta de interacción en cuanto a sus conductas faltantes. Por eso se entrenó a las madres de ellos, a fin de que, ocasionalmente, aplicaran en las sesiones terapéuticas las actividades del tratamiento, ya que estábamos convencidas de que su participación iba a ser muy

importante, por ser ellas quienes pasaban el mayor tiempo con sus niños y porque dispensaban reforzamiento social a conductas que interferían la adquisición de otras necesarias para el desarrollo motor de los niños. Entonces si las enseñábamos a proporcionar ese reforzamiento a las conductas apropiadas, ellos iban a ser capaces de adquirirlas y para ellas mismas esos logros serían reforzantes.

No llevamos un registro de la ejecución de las madres antes del tratamiento ni como terapeutas de sus hijos, porque nuestra atención se centró en los objetivos propuestos relacionados exclusivamente con la ejecución de los niños.

A lo largo de nuestro trabajo, quedó claro nuestro interés de haber elegido el área motora ya que es la primera donde se observa con claridad una deficiencia y por tanto es fácil inferir sus repercusiones en otras áreas del desarrollo psicológico, lo cual justifica la importancia de un tratamiento motor oportuno. Sin embargo, esto es sólo una pequeña parte de lo que puede lograrse con la detección oportuna de niños con deficiencias, ya que lo conveniente, sería cubrir a la vez todas las áreas del desarrollo psicológico a fin de propiciar la interacción faltante de los niños candidatos o retardados con el medio que les rodee.

De tal forma, la creación de nuevas evaluaciones en otras áreas del desarrollo, con la metodología que utilizamos, es una tarea imprescindible para investigaciones futuras.

En cuanto al tratamiento, los logros obtenidos confirman la teoría del análisis conductual aplicado en tanto que al modificar las contingencias ambientales de los niños, se pudieron generar cambios en sus conductas.

Según la ECMG, el niño aparentemente carecía de varias conductas motoras gruesas, sin embargo, en las observaciones de la Fase Preliminar, nos

percatamos de que poseía más de las que se pudieron registrar porque no eran consistentes y entonces no se consideraron como respuestas correctas en ese momento ya que presentaba un repertorio rico en perturbadoras. Las llamamos así a estas últimas, porque no favorecían el aprendizaje de la conducta de sostenerse en pie y mucho menos de caminar, sin embargo, se presentaban con frecuencia porque eran atendidas por la madre; quizás hubiera sido interesante tomar un registro de tales conductas pero solamente las sometimos al procedimiento operante de extinción durante el tratamiento. Por estas observaciones, a ella se le enseñó a reforzar únicamente las conductas de sostenerse en pie y caminar, logrando con ello, después de aproximadamente tres meses de tratamiento, que el niño caminara por sí mismo sin caer.

La funcionalidad de la ECMG se comprobó también con la evaluación de la niña porque desde la Fase Preliminar observamos que no poseía la gran mayoría de las categorías conductuales correspondientes a los rangos de edad comprendidos desde los 7 meses hasta su edad cronológica de 31 meses, por lo tanto no fue necesario aplicar la evaluación completa. En el rango de 7 a 8 meses, evaluamos únicamente la categoría conductual de Control de la Cabeza, de la que poseía únicamente una respuesta de las dos que incluye.

En el tratamiento que se le aplicó fue útil la intervención del fisiatra para diseñar el tratamiento adecuado a las características de la niña. Aunque después de aproximadamente cuatro meses de tratamiento, la niña ocasionalmente daba evidencias de cambiar de posición por sí misma estando acostada, dudamos de la consistencia de su conducta, porque aunque alcanzó los niveles de ejecución programados para cada objetivo, en muchos ensayos se requirió de la instigación física, creemos que lo ideal hubiera sido que presentara un mayor número de giros activos o cuando menos prolongar el tratamiento, sin embargo, ya no le era posible a la madre, continuar llevando a la niña a las sesiones terapéuticas.

Inferimos que el cambio conductual observado en la niña se debió a las características reforzantes de su madre, lamentablemente no hicimos un registro para identificar si existió una diferencia en el tipo de giros (activos o pasivos) que presentaba con su madre o con nosotras; así como también no fue posible establecer el efecto aislado de cada variable independiente utilizada en su tratamiento.

Para trabajos futuros relacionados con la instalación de interacciones conductuales, después del tratamiento se deben volver a aplicar las evaluaciones que sirvieron como línea base, a fin de conocer más ampliamente los logros obtenidos porque seguramente se originan también avances en otras categorías conductuales del área tratada e incluso de otros repertorios conductuales.

A pesar de las fallas metodológicas, que pueda presentar este trabajo, podemos decir que el éxito de un programa de modificación conductual depende en gran parte de la observación objetiva del psicólogo para identificar los reforzadores y otras características del sujeto que mantienen o que pueden propiciar cualquier tipo de conducta, por lo que no debe reducir su labor únicamente a aplicar una evaluación y a partir de sus resultados iniciar un tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- Bakwin, H. y Morris, R. (1974). "Desarrollo Motor". Desarrollo psicológico del niño normal y patológico. Págs. 22-27. Editorial Interamericana.
- Bayés, R. (1979). El psicólogo, el médico y el retardo en el desarrollo. Psicología y medicina. Interacción, cooperación, conflicto. Breviario de la conducta humana. Editorial Fontanella. Barcelona, España. No. 14, Páginas 81-95.
- Bijou, S. W. (1979). "Teoría e Investigación sobre el retardo mental (en el desarrollo)", 1963. En Bijou, S. W. y Baer, D. M. Psicología del desarrollo infantil. Vol. 2. Lecturas en el Análisis Experimental. 3ª Reimp. Editorial Trillas. México.
- Bijou, S.W y Baer, D.M. (1980). Psicología del desarrollo infantil. Vol. 1. Teoría empírica y sistemática de la conducta. Décima primera Reimp. Editorial Trillas, México.
- Bijou, S.W. y Baer, D.M. (1982). Psicología del desarrollo infantil. La etapa básica de la niñez temprana. Vol. 3, 1ª edición. Editorial Trillas. México.
- Bijou, S.W y Grimm, J.A. (1978). "Diagnosís y evaluación conductual en la enseñanza de niños pequeños desventajados, en Bijou, S. y Rayeck, E. Análisis conductual aplicado a la instrucción. Editorial Trillas, México.
- Bricker, D (1991). Educación temprana de niños en riesgo y disminuidos. De la primera infancia a preescolar. Editorial Trillas. México.
- Cabrera, M.C. y Sánchez Palacios, C. (1980). La estimulación precoz: Un enfoque práctico. Pablo del Río, Editor. Madrid
- Curriculum de estimulación precoz del Instituto panameño de habilitación especial y el Consejo Operativo panameño de estimulación temprana, 1980. Editorial Piedra Santa. UNICEF.
- De Fontaine, J. (1978). Terapia y reeducación psicomotriz del desarrollo psicomotor a la relación terapéutica, págs. 2 - 38. Psicología genética de la persona del nacimiento a los seis años. Editorial Médica y Técnica. Barcelona.
- Dmitriev, V. (1981). Educación temprana y el Síndrome de Down. Programa regional de estimulación temprana. Noviembre. UNICEF.

- Dubose, R.F.; Dmitriev, V. y Oelwein, P. (1980). Manual development sequence performance inventory. Washington.
- Evans, D. E. (1987). Educación Infantil Temprana. Tendencias actuales. "Cambios en las normas de la Educación temprana". Editorial Trillas. México.
- Finnie, N.R. (1976). Atención en el hogar del niño con parálisis cerebral. 2º edición. La Prensa Médica Mexicana, México.
- Florentino, M. (1979). Métodos de Examen de Reflejos para evaluar el desarrollo del sistema nervioso central. La Prensa Médica, México.
- Fitzgerald, Strommen y Mckinney (1981). Psicología del Desarrollo. El Lactante y el Preescolar. Páginas 47 - 77. Editorial El Manual Moderno, México.
- Fraser, B.A.; Galka, G. y Hensinger, R. (1980). Gross Motor. Management of severaly multiply impaired students. Volume I and II. Evaluation and curriculum model, University Park Press. Baltimore, Maryland.
- Galguera, I. ; Hinojosa, R. G. y Galindo, C. E. (1984). El retardo en el desarrollo. Teoría y práctica. Editorial Trillas. México.
- Galindo , E.; Bernal, T. ; Hinojosa, G.; Galguera, M. I.; Taracena, E. y Padilla, F. (1981). Modificación de conducta en la educación especial: Diagnóstico y Programas. 1ª Reimp. Editorial Trillas, México.
- Gesell, A. y Amatruda, C. (1974). Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Vol. I. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Gesell, A.(1981). El niño de 1 a 4 años, 1ª Reimpresión. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- González Mas, R. (1977). Estimulación sensoriomotriz precoz. Servicio internacional de información sobre subnormales. San Sebastián, España.
- Guevara (1980). Una alternativa con bases conductuales para la implementación de la terapia física en México. Tesis profesional. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala.
- Guía de padres del programa de desarrollo del niño de 0 a 5 años a través de padres de familia y miembros de la comunidad. SEP. Dirección de Educación Inicial.

Hanson, M.J. (1979). Programa de intervención temprana para niños mongólicos -Guía para padres- en: Programa del Centro de Desarrollo Humano. Universidad de Oregon, San Sebastian, SIIS.

Holt, K.S. (1982). Tribuna Médica. Examen neurológico del recién nacido. No. 507, Tomo XLIII, Julio.

Hurlock, E. B. (1982). Desarrollo del niño. Caps. I - VI. 2ª edición. Mc Graw-Hill. México.

Klebanoff, H. y cols.(1981). Estimulo en la casa para el niño con problemas en el desarrollo.

Lara, J. (1979). Estudio de casos con modificación de conducta en la rehabilitación del paralítico cerebral. Tesis profesional.

Löwe, A. (1982). Estimulación temprana del bebé sordo. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.

Löwe, A. (1982) Detección, diagnóstico y tratamiento temprano en los niños con problemas de audición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.

Mussen, P. H.; Conger, J.J. y kagan, J. (1982). Desarrollo de la personalidad en el niño. Caps. del I al V. 2ª edición. Editorial Trillas, México.

Naranjo, C. (1981). Ejercicios y juegos para mi niño de 0 a 3 años, 2ª edición, UNICEF.

Naranjo, C. (1981). Mi niño de 0 a 6 años. UNICEF.

Peech Proyect. (1976). Institute for child behavior and development. University of Illinois, Urbana- Champaign, grant funds through the Bureau of Education for the Handicapped, U.S. Office of Education, Department of Health, Education and Welfare.

Pérez, N. (1978). "Problemas de la implementación de programas para el desarrollo infantil". Editorial Trillas. México.

Piaget, J. (1973). Estudios de psicología genética, 4ª Impresión. Emecé, Editores, Buenos Aires.

- Ribes, I. E. (1975). "Algunas consideraciones sobre la prevención del retardo en el desarrollo". Trabajo presentado en el II Congreso Interamericano de Retardo Mental. Panamá, agosto.
- Ribes, I.E. (1978). Técnicas de modificación de conducta. Su aplicación al retardo en el desarrollo. 5ª. Reimpresión. Editorial Trillas.
- Ribes, I. E. (1980). "La interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en la enseñanza de la psicología", trabajo presentado en la V Jornada de aniversario de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales, Iztacala.
- Sabogal, F. y Otero, R. (1975). Aprendizaje Temprano: Una revisión. Revista Latinoamericana de Psicología. Bogotá, Colombia.
- Salas, A. M. (1979). Síndromes pediátricos fisiopatología clínica y terapéutica. "Desarrollo Neurológico del Niño". Cap. I., La Prensa Médica Mexicana, México.
- Sansalvador, J. (1998). Estimulación precoz en los primeros años de vida. Ediciones Ceac, Barcelona.
- Share, J y French, R. (1982). Motor development of Down Syndrome children: Birth to six years.
- Sheppard, W.C. y Willoughby, R.H. (1975). Motor Behavior. Child Behavior Learning and Development. Rand Mc Nally, College Publishing Co., Chicago.
- Skinner, B.F. (1973). Más allá de la libertad y la dignidad. 2a. edición. Editorial Fontanella. Barcelona.
- Skinner, B.F. (1979). Tecnología de la Enseñanza, página 10, 4ª edición. Editorial Labor, Barcelona.
- Thompson, R.F. (1977). Introducción a la psicología fisiológica. "Control motor e integración sensitivo-motora" Editorial Harla, México.

Apéndice 1
Centro de Educación Especial y Rehabilitación
E.N.E.P.I.
Entrevista
Milagros Damián y Cols., 1984.

Índice

1. Datos Generales
 - 1.1. Del niño (a)
 - 1.2. De la familia
2. Nivel Económico de la Familia
 - 2.1. Ingresos
 - 2.2. Egresos
3. Condiciones de la Vivienda
 - 3.1. Características de la Vivienda
 - 3.2. Construcción de la Vivienda
 - 3.3. Distribución de la Vivienda
 - 3.4. Servicios Públicos, Transporte y Centros Recreativos
4. Problemas Sociales de la Familia
5. Problemas de Salud de la Familia
 - 5.1. Enfermedades Hereditarias
 - 5.2. Antecedentes Nutricionales de la Familia
6. Antecedentes y Situación Actual del Niño (a)
 - 6.1. Etapa Prenatal
 - 6.2. Etapa Perinatal
 - 6.3. Etapa Postnatal
7. Antecedentes Conductuales del Niño (a)
 - 7.1. Conductas Cognoscitivas
 - 7.2. Conductas Motoras
 - 7.3. Conductas de Lenguaje y Socialización
 - 7.4. Conductas de Autocuidado
8. Interacción Familiar
 - 8.1. Relaciones Familiares
 - 8.2. Relaciones de la Familia con el Niño (a)
 - 8.3. Interacción del Niño (a) con Objetos
9. Hábitos de Higiene y Alimentación
 - 9.1. Rutina Diaria de Aseo y Sueño
 - 9.2. Hábitos Alimentarios del Niño (a)
 - 9.3. Consecuencias a las Conductas Emitidas por el Niño (a)
10. Expectativas de la Familia

Apéndice 1

Control Interno _____
Núm. Exp. Méd _____
Núm. Exp. Psic. _____
Diagnóstico inicial _____

1. Datos Generales

1.1. Del Niño (a)

1. Nombre

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____

2. Domicilio:

Calle _____ Núm. _____ Colonia _____

C. P. _____ Ciudad _____ Estado _____ Teléfono _____

3. Sexo _____ 4. Edad _____
Años Meses Días

5. Fecha de Nacimiento _____
Año Mes Día

6. Lugar de Nacimiento _____
Ciudad Estado

7. ¿Quién cuida al niño (a) ?

Mamá () Papá () Hermano () Otro ()

8. En caso de no cuidarlo la mamá, nombre de la persona que lo atiende

Edad _____ Escolaridad _____ Parentesco _____

Apéndice 1

9. Domicilio

Calle	Núm.	Colonia	C. P.	Ciudad
<hr/>				
Teléfono				

1.2. De la Familia

1. Número de personas que viven en el hogar _____

Adultos _____ Niños _____

2. ¿Qué lugar ocupa el niño (a) en la familia?

Nombre	Edad	Edo. Civil	Ocupación	Horario	Escolaridad
Padre:					
Madre:					
Hermano 1:					
Hermano 2:					
Hermano 3:					
Hermano 4:					
Hermano 5:					

Apéndice 1

Si además de los padres e hijos viven otras personas en la misma casa, llene el siguiente cuadro:

Nombre	Edad	Edo. Civil	Ocupación	Escolaridad	Parentesco

2. Nivel Económico de la Familia

2.1. Ingresos

1. ¿ A cuánto asciende mensualmente el ingreso familiar ?

\$ _____

2. ¿ Quiénes aportan al ingreso familiar ?

Papá () Mamá () Hijos () Otro () _____

3. ¿ Quién lleva la administración del dinero en su hogar ?

Papá () Mamá () Ambos () Otro () _____

4. Prestaciones de que goza la familia

Concepto	Padre	Madre	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Otro
Aguinaldo						
Reparto. de utilidades						
Despensa						
Vivienda						
Ayuda de renta						
Servicio médico						
Becas						
Otros						

Apéndice 1

2. Los techos son de

Concreto () Asbesto () Madera () Lámina ()
Otro _____
(especificar)

3. Los pisos son de:

Cemento () Mosaico () Madera () Tierra ()
Otro _____
(especificar)

3.3 Distribución de la vivienda

1. Su casa tiene:

Recámara ¿ cuántas ? _____ Cocina () Comedor () Sala ()
Baño ¿ cuántos? _____ Patio () Jardín () Otros _____
(especificar)

2. La(s) recámara (s) consta(n) de:

Cama () Sofá-cama () Literas () Cuna () Ropero () Closet ()
Tocador () Cómoda () Buró () Espejo () Otros _____
(especificar)

3. La cocina tiene:

Estufa de gas () Estufa de petróleo () Fregadero () Refrigerador ()
Licuadora () Batidora () Mesa () Sillas () Alacena ()
Otros _____
(especificar)

4. En el comedor hay:

Mesa () Sillas ¿ cuántas? _____ Vitrina () Trinchador ()
Otros _____
(especificar)

5. La sala consta de:

Sofá () Sillón para varias personas () Sillón individual () Mesa de
centro () Esquineros () Televisión () Radio () Tocabiscos ()
Estéreo () Lámparas () Alfombra () Otros _____
(especificar)

Apéndice 1

6. El baño tiene:

Retrete () Regadera () Tina () Calentador de gas ()
Calentador de leña () Lavabo () Jabonera () Botiquín ()
Otros _____
(especificar)

7. Varios:

Teléfono () Plancha () Lavadora () Lavaderos () Automóvil ()
Otros _____
(especificar)

3.4. Servicios públicos, transportes y centros recreativos cerca de la casa.

1. ¿ Cuentan con servicios públicos de?

Agua potable () Luz () Drenaje () Pavimento () Escuelas ()
Teléfonos públicos () Mercados ()

2. ¿ Hay iglesias cerca de su domicilio ? Sí () No ()

3. ¿ Con qué medios de transporte público cuentan ?

Metro () Trolebús () Autobús () Colectivos () Taxis ()
Otros _____
(especificar)

4. Cerca de su domicilio existen los siguientes centros recreativos ?

Parques () Teatros () Cines () Clubes ()
Otros _____
(especificar)

5. Describa brevemente por medio de un croquis la ubicación de su domicilio

ESTA TESIS NO DEBE
SER DE LA BIBLIOTECA

Apéndice 1

4. Problemas Sociales de la Familia

A continuación se presenta un listado de algunos de los problemas principales que afectan al bienestar familiar, colocar una X si en su familia existe alguno de estos y especificar quién lo presenta.

NOMBRE

- | | | |
|------------------------------|-----|-------|
| 1. Alcoholismo | () | _____ |
| 2. Drogadicción | () | _____ |
| 3. Encarcelamiento | () | _____ |
| 4. Abandono | () | _____ |
| 5. Pobreza | () | _____ |
| 6. Problemas de comunicación | () | _____ |
| 7. Otros | () | _____ |

(especificar)

8. ¿ Cómo ha afectado este problema a su familia ?

9. ¿ Qué medidas se han tomado para solucionarlos y cuáles han sido los resultados ?

Apéndice 1

5. Problemas de Salud de la Familia

5.1. Enfermedades hereditarias

1. De los siguientes problemas de salud, ¿cuáles han afectado a su familia y a quiénes ?

			NOMBRE
A) Diabetes	()		_____
B) Alergias	()		_____
C) Otros _____ (especificar)	()		_____

2. En caso de existir alguna enfermedad hereditaria, indique quién la padeció y qué grado de parentesco existe con el niño (a).

3. Consanguinidad

¿ Existe algún parentesco cercano entre?

Abuelos paternos	No ()	Sí ()	¿ Cuál ?	_____
Abuelos maternos	No ()	Sí ()	¿ Cuál ?	_____
Padres	No ()	Sí ()	¿ Cuál ?	_____

5.2 . Antecedentes Nutricionales de la familia

ENERGETICOS	D	T	S	Q	M	SEM	A	Quién
Maíz								
Trigo								
Arroz								
Papa								
Plátano								
Aguacate								
Azúcar								
Miel								
Aceite								
Crema								
Mantequilla								
Margarina								
Manteca								

Continúa

Apéndice 1

	D	T	S	Q	M	SEM	A	Quién
PROTEINAS								
Frijol								
Haba								
Garbanzo								
Lentejas								
Res								
Puerco								
Conejo								
Pescado								
Aves								
Leche								
Queso								
VITAMINAS Y MINERALES								
Fruta correspondiente a la época del año								
Quelite								
Espinaca								
Verdolaga								
Acelga								
Flor de calabaza								
Coliflor								
Jitomate								
Chile								
Nopales								

6. Antecedentes y Situación Actual del Niño (a)

6.1. Etapa prenatal

6.1.1. Embarazo

1. Embarazos previos _____ Abortos _____

2. Edad de la madre cuando se embarazó _____

Apéndice 1

3. Su embarazo fue considerado ?
Normal () Bajo riesgo () Mediano Riesgo () Alto riesgo ()

4 Duración del embarazo _____

5. La gestación fue
Planeada () Accidental () No deseada ()

6. Estaba siguiendo algún método anticonceptivo
Sí () No ()

7. De qué tipo ? _____

8 Por cuánto tiempo ? _____

9 Antes del embarazo presentó algún padecimiento ginecológico? Sí () No ()

10Cuál ? _____

11. Qué tratamiento siguió ? _____

12. Grupo sanguíneo de la madre _____

13 Grupo sanguíneo del padre _____

14. Factor Rh de la madre _____

15. Factor Rh del padre _____

Apéndice 1

6.1.2. Señalar con una X en qué trimestre padeció los siguientes problemas:

TIPO DE PROBLEMA	1er. TRIMESTRE	2° TRIMESTRE	3° TRIMESTRE
EFERMEADES INFECCIOSAS			
Sarampión			
Rubéola			
Varicela			
Sífilis			
Infección Ginecológica			
Infección Urinaria			
NEUROLÓGICAS			
Crisis convulsivas			
Trastornos Sist. motor			
Trastornos Sist. Sensorial			
Retraso mental			
Pérdidas del conocimiento			
ENFERMEADES ENDOCRINOLOGICAS			
Disfunción tiroidea			
Disfunción suprarrenal			
Disfunción hipofisaria			
CARDIOVASCULARES			
Valvulopatías			
Hipertensión			
Insuficiencia cardiaca			
USO DE MEDICAMENTOS			
Especificar			
TABAQUISMO			
ALCOHOLISMO			

Apéndice 1

TIPO DE PROBLEMA	1er. TRIMESTRE	2° TRIMESTRE	3° TRIMESTRE
DROGAS			
Especificar			
AMENAZAS DE ABORTO			
Causas			

6.1.3 Alimentación durante el embarazo.

Marcar con una X si se consumió.-

CONTENIDOS EN NUTRIENTES	ALIMENTO	1er. TRIMESTRE	2do.° TRIMESTRE	3er. TRIMESTRE
Hierro Proteínas Riboflavina Vitamina "A"	ORIGEN ANIMAL Leche			
	Queso			
	Carne			
	Huevo			
Vitaminas A y C	Verduras y Frutas			
Hidratos de Carbono Proteínas de origen vegetal	Cereales			
	Pan			
	Tortilla			
	Arroz			
	Pastas			

Continúa

Apéndice 1

CONTENIDOS EN NUTRIENTES	ALIMENTO	1er. TRIMESTRE	2do.° TRIMESTRE	3er. TRIMESTRE
Vitaminas del Complejo "B"	LEGUMINOSAS			
	Garbanzo			
	Lenteja			
	Habas			
	Camote			
	Papa			
	Raíz de Chayote			

6.1.4. Continúe marcando con una X en qué trimestre padeció los siguientes problemas:

TIPO DE PROBLEMA	1er. TRIMESTRE	2do TRIMESTRE	3er. TRIMESTRE
Radiaciones Rayos X			
Tiempo de exposición y causas			
Presión arterial			

6.2. Etapa Perinatal

6.2.1. Condiciones del parto

1. El parto fue :

Normal () Inducido () ¿ Por qué fue inducido y cuáles fueron los

medios utilizados? _____

Cesárea () ¿Por qué motivo? _____

2. Fue anestesiada la madre durante el parto ?

Sí () No ()

¿Por qué? _____

Apéndice 1

3. La anestesia fue :

General () Local () Bloqueo ()

4. La madre fue atendida por.

Médico () Enfermera () Comadrona ()

6.2.2. Condiciones del niño

1. ¿Cuál fue su peso al nacer ? _____

2. ¿ Su talla ? _____

3. ¿ Le aplicaron alguna prueba al nacer o inmediatamente después ?

Sí () No ()

4. ¿Cuál ? _____

5. Los resultados fueron :

- | | | |
|---|------------|------------|
| 6. Fue prematuro ? | Sí () | No () |
| 7. Tuvo el niño problemas de respiración al nacer ? | Sí () | No () |
| 8. Parálisis total o parcial | Sí () | No () |
| 9. Infección al nacer | Sí () | No () |
| 10. Nació con vueltas de cordón | Sí () | No () |
| 11. Vómitos | Sí () | No () |
| 12. Sufrimiento fetal | Sí () | No () |
| 13. Llanto espontáneo | Sí () | No () |
| 14. Llanto retardado | Sí () | No () |
| 15. Tuvo ictericia | Sí () | No () |
| 16. Deshidratación | Sí () | No () |
| 17. Deformidades físicas | Sí () | No () |
| 18. Sufrió trauma | Sí () | No () |
| 19. Deformidad cefálica | Sí () | No () |

Apéndice 1

6.3. Etapa Posnatal

1. ¿ Estuvo el niño en incubadora ? Sí () No ()

¿Por qué? _____

2. ¿ Le entregaron pronto a su hijo Sí ()

No () Por qué _____

¿ Se lo detuvieron varios días ? Sí () No ()

3. ¿ Presionó bien el pecho ? Sí () No ()

4. ¿ Succionó bien ? Sí () No ()

5. ¿ Tragó bien ? Sí () No ()

6. ¿ Se atragantó ? Sí () No ()

7. ¿ Babeo frecuente y abundante ? Sí () No ()

8. ¿ Lloró frecuentemente ? Sí () No ()

9. ¿ Tuvo vómitos ? Sí () No ()

10. ¿ Temperaturas elevadas ? Sí () No ()

11. ¿ Enfermedades infecciosas Sí () No ()

¿Cuáles?

12. ¿ Enfermedades músculo esqueléticas Sí ()

No () ¿Cuáles? _____

13. ¿ Enfermedades de los órganos de los sentidos ? Sí ()

No () ¿ Cuáles ? _____

Apéndice 1

14. ¿Trastornos metabólicos? Sí ()

No () Cuáles? _____

15. ¿ Sufrió golpes en la cabeza que lo hayan dejado enfermo? Sí ()

No () ¿ Cuáles? _____

16. ¿ El niño (a) ha sufrido alguno o algunas de las siguientes enfermedades ?
(Indicar en qué edad)

EDAD

Asma	No ()	Sí ()	_____
Poliomelitis	No ()	Sí ()	_____
Sarampión	No ()	Sí ()	_____
Tuberculosis	No ()	Sí ()	_____
Meningitis	No ()	Sí ()	_____
Epilepsia	No ()	Sí ()	_____
Otras	No ()	Sí ()	_____

17. ¿ Cuáles de las siguientes vacunas se le han aplicado ?

		EDAD	FECHA DE APLICACIÓN
Antivarilosa	()	_____	_____
D.P.T.	()	_____	_____
Polio	()	_____	_____
Toxoide tetánico	()	_____	_____
Antisarampión	()	_____	_____
Tuberculosis	()	_____	_____
Otras	()	_____	_____

18. ¿ Han operado alguna vez al niño (a) ? Sí () No ()
En caso afirmativo, indicar de qué y cuándo

Apéndice 1

19. ¿ Se ha roto algún hueso ? Sí () No ()

En caso afirmativo, indicar ¿ Cuál ? _____

20. ¿ Actualmente se encuentra el niño bajo algún tratamiento ? Sí () No ()

En caso afirmativo, ¿ de qué tipo ?

Médico () Psiquiátrico () Psicológico ()

Otros _____

21. ¿Cuál ha sido el diagnóstico ?

22. ¿ Cómo y cuándo se descubrió el problema del niño ?

23. ¿A partir de qué fecha está bajo tratamiento y en qué consiste el tratamiento?

24. ¿ Qué medicamentos le están dando ?

25. ¿ Usa prótesis el niño (a) ? Sí () No ()

Apéndice 1

¿De qué tipo? _____

7. Antecedentes Conductuales del Niño

7.1. Conducta Cognoscitiva

CONDUCTA	EDAD EN QUE SE PRESENTO (MESES)						
	0 - 3	3 - 6	6 - 12	12 - 18	18 - 24	24 - 36	36 - 48
Mover la cabeza y los ojos para seguir objetos en movimiento							
Extender la mano para alcanzar un objeto							
Llevarse objetos a la boca							
Encontrar objetos escondidos							
Construir torres con objetos (cubos, corcholatas, etc.) No. de Objetos *							
Abrir y cerrar recipientes							
Imitar o hacer trazos							
Armar un rompecabezas No. de Piezas *							
Señalar partes del cuerpo. No. de partes *							
Reconocer colores No. de colores *							
Recitar números. Especificar *							

Continúa

Apéndice 1

CONDUCTA	EDAD EN QUE SE PRESENTO (MESES)						
	0 - 3	3 - 6	6 - 12	12 - 18	18 - 24	24 - 36	36 - 48
Reconocer objetos o dibujos. No. de ellos *							
Recitar un poema de memoria o cantar una canción							
Reconoce la forma de los objetos							

* En cada edad.

7.2. Conducta Motora

CONDUCTA	EDAD EN QUE SE PRESENTÓ (MESES)						
	0 - 3	3 - 6	6 - 12	12 - 18	18 - 24	24 - 36	36 - 48
Sostiene la cabeza							
Se rueda							
Se mantiene sentado sin ayuda							
Aprehender objetos pequeños con la mano							
Gatea							
Se incorpora ayudándose de los muebles							
Se mantiene de pie sin ayuda							
Camina solo							
Sube escaleras sin ayuda							
Corre							
Se sienta en silla							
Puede arrojar una pelota							
Otras:							

7.3. Conductas De Lenguaje y Socialización

CONDUCTA	EDAD EN QUE SE PRESENTÓ (MESES)						
	0 – 3	3 – 6	6–12	12–18	18–24	24– 36	36 – 48
Voltear cuando una persona le habla							
Vocalizar dos vocales AA, OO, UU, EE							
Responder a su nombre							
Mover la mano para decir adiós							
Imitar sonidos de coche, avión, tren, etc.							
Imitar sonidos de animales							
Responder a la música (motora o verbal)							
Realizar una orden simple							
Señala las partes de su cuerpo							
Responder sí o no a preguntas como ¿Quieres leche ?							
Imitar lo que hacen los adultos							
Usar frases							
Usar oraciones sencillas							
Participar en juegos con otros niños							
Decir su nombre y edad							

Apéndice 1

7.4. Conductas de Autocuidado

CONDUCTA	EDAD EN QUE SE PRESENTÓ (MESES)						
	0 - 3	3 - 6	6 - 12	12 - 18	18 - 24	24 - 36	36 - 48
Comer cucharadas de papilla (carne, verduras, frutas, huevo, etc.)							
Tender las manos hacia el biberón							
Comer los alimentos con sus propias manos							
Sostener el biberón por sí solo							
Intenta coger la cuchara							
Cooperar al vestirse							
Lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño							
Indicar cuando está mojado							
Controlar esfínteres durante el día							
Beber agua del vaso sin derramarla							
Cepillarse correctamente los dientes							
Ponerse los zapatos							
Usar peine y cepillo							
Mantenerse seco durante el día y la noche							

Apéndice 1

Observaciones:

8. Interacción Familiar

8.1. Relaciones Familiares: Buenas, Malas, Regulares, Explicar Cómo Son

PADRE / MADRE _____

PADRE / HIJOS _____

MADRE / HIJOS _____

HERMANOS _____

FAMILIA / OTROS _____

OBSERVACIONES

Apéndice 1

8.2 Relaciones de la familia con el niño (a)

	TIPO DE RELACIONES	TIEMPO	ACTIVIDAD	OTROS
Padre				
Madre				
Hermano 1				
Hermano 2				
Hermano 3				
Hermano 4				
Hermano 5				
Otros				
Observaciones				

Apéndice 1

8. 3. Interacción del Niño (a) con objetos

OBJETOS	DESCRIPCIÓN	LUGAR *	TIEMPO	CONSECUENCIA
Juguetes (jugar con objetos personales)				
Mobiliario				
Radio y /o Televisión				
Otros				

*Lugar: 1) Ventilación 2) Iluminación 3) Higiene 4) Elementos físicos

Apéndice 1

9. Hábitos de higiene y alimentación

9.1. Rutina diaria de aseo y sueño

Aseo:

Baño, hora _____ frecuencia en la semana

Cambio de ropa (Núm. de veces al día) _____ Hora

Sueño

Duerme a qué hora _____ cuánto tiempo

OBSERVACIONES:

9.2. Hábitos de alimentación del niño (a):

Marcar con una X la edad y tipo de alimentación

	EDAD EN MESES												
	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	15	18	21	24	30	36	42
Leche:													
Materna													
Polvo													
Fruta:													
Jugo													
Puré													
Picada													
Entera													
Azúcar:													
Miel													
Cereal													
Verdura:													
Jugo													
Picada													

Continúa

Apéndice 1

	EDAD EN MESES												
	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	15	18	21	24	30	36	42
Huevo													
Entero													
Yema													
Mantequilla													
Margarina													
Carne:													
Jugo													
Picada													
Trozo													
Pescado													
Molido													
Picado													
Trozo													

¿ Tiene una rutina de alimentación el niño (a) ? Sí () No ()

¿Cuál es el horario ? _____

Observaciones:

Apéndice 1

9.3. Consecuencias a las conductas emitidas por el niño (a)

CONDUCTA	POSITIVA			NEGATIVAS			OMISIÓN
	Frases	Caricias	Premio	Golpes	Gritos o Regaños	Alejarlo	
Obedecer							
Llorar sin motivo							
Ayudar							
Desobedece							
Realización de nuevas actividades							
Otras							

Observaciones: _____

¿ Cuáles son las principales conductas problema del niño (a) ? _____

¿Ante quién las presenta ? _____

Cuándo? _____

Apéndice 1

¿Dónde se presentan? _____

¿Qué hace usted cuando éstas se presentan?

10. EXPECTATIVAS

Qué espera usted del tratamiento que va a recibir el niño (a) ?

Está dispuesto (a) a trabajar con su hijo (a) y el Psicólogo en el programa de Estimulación Temprana, tanto en la Clínica como en su casa ? Sí () No ()

Está dispuesto (a) a permitir las visita de los psicólogos en su casa ? Sí () No ()

Apéndice 1

Nombre: _____

Firma

Fecha: _____

Los datos proporcionados en esta entrevista son estrictamente confidenciales y sólo se usan para ayudar al tratamiento de su niño.

Entrevistó: _____

Firma

Apéndice 2
EVALUACIÓN DE REFLEJOS NO PERMANENTES Y PERMANENTES (ECR)
Hoja de Registro

Clase: Reflejos No Permanentes

Nombre del Niño(a): _____

Fecha de Evaluaciones: _____

Diagnóstico inicial: _____

1a. _____

Fecha de nacimiento: _____

2a. _____

Día _____

Mes _____

Año _____

3a. _____

EDAD APROXIMADA EN MESES	REFLEJOS NO PERMANENTES	EV. 1			EV. 2			EV. 3			OBSERVACIONES	
		A	P	A	P	A	P	A	P			
0 (Nacimiento)	2											
0	2 - 5 meses											
0	3 - 5 meses											
0	3 - 5 meses											
0	3 - 5 meses											

CONTINÚA

Apéndice 2

Clase: Reflejos No Permanentes

EDAD APROXIMADA EN MESES		REFLEJOS NO PERMANENTES	EV. 1		EV. 2		EV. 3		OBSERVACIONES
APARECEN	DESAPARECEN		A	P	A	P	A	P	
0	4 - 6 meses	Tono muscular asimétrico del cuello.							
0 - 2	4 - 6 meses	Estímulo en la palma de la mano.							
0	5 meses	Tono muscular simétrico aumentado del cuello.							
0	Disminuye a los 11 - 12 meses. Desaparece a los 6 - 7 años.	Reacción de evitación.							
3 - 4	24 meses aprox. Se hace menos aparente después del año.	Reflejo Landau.							

*En los reflejos no permanentes, se considera como respuesta correcta, el registro de la ausencia de un reflejo si el niño evaluado ya superó la edad en que desaparecen.

Claves: EV = Evaluación
A = Ausente
P = Presente

Apéndice 2

Evaluación de Reflejos No Permanentes y Permanentes (ECR)

Clase: Reflejos No Permanentes

REFLEJO	DURACIÓN DEL REFLEJO		POSICIÓN PARA EVALUAR	FORMA DE ESTIMULACIÓN	RESPUESTA QUE EMITIRÁ SI EL REFLEJO ESTÁ PRESENTE	PARTICIPACIÓN EN LA CONDUCTA MOTORA GRUESA
	APARECE	DESAPARECE				
1. Respuesta de Galant.	0 meses	2 meses aproximadamente	Colocar al niño boca abajo, sobre la mesa, con los muslos hacia afuera.	Frótle, con el extremo de un bolígrafo, primero, la piel de un lado de la columna y luego el otro, desde el hombro hasta la pelvis.	Habría contracción de los músculos de ese lado, encorvando el cuerpo, cóncavo hacia ese lado, hacia el otro.	Puede alterar funciones motoras relacionadas con dificultad para sentarse derecho, pararse y caminar.

CONTINÚA

Evaluación de Reflejos No Permanentes y Permanentes (ECR)

Clase: Reflejos No permanentes

REFLEJO	DURACIÓN DEL REFLEJO		POSICIÓN PARA EVALUAR	FORMA DE ESTIMULACIÓN	RESPUESTA QUE EMITIRA SI EL REFLEJO ESTÁ PRESENTE	PARTICIPACIÓN EN LA CONDUCTA MOTORA GRUESA
	APARECE	DESAPARECE				
2. Reflejo de Respuesta a la Tracción	0 meses	2 a 5 meses	Acostar al niño boca arriba, al cabeza centro.	Tómelo de ambas muñecas, con sus dos manos y jálelo hacia la posición de sentado.	Encoge (flexiona) hombros, codos, muñecas y dedos.	Interfiere con la posibilidad de alcanzar y coger objetos.
3. Reflejo de Moro.	0 meses	3 a 5 meses aproximadamente	Detener, de la nuca al niño colocándolo entre sentado y acostado boca arriba.	Suéltelo bruscamente para que caiga unos 5 cms. y deténgalo nuevamente.	Separará ambas manos hacia los lados, con los dedos (extendidos).	Interfiere con el control de la cabeza en posición sentado y hace inestable esa posición.

CONTINÚA

Evaluación de Reflejos No Permanentes y Permanentes (ECR)

Clase: Reflejos No Permanentes

REFLEJO	DURACIÓN DEL REFLEJO		POSICIÓN PARA EVALUAR	FORMA DE ESTIMULACIÓN	RESPUESTA QUE EMITIRÁ SI EL REFLEJO ESTÁ PRESENTE	PARTICIPACIÓN EN LA CONDUCTA MOTORA GRUESA
	APARECE	DESAPARECE				
4. Reflejo tónico laberíntico de posición supina.	0 meses	3 a 5 meses	Colocar al niño boca arriba en el colchón.	Ayúdelo a sentarse levantándolo de la nuca.	Se endereza estirado, sin flexionar el cuerpo.	Interfiere con la acción de jalarse hacia adelante para pasar de la posición de acostado a sentado.
5. Reflejo tónico laberíntico de posición prona.	0 meses	3 a 5 meses aproximadamente	Colocar al niño boca abajo.	Levántele la cabeza sosteniéndosel a de la frente.	El niño, se resistirá que se levante la cabeza (cuello rígido).	Interfiere con actividades para las que es necesaria la extensión de la cabeza, por ejemplo: voltear.

CONTINÚA

Evaluación de Reflejos No Permanentes y Permanentes (ECR)

Clase: Reflejos No Permanentes

REFLEJO	DURACIÓN DEL REFLEJO		POSICIÓN PARA EVALUAR	FORMA DE ESTIMULACIÓN	RESPUESTA QUE EMITIRÁ SI EL REFLEJO ESTÁ PRESENTE	PARTICIPACIÓN EN LA CONDUCTA MOTORA GRUESA
	APARECE	DESAPARECE				
6. Tono muscular asimétrico del cuello.	0 meses	4 a 6 meses aproximadamente	Colocar al niño acostado, boca arriba.	Gírele lentamente la cabeza hacia un lado, luego hacia el otro.	Extiende el brazo y la pierna del lado donde está la cara y flexiona el brazo y la pierna del lado contrario.	Interfiere las maniobras de alimentación por sí mismo, así como en los movimientos de las manos para cruzarlas a su lado contrario, produce desequilibrio al caminar y problemas de postura en la columna y en la articulación de la cadera.

CONTINÚA

Evaluación de Reflejos No Permanentes y Permanentes (ECR).

Clase: Reflejos No Permanentes

REFLEJO	DURACIÓN DEL REFLEJO		POSICIÓN PARA EVALUAR	FORMA DE ESTIMULACIÓN	RESPUESTA QUE EMITIRÁ SI EL REFLEJO ESTÁ PRESENTE	PARTICIPACIÓN EN LA CONDUCTA MOTORA GRUESA
	APARECE	DESAPARECE				
7. Estimulo en la palma de la mano.	0 a 2 meses	4 a 6 meses aproximadamente	Acostar al niño boca arriba, al cabeza centro.	Atraviase con su dedo indice, la palma del niño.	Coge su indice.	Interfiere con la operante de coger o no objetos en forma selectiva.
8. Tono muscular simétrico aumentado del cuello.	0 meses	5 meses	Acostar al niño boca abajo atravesado sobre los muslos del examinador.	1.-Flexione la cabeza (de la nuca hacia el pecho). 2.-Extiéndale la cabeza (levantándose la barbilla).	1.-Flexiona los brazos y estira las piernas. 2.-Extiende los brazos y flexiona las piernas.	Interfiere para gatear y arrastrarse.

CONTINÚA

Apéndice 2

Evaluación de Reflejos No Permanentes y Permanentes (ECR)

Clase: Reflejos No Permanentes

REFLEJO	DURACIÓN DEL REFLEJO		POSICIÓN PARA EVALUAR	FORMA DE ESTIMULACIÓN	RESPUESTA QUE EMITIRÁ SI EL REFLEJO ESTÁ PRESENTE	PARTICIPACIÓN EN LA CONDUCTA MOTORA GRUESA
	APARECE	DESAPARECE				
9. Reacción de evitación.	0 meses	Disminuye durante los 11 a 12 meses desaparece a los 6 ó 7 años	Acostar al niño boca arriba, con la cabeza al centro y las manos libres.	Toque, con un boligrafo diferentes partes de una de las manos del niño.	Primero retira la mano, aunque después trate de coger el boligrafo.	Su disminución permite el avance de conductas motoras de alcanzar y coger objetos.
10. Reflejo de Landau.	3 a 4 meses	2 años aproximadamente (se hace menos aparente después de los 12 meses)	Sostener al niño boca abajo, cargándolo con los antebrazos del examinador, uno al nivel de los hombros, otro en la pelvis.	Manténgalo en esa posición	Levanta la cabeza, luego la espalda y por último estira las piernas inferiores, como (sin doblarlas hacia atrás) en ese orden.	Interfiere con las actividades que requieren flexión, sobre todo de los miembros inferiores, como el sostenerse y gatear.

Apéndice 2

EVALUACIÓN DE REFLEJOS NO PERMANENTES Y PERMANENTES (ECR) Hoja de Registro

Clase: Reflejos Permanentes

Nombre del Niño(a): _____

Fecha de Evaluaciones:

Diagnóstico inicial: _____

1a. _____

Fecha de nacimiento: _____
Día Mes Año

2a. _____

3a. _____

EDAD APROXIMADA EN QUE APARECEN	REFLEJOS PERMANENTES (DURAN TODA LA VIDA)	EV. 1		EV. 2		EV. 3		OBSERVACIONES
		A	P	A	P	A	P	
0 – 2 meses	Orientación óptica boca abajo.							
1 – 2 meses	Orientación laberíntica boca abajo.							
3 – 4 meses	Postura de las manos por percepción visual.							
3 – 5 meses	Postura de los pies por percepción visual.							
4 - 11 meses	Preñión refleja con las manos.							
6 meses	Alineamiento del cuerpo.							
6 meses	Reacción al lado boca abajo.							
6 – 7 meses	Extensión protectora de brazos hacia adelante.							

CONTINÚA

Apéndice 2

Clase: Reflejos Permanentes

EDAD APROXIMADA EN QUE APARECEN	REFLEJOS PERMANENTES (DURAN TODA LA VIDA)	EV. 1		EV. 2		EV. 3		OBSERVACIONES
		A	P	A	P	A	P	
6 – 8 meses	Orientación laberíntica boca arriba.							
6 – 8 meses	Orientación óptica boca arriba.							
6 – 8 meses	Enderezar la cabeza por percepción visual.							
6 – 9 meses	Sostén del peso corporal de pie.							
7 meses	Extensión protectora de brazos hacia los lados.							
7 – 8 meses	Reacción al ladeo boca arriba.							
7 – 8 meses	Reacción al ladeo sentado.							
7 – 8 meses	Reacción al ladeo sentado.							
9 - 10 meses	Extensión protectora de brazos hacia atrás.							
9 - 12 meses	Reacciones al ladeo en postura de cuatro puntos (gateo).							
12 - 21 meses	Reacciones al ladeo de pie.							
15 - 18 meses	Reacciones al desequilibrio brusco.							

*En los Reflejos Permanentes se considera respuesta correcta que el reflejo esté presente (P) si ya tiene la edad adecuada para ello; incorrecta si está ausente (A) cuando ha superado la edad en que aparece. Debe tenerse atención en la edad del niño, para evitar errores en la aplicación de esta evaluación.

Clave: EV = Evaluación
A = Ausente
P = Presente

Apéndice 2

Evaluación de Reflejos No Permanentes y Permanentes (ECR)

Clase: Reflejos permanentes

REFLEJO	OCURRENCIA NORMAL (DURAN TODA LA VIDA)	POSICIÓN PARA EVALUAR	FORMA DE ESTIMULACIÓN	RESPUESTA QUE EMITIRÁ SI EL REFLEJO ESTÁ PRESENTE	PARTICIPACIÓN EN LA CONDUCTA MOTORA GRUESA
1. Orientación óptica boca abajo.	0 a 2 meses	Suspender al niño horizontal, boca abajo sostenido a la altura de sus axilas y de su pelvis.	Manténgalo al aire en esa posición	Extiende la cabeza (la levanta)	Contribuye a las motoras que requieren extensión de la cabeza; por ejemplo: enderezarse, sentarse, y asumir la posición de gateo.

CONTINÚA

Apéndice 2

Evaluación de Reflejos No Permanentes y Permanentes (ECR)

Clase: Reflejos permanentes

REFLEJO	OCURENCIA NORMAL (DURAN TODA LA VIDA)	POSICIÓN PARA EVALUAR	FORMA DE ESTIMULACIÓN	RESPUESTA QUE EMITIRÁ SI ESTÁ PRESENTE	PARTICIPACIÓN EN LA CONDUCTA MOTORA GRUESA
2. Orientación laberíntica boca abajo.	1 a 2 meses	Suspender al niño boca abajo con los ojos vendados, sostenido a la altura de sus axilas y de su pelvis.	Manténgalo al aire en esa posición.	Levantará la cabeza con movimiento de extensión.	Contribuye a motoras que requieren extensión de la cabeza; por ejemplo: enderezarse, sentarse, y asumir la posición de gateo.
3. Postura de las manos por percepción visual.	3 a 4 meses	Sostener al niño del tórax en posición vertical dejándole las manos libres.	Acérquelo a una mesa, aproximando las manos del niño hacia la superficie inferior de ésta, pero sin que la toque.	Levantará la mano y tocará la cubierta de la mesa, con la palma extendida	Indica el desarrollo de la coordinación entre ojo y mano, esencial para motoras finas principalmente

CONTINÚA

Evaluación de Reflejos No Permanentes y Permanentes (ECR)

Clase: Reflejos permanentes

REFLEJO	OCURRENCIA NORMAL (DURAN TODA LA VIDA)	POSICIÓN PARA EVALUAR	FORMA DE ESTIMULACIÓN	RESPUESTA QUE EMITIRÁ SI ESTÁ PRESENTE	PARTICIPACIÓN EN LA CONDUCTA MOTORA GRUESA
4. Postura de los pies por percepción visual.	3 a 5 meses	Sostener del tórax al niño en posición vertical, pies y manos libres, suspendido en el aire.	Acérquelo hacia la superficie inferior de una mesa, sin que sus pies la toquen.	Colocará la planta de uno o los dos pies en la cubierta de la mesa.	Contribuye al desarrollo de la marcha.
5. Prensión refleja con las manos.	4 a 11 meses	Acostar al niño boca arriba con los brazos y piernas libres.	Toque cualquier parte de la mano del niño con un bolígrafo.	Encuentra y coge el bolígrafo. No se requiere que lo vea.	Contribuye a los movimientos coordinados de las manos en el espacio. Su desarrollo completo permite la aparición de tomar cosas con los dedos (prensión de pinza).

CONTINUA

Apéndice 2

Evaluación de Reflejos No Permanentes y Permanentes (ECR)

Clase: Reflejos permanentes

REFLEJO	OCURRENCIA NORMAL (DURAN TODA LA VIDA)	POSICIÓN PARA EVALUAR	FORMA DE ESTIMULACIÓN	RESPUESTA QUE EMITIRÁ SI EL REFLEJO ESTÁ PRESENTE	PARTICIPACIÓN EN LA CONDUCTA MOTORA GRUESA
6. Alineamiento del cuerpo.	6 meses Deja de utilizarlo cuando el niño puede sentarse o levantarse desde cualquier otra posición.	Acostar al niño boca arriba, sobre un colchón.	Flexión de rodilla y muslo (hacia arriba) y rótlele ese miembro y la pelvis para el lado contrario.	El cuerpo y hombros siguen la rotación iniciada en la pelvis.	Permite al niño rodar de boca arriba a boca abajo para gatear o levantarse.
7. Reacción al ladeo boca abajo.	6 meses	Acostar al niño boca abajo, sobre una tabla de ladeo.	Ladéelo sin que caiga y deténgalo si es necesario.	Ladeará su cuerpo hacia el lado de arriba, el brazo y la pierna de ese lado pueden también separarse del cuerpo.	Contribuye en las acciones para sentarse y para sostener el cuerpo sobre manos y brazos.

CONTINÚA

Apéndice 2

Evaluación de Reflejos No Permanentes y Permanentes (ECR)

Clase: Reflejos permanentes

REFLEJO	OCURRENCIA NORMAL (DURAN TODA LA VIDA)	POSICIÓN PARA EVALUAR	FORMA DE ESTIMULACIÓN	RESPUESTA QUE EMITIRÁ SI EL REFLEJO ESTÁ PRESENTE	PARTICIPACIÓN EN LA CONDUCTA MOTORA GRUESA
8. Extensión protectora de brazos hacia adelante.	6 a 7 meses	Colocar al niño suspendido al aire, tomándolo de la cintura.	Empinelo hacia una mesa o hacia el piso.	Extiende brazos, manos y dedos intentando protegerse del supuesto golpe.	Facilita el gateo y protege la cabeza en caídas.
9. Orientación laberíntica boca arriba.	6 a 8 meses	Suspender al niño horizontal, vendado de ojos, boca arriba, cargándolo de su espalda a la altura de los hombros y de su cadera.	Manténgalo en esa posición.	Levanta la cabeza por lo menos en línea con el cuerpo.	Facilita la acción de enderezarse por sí mismo, desde la posición de acostado.

CONTINÚA

Apéndice 2

Evaluación de Reflejos No Permanentes y Permanentes (ECR)

Clase: Reflejos permanentes

REFLEJO	OCURRENCIA NORMAL (DURAN TODA LA VIDA)	POSICIÓN PARA EVALUAR	FORMA DE ESTIMULACIÓN	RESPUESTA QUE EMITIRÁ SI EL REFLEJO ESTÁ PRESENTE	PARTICIPACIÓN EN LA CONDUCTA MOTORA GRUESA
10. Orientación óptica boca arriba.	6 a 8 meses	Suspender al niño horizontal boca arriba, cargándolo de su espalda a la altura de los hombros y de su cadera.	Manténgalo en esa posición.	Flexiona la cabeza hacia adelante.	Facilita la actividad de sentarse desde la posición de acostado.
11. Enderezar la cabeza por percepción visual.	6 a 8 meses	Sentar al niño en su regazo sosteniéndolo del tórax.	Con suavidad inclínelo hacia la izquierda y la derecha.	Moverá la cabeza, la manteniéndola vertical.	Ayuda al control de la cabeza y actividades que requieren equilibrio.

CONTINÚA

Apéndice 2

Evaluación de Reflejos No Permanentes y Permanentes (ECR)

Clase: Reflejos permanentes

REFLEJO	OCURRENCIA NORMAL (DURAN TODA LA VIDA)	POSICIÓN PARA EVALUAR	FORMA DE ESTIMULACIÓN	RESPUESTA QUE EMITIRÁ SI EL REFLEJO ESTÁ PRESENTE	PARTICIPACIÓN EN LA CONDUCTA MOTORA GRUESA
12. Sostén del peso corporal de pie.	6 a 9 meses	Suspender al niño con las manos alrededor de su tórax.	Póngalo de pie sobre el suelo.	Soportará su peso con muslos y piernas extendidas.	Hace posible el sostenerse de pie y caminar.
13. Extensión de protectora de brazos hacia los lados.	7 meses	Sentar al niño con las piernas estiradas, sobre un colchón.	Empújelo del hombro, con suficiente fuerza para que caiga sobre el otro lado.	Apoyará la mano extendida antes que caiga.	Permite el progreso en la acción de sentarse, girar el cuerpo y acciones que requieren equilibrio.
14. Reacción al ladeo boca arriba.	7 a 8 meses	Colocar al niño boca arriba en la tabla de ladeo	Ladéelo lentamente para cada lado, deteniéndolo para que no caiga	Ladeará el cuerpo hacia el lado de arriba, también su cara, brazo y pierna de ese mismo lado	Permite sentarse sin ayuda y mantener el equilibrio.

CONTINÚA

Apéndice 2

Evaluación de Reflejos No Permanentes y Permanentes (ECR)

Clase: Reflejos permanentes

REFLEJO	OCURRENCIA NORMAL (DURAN TODA LA VIDA)	POSICIÓN PARA EVALUAR	FORMA DE ESTIMULACIÓN	RESPUESTA QUE EMITIRÁ SI ESTÁ PRESENTE	PARTICIPACIÓN EN LA CONDUCTA MOTORA GRUESA
15.Reacciones al ladeo sentado.	7 a 8 meses	Sentar al niño en una tabla de ladeo de modo que se le pueda inclinar hacia los lados, hacia atrás y adelante.	Ladéelo despacio hacia cada lado , hacia atrás y adelante.	Arquea el cuerpo, volteo la cara y separa brazo y pierna del lado alto. Pega a su cuerpo el brazo y extiende la pierna del lado bajo.	Permite sentarse sin apoyo.
16.Extensión de protectora de brazos hacia atrás.	9 a 10 meses	Sentar al niño con las piernas estiradas sobre un colchón.	Empújelo hacia atrás tan fuerte como para que caiga.	Extenderá los brazos hacia atrás.	Permite el desarrollo de rotación del tronco, acciones que requieren equilibrio para sentarse.

CONTINÚA

Apéndice 2

Evaluación de Reflejos No Permanentes y Permanentes (ECR)

Clase: Reflejos permanentes

REFLEJO	OCURRENCIA NORMAL (DURAN TODA LA VIDA)	POSICIÓN PARA EVALUAR	FORMA DE ESTIMULACIÓN	RESPUESTA QUE EMITIRÁ SI ESTÁ PRESENTE	PARTICIPACIÓN EN LA CONDUCTA MOTORA GRUESA
17. Reacción en posición de gateo.	9 a 12 meses	Colocar al niño en posición de gateo, sobre la tabla de lado	1.-Ladéelo despacio hacia un lado y luego hacia el otro. 2.-Ladéelo hacia adelante. 3.-Ladéelo hacia atrás. (Deténgalo si es necesario).	1.-Flexiona el brazo y la pierna del lado alto Curvea el cuerpo acercando el hombro y la cadera. Extiende y separa el brazo y la pierna del lado bajo. 2.-Mueve el tronco hacia atrás, extiende la cabeza y los brazos. 3.-Mueve el tronco hacia adelante, extiende brazos y piernas, luego flexiona los codos y la cabeza.	Posibilita el gateo y ponerse de pie

CONTINÚA

Apéndice 2

Evaluación de Reflejos No Permanentes y Permanentes (ECR)

Clase: Reflejos permanentes

REFLEJO	OCURRENCIA NORMAL (DURAN TODA LA VIDA)	POSICIÓN PARA EVALUAR	FORMA DE ESTIMULACIÓN	RESPUESTA QUE EMITIRÁ SI EL REFLEJO ESTÁ PRESENTE	PARTICIPACIÓN EN LA CONDUCTA MOTORA GRUESA
18. Reacciones al ladeo de pie.	12 a 21 meses	Colocar al niño en una tabla de ladeo, haciendo que conserve la posición de pie.	Ladearlo a cada lado, atrás, hacia delante, sosteniéndolo de ser necesario.	Curvea el cuerpo al lado contrario del ladeo pegando a su cuerpo el brazo del lado alto y extiende el del lado bajo. Al inclinarlo para adelante y atrás tiende a mantener el cuerpo vertical y extiende los brazos hacia el lado de posible caída.	Posibilita el logro de pararse y caminar.
19. Reacciones de equilibrio brusco.	15 a 18 meses	Colocar al niño de pie sobre el piso.	Sosténgalo del torax y sin soltarlo, muévelo bruscamente hacia los lados, hacia atrás y adelante.	Moverá sus pies en el sentido del desplazamiento, para mantener el equilibrio.	Interviene en el desarrollo de la marcha independiente

Apéndice 3

EVALUACIÓN DE CONDUCTA MOTORA GRUESA (ECMG)

Rango de Edad: 0 -1 Mes

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Evaluaciones: _____

Diagnóstico inicial: _____ 1a. _____

Fecha de nacimiento: _____ 2a. _____

_____ 3a. _____

Día Mes Año

CONDUCTA		Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
CONTROL DE LA CABEZA (CC)							
1. En posición prona mantiene la cabeza hacia un lado.		1CC					
2. En posición prona levanta la cabeza.		2CC					
3. En posición prona rota la cabeza de un lado a otro.		3CC					
4. En posición prona suspendido al aire flexiona la cabeza.		4CC					
5. En posición supina rota la cabeza de un lado a otro.		5CC					

CONTINÚA

Apéndice 3

CONDUCTA	Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
6. Al enderezarlo de la posición supina a sentado, sosteniéndolo con los antebrazos hasta la altura de los hombros, echa la cabeza hacia atrás.	6CC					
7. En posición de sentado, sostenido alrededor del pecho, mantiene la cabeza hacia adelante, la regresa a nivel de su cuerpo rotándola y en ocasiones la mantiene erecta.	7CC					
SENTARSE (SEN)						
1. Se mantiene sentado en el regazo, recargado contra el pecho o brazos de una persona.	1SEN					
GATEAR (GA)						
1. En posición prona, flexiona caderas y rodillas.	1GA					

Total de conductas esperadas en este rango : 9 Total de conductas que presenta el niño(a) : Porcentaje :

Apéndice 3

EVALUACIÓN DE CONDUCTA MOTORA GRUESA

Rango de Edad: 1-2 Meses

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Evaluaciones: _____

Diagnóstico inicial: _____ 1a. _____

Fecha de nacimiento: _____ 2a. _____

Día Mes Año

_____ 3a. _____

CONDUCTA		Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
CONTROL DE LA CABEZA							
1. En posición prona levanta y extiende la cabeza.		8CC					
2. En posición prona rota la cabeza de un lado a otro.							
3. En posición prona suspendido al aire, mantiene la cabeza a nivel de su cuerpo.		9CC					
4. En posición supina rota la cabeza de un lado a otro.							
5. Al enderezarlo de la posición supina a sentado, sosteniéndolo con los antebrazos hasta la altura de los hombros, echa la cabeza hacia atrás.							

CONTINUA

Apéndice 3

CONDUCTA	Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
6. En posición de sentado, sostenido alrededor del pecho, mantiene la cabeza hacia delante, la regresa a nivel de su cuerpo rotándola y en ocasiones la mantiene erecta.						
SENTARSE						
1. Se mantiene sentado en el regazo, recargado contra el pecho o brazos de una persona.						
GATEAR						
1. En posición prona mueve brazos y piernas (ejercicio de natación).	2GA					

Total de conductas esperadas en este rango : **8** Total de conductas que presenta el niño(a) : Porcentaje :

Apéndice 3

EVALUACIÓN DE CONDUCTA MOTORA GRUESA

Rango de Edad: 2-3 Meses

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Evaluaciones: _____

Diagnóstico inicial: _____ 1a. _____

Fecha de nacimiento: _____ 2a. _____

_____ 3a. _____
 Día Mes Año

CONDUCTA		Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
CONTROL DE LA CABEZA							
1. En posición prona apoyándose en sus brazos levanta la cabeza.		10CC					
2. En posición prona, suspendido al aire, mantiene la cabeza a nivel de su cuerpo.							
3. En posición supina, suspendido al aire, mantiene la cabeza a nivel de su cuerpo.		11CC					
4. Al enderezarlo de la posición supina a sentado, sosteniéndolo de los antebrazos hasta la altura de los hombros, echa la cabeza hacia atrás.							
5. En posición de sentado, sostenido alrededor del pecho mantiene la cabeza firme.		12CC					

CONTINUA

Apéndice 3

CONDUCTA	Clave de Respuesta	EV.			RC	OBSERVACIONES
		1	2	3		
SENTARSE						
1. Se mantiene sentado con el tronco firme, recargado contra el pecho o brazos de una persona o en silla para bebé.	2SEN					
GATEAR						
1. En posición prona mueve brazos y piernas (ejercicio de natación).						
GIRAR						
1. Al colocarlo de lado, gira a posición supina, dejando la cara hacia el techo.	1GI					
SOSTENERSE EN PIE (SP)						
1. En posición de pie, sobre una superficie plana sostenido alrededor del pecho, flexiona caderas y rodillas, los pies no mantienen su peso.	1SP					

Total de conductas esperadas en este rango : 9

Total de conductas que presenta el niño(a) :

Porcentaje :

Apéndice 3

EVALUACIÓN DE CONDUCTA MOTORA GRUESA

Rango de Edad: 3-4 Meses

Nombre del Niño(a): _____

Fecha de Evaluaciones:

Diagnóstico inicial: _____ 1a. _____

Fecha de nacimiento: _____ 2a. _____

_____ 3a. _____

CONDUCTA		Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
CONTROL DE LA CABEZA							
1. En posición prona, apoyándose en sus brazos, levanta la cabeza.		13CC					
2. En posición prona, suspendido al aire, mantiene la cabeza a nivel de su cuerpo.							
3. En posición supina, suspendido al aire, mantiene la cabeza a nivel de su cuerpo.							
4. En posición supina, levanta la cabeza de la almohada o colchón.		14CC					
5. Al enderezarlo de la posición supina a sentado, sosteniéndolo con los antebrazos hasta la altura de los hombros, echa la cabeza hacia atrás o hacia adelante.		15CC					

CONTINÚA

Apéndice 3

CONDUCTA	Clave de Respuesta	EV.			RC	OBSERVACIONES
		1	2	3		
6. En posición de sentado sostenido alrededor del pecho, mantiene la cabeza firme.						
SENTARSE						
1. Al sentarlo con apoyo en la espalda mantiene firme el tronco.	3SEN					
GATEAR						
1. En posición prona apoyado en sus brazos, extiende y flexiona las piernas.	3GA					
GIRAR						
1. Al colocarlo de lado, gira a posición supina o rota la cara hacia el techo.						
2. Rueda de posición supina a posición de lado.	2GI					
SOSTENERSE EN PIE						
1. En posición de pie, sobre una superficie plana sostenido alrededor del pecho, mantiene las piernas semi-extendidas , los pies soportan su peso corporal.	2SP					

Total de conductas esperadas en este rango : 11 Total de conductas que presenta el niño(a) : Porcentaje :

Apéndice 3

EVALUACIÓN DE CONDUCTA MOTORA GRUESA

Rango de Edad: 4-5 Meses

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Evaluaciones: _____

Diagnóstico inicial: _____ 1a. _____

Fecha de nacimiento: _____ 2a. _____
 Día Mes Año
 _____ 3a. _____

CONDUCTA		Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
CONTROL DE LA CABEZA							
1. En posición prona, apoyándose en sus brazos, levanta la cabeza.							
2. En posición prona, suspendido al aire, levanta la cabeza y extiende las piernas.		16CC					
3. En posición supina, levanta la cabeza de la almohada o colchón.							
4. Al enderezarlo de la posición supina a sentado, sosteniéndolo con los antebrazos hasta al altura de los hombros, mantiene la cabeza firme inclinandola hacia delante.		17CC					

CONTINÚA

Apéndice 3

CONDUCTA	Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
5. Sentado con apoyo en la espalda, mantiene la cabeza firme.	18CC					
SENTARSE (SEN)						
1. Al sentarlo con apoyo en la espalda mantiene firme el tronco.						
GATEAR						
1. En posición prona, apoyado en sus brazos, extiende y flexiona las piernas.						
GIRAR						
1. Rueda de posición supina a posición de lado.						
2. Al colocarlo de lado, gira a posición supina.	3GI					
3. Rueda de posición prona a supina.	4GI					
SOSTENERSE EN PIE						
1. En posición de pie, sobre una superficie plana sostenido alrededor del pecho, mantiene las piernas semi-extendidas o extendidas los pies soportan su peso corporal.						

Total de conductas esperadas en este rango : **11** Total de conductas que presenta el niño(a) : Porcentaje :

Apéndice 3

EVALUACIÓN DE CONDUCTA MOTORA GRUESA

Rango de Edad: 5-6 Meses

Nombre del Niño(a) _____ Fecha de Evaluaciones: _____

Diagnóstico inicial: _____ 1a. _____

Fecha de nacimiento: _____ 2a. _____
 Día Mes Año

3a. _____

C O N D U C T A		Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
CONTROL DE LA CABEZA							
1.	En posición prona, apoyándose en sus brazos y con las manos extendidas, levanta la cabeza y el pecho.	19CC					
2.	En posición prona, suspendido al aire, levanta la cabeza y extiende las piernas.						
3.	En posición supina, levanta la cabeza de la almohada o colchón.						
4.	Al enderezarlo de la posición supina a sentado, sosteniéndolo con los antebrazos hasta al altura de los hombros, mantiene la cabeza firme inclinándola hacia delante.						

CONTINÚA

Apéndice 3

CONDUCTA	Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
5. Sentado con apoyo en la espalda, mantiene y voltea la cabeza firme.	20CC					
SENTARSE						
1. Al sentarlo con apoyo en la espalda, mantiene firme el tronco.						
GATEAR						
1. En posición prona, apoyado en sus brazos, extiende y flexiona las piernas.						
GIRAR						
1. Rueda de posición supina a posición de lado.						
2. Al colocarlo de lado, gira a posición supina.						
3. Rueda de posición prona a supina.						
4. Rueda de posición supina a posición prona.	5GI					
SOSTENERSE EN PIE						
1. En posición de pie, sobre una superficie plana sostenido alrededor del pecho, mantiene las piernas semi-extendidas o extendidas los pies soportan su peso corporal.						

Total de conductas esperadas en este rango : 12 Total de conductas que presenta el niño(a) : Porcentaje

Apéndice 3

EVALUACIÓN DE CONDUCTA MOTORA GRUESA

Rango de Edad: 6-7 Meses

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Evaluaciones: _____

Etiología: _____ 1a. _____

Fecha de nacimiento: _____ 2a. _____

_____ 3a. _____

C O N D U C T A		Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
CONTROL DE LA CABEZA							
1. En posición prona, apoyándose en sus antebrazos con las manos extendidas, levanta la cabeza y el pecho.		21CC					
2. En posición supina levanta la cabeza de la almohada o colchón.							
3. Al enderezarlo de la posición supina a sentado, sosteniéndolo de los antebrazos hasta al altura de los hombros, mantiene la cabeza firme inclinándola hacia delante.							

CONTINÚA

Apéndice 3

CONDUCTA	Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
SENTARSE						
1. Se mantiene sentado con el tronco firme, apoyándose en sus manos.	4SEN					
2. Sentado, se inclina apoyándose con sus manos para alcanzar objetos.	5SEN					
GATEAR						
1. Se sostiene en la posición de cuatro puntos (gateo).	4GA					
2. En posición prona, se arrastra sobre su abdomen impulsándose con sus brazos hacia adelante o hacia atrás.	5GA					
GIRAR						
1. Rueda de posición prona a posición supina.						
2. Rueda de posición supina a posición prona.						
SOSTENERSE EN PIE						
1. Si se le sostiene alrededor del pecho, apoya las piernas con fuerza y mantiene su peso corporal en los pies con las caderas y rodillas extendidas.	3SP					

Total de conductas esperadas en este rango : 10 Total de conductas que presenta el niño(a) : Porcentaje :

Apéndice 3

EVALUACIÓN DE CONDUCTA MOTORA GRUESA

Rango de Edad: 7-8 Meses

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Evaluaciones: _____

Diagnóstico inicial: _____ 1a. _____

Fecha de nacimiento: _____ 2a. _____

Día Mes Año

_____ 3a. _____

CONDUCTA		Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
CONTROL DE LA CABEZA							
1. En posición prona, levanta la cabeza y el pecho sosteniendo su peso con una mano y con la otra trata de alcanzar algún objeto.		*22CC					
2. En posición supina, levanta la cabeza de la almohada o colchón.							
SENTARSE							
1. Se mantiene sentado con el tronco firme, apoyándose en sus manos.							
2. Sentado, se inclina apoyándose con sus manos para alcanzar objetos.							

CONTINÚA

Apéndice 3

CONDUCTA	Clave de Respuesta	EV.			RC	OBSERVACIONES
		1	2	3		
GATEAR						
1. Se sostiene en la posición de cuatro puntos (gateo).						
2. En posición prona, se arrastra sobre su abdomen impulsándose con sus brazos hacia adelante o hacia atrás.						
GIRAR						
1. Rueda de posición prona a posición supina.						
2. Rueda de posición supina a posición prona.						
3. Gira de posición supina a posición sentado, rotando la parte superior del cuerpo y apoyándose con las manos.	6GI					
SOSTENERSE EN PIE						
1. Cuando se le sostiene alrededor del pecho se mantiene parado.	4SP					
2. Al sostenerlo de pie, extiende y levanta las piernas despegando uno y otro pie de la superficie.	5SP					

Total de conductas esperadas en este rango : 11 Total de conductas que presenta el niño(a) : Porcentaje :

***Se marcan con negritas el total de respuestas de cada categoría conductual**

Apéndice 3

EVALUACIÓN DE CONDUCTA MOTORA GRUESA

Rango de Edad: 8-9 Meses

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Evaluaciones: _____

Diagnóstico inicial: _____ 1a. _____

Fecha de nacimiento: _____ 2a. _____
 Día Mes Año
 _____ 3a. _____

CONDUCTA		Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
SENTARSE							
1. Se sienta sin apoyo.		6SEN					
2. Sentado, se inclina sin caer para alcanzar objetos.		7SEN					
GATEAR							
1. Se sostiene en la posición de cuatro puntos (gateo).							
2. Gatea apoyándose sobre sus manos y rodillas.		6GA					
GIRAR							
1. Rueda de posición prona a posición supina.							
2. Rueda de posición supina a posición prona.							

CONTINUA

Apéndice 3

CONDUCTA	Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
3. Gira de posición supina a posición sentado, rotando la parte superior del cuerpo y apoyándose con las manos.						
4. Gira de posición prona a sentado apoyándose en sus manos al enderezarse.	7GI					
5. En posición prona, gira en forma circular o rota la parte superior del cuerpo de lado a lado.	8GI					
SOSTENERSE EN PIE						
1. Se mantiene de pie apoyándose.	6SP					
2. Cambia de posición de pie a sentado.	7SP					

Total de conductas esperadas en este rango 11 Total de conductas que presenta el niño(a) : Porcentaje

Apéndice 3

EVALUACIÓN DE CONDUCTA MOTORA GRUESA

Rango de Edad: 9-10 Meses

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Evaluaciones: _____

Diagnóstico inicial: _____ 1a. _____

Fecha de nacimiento: _____ 2a. _____
 Día Mes Año
 _____ 3a. _____

CONDUCTA	Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
SENTARSE						
1. Se sienta sin apoyo.						
2. Sentado, se inclina sin caer para alcanzar objetos.						
GATEAR						
1. Gatea apoyándose sobre sus manos y rodillas.						
GIRAR						
1. Gira de posición supina a sentado, rotando la parte superior del cuerpo y apoyándose con las manos.						
2. Gira de posición prona a sentado, apoyándose en sus manos al enderezarse.						

CONTINÚA

Apéndice 3

CONDUCTA	Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
3. Gira de sentado a parado, rotando el tronco y apoyándose al levantarse.						
SOSTENERSE EN PIE						
1. Cambio de posición de pie a sentado.						
2. Apoyándose en un mueble o al sostenerlo de una mano, se levanta y se mantiene de pie.	8SP					
CAMINAR (CAM)						
1. Si se le sostiene alrededor del pecho, da pasos alternados.	1CAM					

Total de conductas esperadas en este rango : 9

Total de conductas que presenta el niño(a) :

Porcentaje

Apéndice 3

EVALUACIÓN DE CONDUCTA MOTORA GRUESA

Rango de Edad: 10-11 Meses

Nombre del Niño(a): _____ **Fecha de Evaluaciones:** _____

Diagnóstico inicial: _____ **1a.** _____

Fecha de nacimiento: _____ **2a.** _____

_____ **3a.** _____

CONDUCTA	Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
SENTARSE						
1. Se sienta sin apoyo.						
2. Sentado, se inclina hacia adelante y hacia los lados para alcanzar objetos.	8 SEN					
GATEAR						
1. Gatea apoyándose sobre sus manos y rodillas.						
GIRAR						
1. En posición supina, rueda hacia la izquierda o hacia la derecha.	10 GI					
2. Gira de posición supina a sentado rotando la parte superior del cuerpo y apoyándose en sus manos						

CONTINÚA

Apéndice 3

CONDUCTA	Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
3. Gira de posición prona a sentado, apoyándose en sus manos al enderezarse.						
4. Gira de sentado a parado, rotando el tronco y apoyándose al levantarse.						
SOSTENERSE EN PIE						
1. Cambia de posición de pie a sentado.						
2. Apoyándose en un mueble o al sostenerlo de una mano, se levanta y se mantiene de pie.	9SP					
CAMINAR						
1. Camina cuando se le sostiene de una o dos manos.	2CA					
2. Camina lateralmente apoyándose en un mueble.	3CA					

Total de conductas esperadas en este rango : **11** Total de conductas que presenta el niño(a) : **Porcentaje**

Apéndice 3

EVALUACIÓN DE CONDUCTA MOTORA GRUESA

Rango de Edad: 11-12 Meses

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Evaluaciones: _____

Diagnóstico inicial: _____ 1a. _____

Fecha de nacimiento: _____ 2a. _____
 Día Mes Año
 _____ 3a. _____

CONDUCTA		Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
SENTARSE							
1. Se sienta sin apoyo.							
2. Sentado, se inclina hacia adelante y hacia los lados para alcanzar objetos.							
GATEAR							
1. Gatea apoyándose sobre sus manos y rodillas.							
GIRAR							
1. En posición supina rueda hacia la izquierda o hacia la derecha.							
2. Gira de posición supina a sentado, rotando la parte superior del cuerpo y apoyándose en sus manos.							

CONTINÚA

Apéndice 3

C O N D U C T A	Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
3. Gira de posición prona a sentado, apoyándose en sus manos al enderezarse.						
4. Gira de sentado a parado, rotando el tronco y apoyándose al levantarse.						
SOSTENERSE EN PIE						
1. Apoyándose en un mueble o al sostenerlo de una mano, se levanta y se mantiene de pie.	9SP					
CAMINAR						
1. Camina cuando se le sostiene de una o dos manos.						
2. Camina lateralmente apoyándose en un mueble.						
3. Camina apoyándose entre muebles.	4CA					

Total de conductas esperadas en este rango : 11 Total de conductas que presenta el niño(a) : Porcentaje :

Apéndice 3

EVALUACIÓN DE CONDUCTA MOTORA GRUESA

Rango de Edad: 12-15 Meses

Nombre del Niño(a): _____ **Fecha de Evaluaciones:** _____

Diagnóstico inicial: _____ **1a.** _____

Fecha de nacimiento: _____ **2a.** _____

Día **Mes** **Año**

_____ **3a.** _____

CONDUCTA		Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
SENTARSE							
1. Se mantiene sentado en una silla pequeña.		9SEN					
GATEAR							
1. Gatea apoyándose sobre sus manos y rodillas.							
GIRAR							
1. En posición de sentado, gira sobre sí mismo.		11G					
SOSTENERSE EN PIE							
1. Se mantiene de pie sin apoyo.		10SP					
2. De pie, dobla la cintura para recoger objetos del piso sin caerse.		11SP					
3. Estando de pie, puede encucillarse y levantarse nuevamente sin caerse.		12SP					

CONTINUA

Apéndice

CONDUCTA		Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
CAMINAR							
1. Camina lateralmente apoyándose en un mueble.							
2. Camina apoyándose entre muebles.							
3. Camina cuando se le sostiene de una mano		5CA					
4. Camina unos pasos por sí solo.		6CA					
5. Camina alrededor de un objeto.		7CA					
6. Camina mientras empuja o jala juguetes.		8CA					
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS (SBE)							
1. Sube escaleras gateando hacia adelante.		1SBE					
2. Baja escaleras gateando hacia atrás.		2SBE					

Total de conductas esperadas en este rango : 14 Total de conductas que presenta el niño(a) :

Porcentaje

Apéndice 3

EVALUACIÓN DE CONDUCTA MOTORA GRUESA

Rango de Edad: 15-18 Meses

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Evaluaciones: _____

Diagnóstico inicial: _____ 1a. _____

Fecha de nacimiento: _____ 2a. _____
 Día Mes Año
 _____ 3a. _____

CONDUCTA	Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
SENTARSE						
1. Se mantiene sentado en una silla pequeña.						
GATEAR						
1. Gatea apoyándose sobre sus manos y rodillas.						
GIRAR						
1. En posición de sentado, gira sobre sí mismo.						
SOSTENERSE EN PIE						
1. Se mantiene de pie sin apoyo.						
2. De pie, dobla la cintura para recoger objetos del piso, sin caerse.						
3. Estado de pie, puede encucillarse y levantarse nuevamente sin caerse.						

CONTINUA

Apéndice 3

CONDUCTA	Clave de Respuesta	EV.	EV.	EV.	R	OBSERVACIONES
		1	2	3		
4. De pie, avienta un objeto pequeño sin caerse.	13SP					
CAMINAR						
1. Camina lateralmente apoyándose en un mueble.						
2. Camina cuando se le sostiene de una mano.						
3. Camina alrededor de un objeto.						
4. Camina mientras empuja o jala juguetes.	9CA					
5. Camina sólo sin caer.						
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS						
1. Sube escaleras gateando hacia adelante.						
2. Baja escaleras gateando hacia atrás.						

Total de conductas esperadas en este rango : 14 Total de conductas que presenta el niño(a) : Porcentaje :

Apéndice 3

EVALUACIÓN DE CONDUCTA MOTORA GRUESA

Rango de Edad: 18-21 Meses

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Evaluaciones: _____

Diagnóstico inicial: _____ 1a. _____

Fecha de nacimiento: _____ 2a. _____
 Día Mes Año
 _____ 3a. _____

CONDUCTA	Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
SENTARSE						
1. Se sienta por sí mismo en una silla pequeña.	10SEN					
2. Por sí mismo, se sube a una silla de adulto (mueble) viendo hacia adelante primero, luego se voltea y se sienta.	11SEN					
GIRAR						
1. Gira sobre sí mismo en posición de sentado.						
SOSTENERSE EN PIE						
1. Se mantiene de pie sin apoyo.						
2. De pie, dobla la cintura para recoger objetos del piso sin caer.						

CONTINÚA

Apéndice 3

CONDUCTA	Clave de Respuesta	EV.			RC	OBSERVACIONES
		1	2	3		
3. Estado de pie, puede encucillarse y levantarse nuevamente sin caerse.						
4. De pie, avienta un juguete sin caerse.						
5. Se para en un pie, sosteniéndose en algún mueble o persona.	14SP					
6. Se para de puntitas.	15SP					
CAMINAR						
1. Camina alrededor de un objeto.						
2. Camina mientras empuja o jala juguetes.						
3. Camina sólo sin caer.						
4. Camina hacia atrás.	10CA					
5. Mientras se le sostiene de una mano, camina colocando un pie en la orilla de la banqueta y el otro abajo.	11CA					
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS						
1. Sube y baja escaleras, sin alternar los pies y apoyándose con una de sus manos.	3SBE					
CORRER (COR)						
1. Corre bamboleándose y no evita obstáculos.	1COR					
SALTAR (SAL)						
1. Salta con ambos pies en un mismo lugar.	1SAL					
PATEAR						
1. Patea una pelota grande y sin movimiento.	1PAT					

Total de conductas esperadas en este rango : 18 Total de conductas que presenta el niño(a) : Porcentaje :

Apéndice 3

EVALUACIÓN DE CONDUCTA MOTORA GRUESA

Rango de Edad: 21-24 Meses

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Evaluaciones: _____

Diagnóstico inicial: _____ 1a. _____

Fecha de nacimiento: _____ 2a. _____

Día _____ Mes _____ Año _____
3a. _____

CONDUCTA	Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
SENTARSE						
1. Se sienta por sí mismo en una silla pequeña.						
2. Por sí mismo, se sube a una silla de adulto o mueble viendo primero hacia adelante, luego se voltea y se sienta.						
GIRAR						
1. Rueda su cuerpo en el piso.	12GI					
SOSTENERSE EN PIE						
1. De pie, dobla la cintura para recoger objetos del piso sin caerse.						
2. Estando de pie, puede encucillarse y levantarse nuevamente sin caerse.						

CONTINUA

Apéndice 3

CONDUCTA	Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	R	OBSERVACIONES
3. De pie, avienta un juguete sin caerse.					C	
4. Apoyándose en algún mueble o persona, se para en un pie.						
5. Se para de puntitas.						
CAMINAR						
1. Camina alrededor de un objeto.						
2. Camina mientras empuja o jala juguetes.						
3. Camina sólo sin caer.						
4. Camina hacia atrás.						
5. Mientras se le sostiene de una mano, camina colocando un pie en la orilla de la banqueta y el otro abajo.						
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS						
1. Sube y baja escaleras sin alternar los pies y apoyándose con una de sus manos.						
CORRER						
1. Corre inclinándose hacia delante.	2COR					
SALTAR						
1. Salta con ambos pies en un mismo lugar.						
PATEAR						
1. Patea una pelota grande y sin movimiento.						
LANZAR (LAN)						
1. Lanza con las manos y sin caerse, una pelota.	1LAN					

Total de conductas esperadas en este rango : **18** Total de conductas que presenta el niño(a) : **18** Porcentaje :

Apéndice 3

EVALUACIÓN DE CONDUCTA MOTORA GRUESA

Rango de Edad: 24-30 Meses

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Evaluaciones: _____

Diagnóstico inicial: _____ 1a. _____

Fecha de nacimiento: _____ 2a. _____
 Día Mes Año
 _____ 3a. _____

CONDUCTA		Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
SENTARSE							
1. Se sienta por sí mismo, en una silla pequeña.							
2. Por sí mismo, se sube a una silla de adulto o mueble viendo primero hacia delante, luego se voltea y se sienta.							
GIRAR							
1. Rueda su cuerpo en el piso.							
2. Con apoyo, da una maroma hacia delante.		13GI					
SOSTENERSE EN PIE							
1. De pie, dobla la cintura para recoger objetos del piso sin caerse.							

CONTINÚA

Apéndice 3

CONDUCTA	Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
2. Estado de pie, puede encucillarse y levantarse nuevamente sin caerse.						
3. Sosteniéndose en algún mueble o persona se para en un pie.						
4. Se para de puntitas.						
CAMINAR						
1. Camina alrededor de un objeto.						
2. Camina mientras empuja o jala juguetes.						
3. Camina hacia atrás sin caer.	12CA					
4. Camina rápido y lento.	13CA					
5. Camina entre objetos sin tropezar.	14CA					
6. Camina de puntitas.	15CA					
7. Mientras se apoya con una mano, camina hacia adelante siguiendo una línea o por una orilla con un ancho de 20 a 30 cms.	16CA					
8. Sosteniéndolo de una mano, camina hacia arriba y hacia abajo en una superficie inclinada.	17CA					
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS						
1. Sube y baja escaleras sin alternar los pies y apoyándose con una de sus manos.						
CORRER						
1. Corre sin caer incliniéndose hacia adelante y evitando obstáculos.	3COR					

CONTINÚA

Apéndice 3

CONDUCTA		Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
SALTAR							
1. Salta con ambos pies en un mismo lugar.							
2. Con ayuda, salta desde alturas pequeñas (20 a 40 cm.), cayendo con ambos pies.		2SAL					
3. Salta una distancia de 20 a 40 cm.		3SAL					
4. Salta obstáculos de poca altura (5 a 10 cm.) dejando caer primero un pie y luego otro.		4SAL					
PATEAR							
1. Patea una pelota grande y sin movimiento.							
LANZAR (LAN)							
1. Lanza con las manos y sin caerse, una pelota hacia arriba.		2LAN					
2. Lanza con las manos y sin caerse, una pelota hacia delante.		3LAN					
3. Cacha, sin caerse, un objeto con ambas manos, por ejemplo, una pelota.		4LAN					

Total de conductas esperadas en este rango : 26 Total de conductas que presenta el niño(a) : Porcentaje :

Apéndice 3

EVALUACIÓN DE CONDUCTA MOTORA GRUESA

Rango de Edad: 30-36 Meses

Nombre del Niño(a): _____ **Fecha de Evaluaciones:** _____

Diagnóstico inicial: _____ **1a.** _____

Fecha de nacimiento: _____ **2a.** _____

Día Mes Año

_____ _____ _____

3a. _____

CONDUCTA	Clave de Respuesta	EV.			RC	OBSERVACIONES
		1	2	3		
SENTARSE						
1. Se sienta por sí mismo en una silla pequeña.						
2. Por sí mismo, se sube a una silla de adulto o mueble viendo primero hacia delante, luego se voltea y se sienta.						
GIRAR						
1. Rueda su cuerpo en el piso.						
2. Con apoyo, da una maroma hacia delante.						
SOSTENERSE EN PIE						
1. Estando de pie, puede encucillarse y levantarse nuevamente sin caerse.						

CONTINUA

Apéndice 3

C O N D U C T A	Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
2. Se para de puntitas.						
3. Sin apoyo, intenta pararse en un pie.	16SP					
CAMINAR						
1. Camina alrededor de un objeto.						
2. Camina mientras empuja o jala juguetes.						
3. Camina hacia atrás sin caer.						
4. Camina rápido y lento.						
5. Camina entre objetos sin tropezar.						
6. Camina de puntitas.						
7. Mientras se apoya con una mano, camina hacia adelante siguiendo una línea o por una orilla con un ancho de 20 a 30 cm.						
8. Sosteniéndolo de una mano, camina hacia arriba y hacia abajo en una superficie inclinada.						
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS						
1. Sube y baja escaleras alternando los pies y sosteniéndose del barandal.	4SBE					
CORRER						
1. Corre sin caer incliniéndose hacia adelante y evitando obstáculos.						

CONTINÚA

Apéndice 3

CONDUCTA		Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
SALTAR							
1. Con ayuda, salta desde alturas pequeñas (20-40 cm.), cayendo con ambos pies.		2SAL					
2. Salta una distancia de 20 a 40 cm.		3SAL					
3. Salta obstáculos de poca altura (5 a 10 cm.) dejando caer primero un pie y luego otro.		4SAL					
4. Salta repetidamente con ambos pies en un mismo lugar.		5SAL					
5. Intenta saltar en un pie.		6SAL					
PATEAR							
1. Patea una pelota grande y sin movimiento.							
2. Patea objetos alternando los pies.		2PAT					
LANZAR							
1. Lanza con las manos y sin caerse, una pelota hacia arriba.							
2. Lanza con las manos y sin caerse, una pelota hacia delante.							
3. Cacha, sin caerse, un objeto con ambas manos, por ejemplo, una pelota.							

Total de conductas esperadas en este rango : 27 Total de conductas que presenta el niño(a) : Porcentaje

Apéndice 3

EVALUACIÓN DE CONDUCTA MOTORA GRUESA

Rango de Edad: 36-42 Meses

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Evaluaciones: _____

Diagnóstico inicial: _____ 1a. _____

Fecha de nacimiento: _____ 2a. _____

Día Mes Año

_____ 3a. _____

CONDUCTA		Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
SENTARSE							
1. Se sienta con los pies cruzados por imitación.		12SEN					
SOSTENERSE EN PIE							
1. Estado de pie, puede encucillarse y levantarse nuevamente sin caerse.							
2. Se para de puntitas.							
3. Sin apoyo, intenta pararse en un pie.							
CAMINAR							
1. Camina de puntitas.							
2. Mientras se apoya con una mano, camina hacia delante siguiendo una línea por una orilla con un ancho de 20 a 30 cm.							

CONTINÚA

Apéndice 3

CONDUCTA	Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
3. Camina sin tirar un objeto pequeño y liviano que lleve sobre su cabeza, por ejemplo, una almohada.	18CA					
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS						
1. Sube y baja escaleras alternando los pies y sosteniéndose del barandal.						
CORRER						
1. Corre sin caer incliniéndose hacia adelante y evitando obstáculos.						
SALTAR						
1. Con ayuda, salta desde alturas pequeñas (20-40 cm.), cayendo con ambos pies.						
2. Salta una distancia de 20 a 40 cm.						
3. Salta obstáculos de poca altura (5 a 10 cm.) dejando caer primero un pie y luego otro.	4SAL					
4. Salta repetidamente con ambos pies en un mismo lugar.	5SAL					
5. Intenta saltar en un pie.	6SAL					
6. Salta hacia adelante y hacia atrás.	7SAL					
PATEAR						
1. Patea objetos alternando los pies.						
LANZAR						
1. Cacha, sin caerse, un objeto con ambas manos, por ejemplo, una pelota.						
2. Lanza con las manos y sin caerse, una pelota hacia las manos de otra persona.	5LAN					
Total de conductas esperadas en este rango	18	Total de conductas que presenta el niño(a)				Porcentaje

Apéndice 3

EVALUACIÓN DE CONDUCTA MOTORA GRUESA

Rango de Edad: 42-48 Meses

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Evaluaciones: _____

Diagnóstico inicial: _____ 1a. _____

Fecha de nacimiento: _____ 2a. _____

_____ 3a. _____

CONDUCTA	Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
SENTARSE						
1. Se sienta con los pies cruzados por imitación.						
SOSTENERSE EN PIE						
1. Estando de pie puede encucillarse y levantarse nuevamente sin caerse.						
2. Se para de puntitas.						
3. Sin apoyo, se para en un solo pie.	17SP					
CAMINAR						
1. Camina de puntitas.						
2. Mientras se apoya con una mano, camina hacia delante siguiendo una línea por una orilla con un ancho de 20 a 30 cm...						

CONTINÚA

Apéndice 3

CONDUCTA	Clave de Respuesta	EV. 1	EV. 2	EV. 3	RC	OBSERVACIONES
3. Camina sin tirar un objeto pequeño y liviano que lleve sobre su cabeza, por ejemplo, una almohada.						
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS						
1. Sube y baja escaleras alternando los pies y sosteniéndose del barandal.						
CORRER						
1. Corre sin caer inclínándose hacia adelante y evitando obstáculos.						
SALTAR						
1. Con ayuda, salta desde alturas pequeñas (20-40 cm.), cayendo con ambos pies.						
2. Salta una distancia de 20 a 40 cm.						
3. Salta obstáculos de poca altura (5 a 10 cm.) dejando caer primero un pie y luego otro.						
4. Salta repetidamente con ambos pies en un mismo lugar.						
5. Intenta saltar en un pie.						
6. Salta hacia adelante, hacia atrás y hacia los lados.	8SAL					
PATEAR						
1. Patea objetos alternando los pies.						
2. Patea una pelota grande en movimiento.	3PAT					
LANZAR						
1. Cacha, sin caerse, un objeto con ambas manos, por ejemplo, una pelota.						
2. Lanza con las manos y sin caerse, una pelota hacia las manos de otra persona.						
Total de conductas esperadas en este rango	19					Porcentaje

Total de conductas que presenta el niño(a)