

102



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

CAMPUS IZTACALA

**APORTACIONES DE LA ESTIMULACION TEMPRANA
EN EL DESARROLLO INTEGRAL DE NIÑOS
CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

MARIA ALEJANDRA PEREYRA AGUILAR

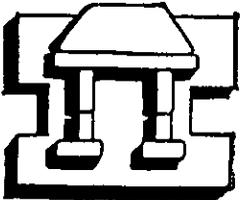
COMISION DICTAMINADORA:

LIC. MA. GUADALUPE AGUILERA CASTRO

LIC. JUANA AVILA AGUILAR

MTRA. MA. ANTONIETA DORANTES GOMEZ

283667



IZTACALA

TLALNEPANTLA ESTADO DE MEXICO

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Este trabajo, con todo el esfuerzo y tiempo que deposité en él, representa un logro que no es sólo mío.

Todas las personas que amo y que han formado parte importante en mi vida, participaron de alguna manera para llegar a él y merecen un reconocimiento.

Por eso, ESTA TESIS está dedicada especialmente:

A MI ESPOSO

*Con todo mi cariño
Porque con su invaluable comprensión y
gran apoyo me ha ayudado a alcanzar
una meta tan anhelada.*

Gracias por tu confianza.

A MIS HIJOS

PATY Y JOSE RAMON

*Porque quiero brindarles el ejemplo de la
perseverancia.*

Ellos fueron mi impulso e inspiración

Los amo.

A MI PADRE

*Porque con tu amor me formaste y aunque ya no
estés, guardo tus enseñanzas.
Siempre tuviste una palabra de aliento y diste mucho a
quienes te rodearon.
Viviste por tus hijas creando sus sueños. Ahora, el que
creaste para mí se hace por fin realidad.*

*Donde quiera que te encuentres, mi gran logro te
pertenece y si no puedo entregarlo a tus manos lo
hago a tu recuerdo.*

Gracias.

A MI MADRE

*Por lo hermosa que fue nuestra familia, que
junto a mi padre formaste.*

*Por mis recuerdos de niña, por tus manos
siempre suaves y amorosas que me acariciaban
y porque toda mi vida te amaré.*

Te extraño.

A MIS HERMANAS

*Porque quiero compartir con ellas un
logro importante en mi vida en homenaje
al amor y la unión que nuestros padres
nos enseñaron.*

*Un árbol.
Un hijo.
Un libro.*

AGRADECIMIENTOS

A LUPITA.

Lic. Guadalupe Aguilera Castro

Mi maestra y gran amiga, que me brindó generosamente sus conocimientos y apoyo, así como su valioso tiempo y la oportunidad de encontrar el camino para la realización de este trabajo.

A LOLITA.

Lic. Dolores Rosas Rodríguez

De quien aprendí muchas cosas y porque sin su ayuda me habría sido difícil reencontrarme.

A MIS ASESORAS.

*Lic. Juana Avila Aguilar
Mtra. Ma. Antonieta Dorantes Gómez*

Que con sus excelentes aportaciones cooperaron enormemente a la optimización del presente trabajo.

A TODOS MIS MAESTROS

Que a lo largo de mi vida contribuyeron en mi formación, inculcando en mí la tenacidad. Siempre fueron un ejemplo

Los recuerdo con cariño.

A LOS NIÑOS CON N.E.E.

y a sus padres.

Porque sin saberlo me brindaron

más de lo que yo pude darles a

ellos.

Estos niños son ángeles que

llegan a nuestra vida para darnos

una gran lección.

INDICE

	Página
RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	2
CAPITULO I LA TEORIA PSICOGENÉTICA.....	5
I.1 Etapa Sensoriomotriz.	9
I.2 Etapa Preoperacional.	11
I.3 Etapa de las Operaciones Concretas.	12
I.4 La transitividad.	13
CAPITULO II LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA.	15
II.1 Definición	15
II.2 ¿A quiénes debe dirigirse ?	17
II.3 ¿Cómo se lleva a cabo ?	20
CAPITULO III LOS NIÑOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES.....	23
III.1 Definición.....	23
III.2 Causas.	30
III.3 Tipos de riesgo.	31
CAPITULO IV METODOLOGIA	37
CAPITULO V ANALISIS DE RESULTADOS.....	87
CONCLUSIONES.....	103
DISCUSION.....	109
BIBLIOGRAFÍA.....	113
ANEXOS.....	116
(1) Hoja de identificación	
(2) Entrevista.	
(3) Tabla de desarrollo.	

R E S U M E N

Piaget, por medio de sus investigaciones y el arduo trabajo que llevó a cabo con niños, nos hizo saber que el aprendizaje comienza con las primeras experiencias sensoriomotoras, donde se funda el desarrollo cognoscitivo y el lenguaje. Se continúa por la construcción de estructuras mentales, basadas en procesos cognoscitivos propios. Así se construye el conocimiento mediante la interacción continua con el entorno. Es decir, todo conocimiento tiene una base previa y la información nueva se adquiere al asociarla con el conocimiento anterior, perfeccionando y reconstruyendo esa información a niveles más complejos.

Tomando como base esta teoría, nos interesa analizar la importancia de las primeras experiencias en el desarrollo del niño con necesidades educativas especiales (N.E.E.), aunadas a factores como el medio ambiente y la estimulación, para lograr seres independientes y autosuficientes, para tener una vida mejor.

Aquí se trabaja con seis niños de hasta cuatro años de edad, con (N.E.E.), en los que se estimulan las cuatro áreas de desarrollo y se logran avances significativos, pero la mayor importancia es que se forma la base para un buen desarrollo posterior.

Se comparó la edad de desarrollo en la que ingresaron al programa, con la que lograron al terminar la intervención y se vio que hubo avances en poco tiempo. Se concluyó que es importante la estimulación, así como la optimización del medio ambiente en que se desenvuelve el niño.

Algunos de los padres asistieron adicionalmente a una terapia enfocada a superar la crisis parental y lograr aceptación de sus hijos con N.E.E. Encontrando que, fueron más participativos e interesados en lograr avances, por lo que crearon una extensión de las sesiones en casa, trabajando continuamente con sus hijos, y se notaron mejorías más marcadas en dichos niños.

INTRODUCCION

A partir de que los investigadores se comenzaron a interesar en el desarrollo humano, se empezó a ver la importancia de la primera infancia.

Podría decirse que Freud fue el iniciador de este interés, aunque analizó al adulto en retrospectiva dando primordial importancia a las primeras etapas de su vida, y afirmando que lo que vivió en su niñez dio forma a su presente.

Antes de existir este interés, se suponía que la genética o herencia era determinante en el desarrollo y por lo tanto no podría influirse en él.

Por ejemplo, Charles Darwin (1859)*, con su teoría sobre la selección natural, consideraba que la inteligencia era fija y el desarrollo estaba predeterminado genéticamente; expresadas estas ideas en su libro "El Origen de las Especies".

Francis Galton (1869), sostenía que todas las características mentales del ser humano eran producto de la herencia y por lo tanto inmodificables.

Alfred Binet (1909), pensaba igual, hasta que, después de estudiar la inteligencia durante casi 20 años, reacciona ante lo establecido encontrando que la inteligencia de un niño puede ser aumentada; pero aún él, daba poca importancia al medio ambiente en el que el niño se desarrolla.

A partir de otros estudios realizados por Freeman, Holzinger y Mitchell (1928)*, sobre la separación de hermanos en hogares sustitutos, encontraron mayor correlación entre la inteligencia de los niños y el nivel socioeconómico de sus hogares, aún más que entre la inteligencia entre hermanos.

Newman y colaboradores (1937)*, encontraron diferencias de coeficiente intelectual entre gemelos idénticos criados en ambientes distintos y tales diferencias estuvieron en relación directa con la estimulación ambiental.

* Tomadas de Montenegro (1978) p.p. 24,26,27 en su revisión histórica sobre Estimulación Temprana.

Poco a poco, a raíz de éstos y otros estudios enfocados hacia otros aspectos como el medio ambiente y ya no sólo hacia la herencia, fue que se le pudo dar la relevancia que ahora tiene.

Jean Piaget, fue uno de los investigadores que dio al medio ambiente una gran importancia en sus estudios, después de haber participado como ayudante de Alfred Binet en la aplicación de test psicológicos, donde consideraba de mayor interés las causas por las que los niños daban determinadas respuestas, que por obtener el resultado como medición de habilidades intelectuales. Por ello, continuó después con la observación de sus propios hijos y posteriormente fundando un centro para el estudio del desarrollo del niño y la epistemología.

El encontró que el desarrollo del niño va dándose a través de etapas, en las cuales no se puede llegar a las últimas sin pasar antes por las primeras y esta jerarquización, permite ir adquiriendo ciertas habilidades de manera secuenciada, de tal modo que se combina la formación de estructuras con la influencia del medio ambiente.

Es así, que tomando en cuenta estos conocimientos, pensamos en la posibilidad de prevenir problemas de desarrollo, interviniendo lo más posible. Actualmente, existen gran cantidad de niños con necesidades educativas especiales, por lo que se busca que por medio de la intervención y estimulación temprana, ellos puedan lograr un buen desarrollo posterior, ya que la primera infancia es particularmente importante.

Ahora, afortunadamente puede hacerse más por ellos, desde que se sabe que proporcionando una optimización del ambiente y con una estimulación adecuada a partir del nacimiento y durante los primeros meses y años de vida del niño existe la oportunidad de ayudarlo a crear habilidades que por sí mismo tendría mayores dificultades en adquirir.

Los primeros años de todo individuo son cruciales para su desarrollo futuro; ellos constituyen un periodo crítico desde el punto de vista de la alimentación, la salud y el desarrollo de la inteligencia y personalidad.

La atención integral del niño desde el momento del nacimiento, hasta su ingreso a la enseñanza básica supone un rol muy importante de la familia y la comunidad, ya que le proporcionan su entorno social, afectivo y material.

Vamos entonces, a enfocar nuestros esfuerzos hacia la optimización del medio ambiente del niño, produciendo estimulación que lo ayude en la formación de estructuras que lo llevarán a pasar de una etapa de desarrollo a la siguiente.

Esta es la finalidad del presente trabajo, aplicar en seis niños con necesidades educativas especiales, un programa de estimulación temprana y así corroborar estos planteamientos.

El objetivo entonces es:

Lograr en los niños la adquisición de patrones de conducta socialmente aceptados en las cuatro áreas de desarrollo (cognitiva, social, psicomotriz y de la vida diaria), por ejemplo, autocuidado, cambio de posición o desplazamiento, integración social, actividades manuales, conocimiento de colores, objetos y animales, etc., además de un nivel de lenguaje adecuado a su edad, involucrando a los padres en la aplicación de dicho programa para que pueda haber siempre seguimiento de estimulación al finalizar el mismo.

CAPITULO I

LA TEORIA PSICOGENETICA

La teoría Psicogenética es una teoría enfocada, básicamente al desarrollo de conocimiento nuevo en los niños, y a cambios cualitativos que se presentan al enfrentarse a situaciones nuevas en su medio.

El niño se involucra activamente con su entorno al intentar integrar la información derivada de sus experiencias sociales y físicas, entonces se producen avances cualitativos en su desarrollo cognoscitivo, dándose de manera secuenciada, por lo que es un proceso continuo, no limitado por el tiempo. Los niños progresan invariablemente por etapas, pero a diferentes ritmos de progreso. Es un continuo particular observado por las manifestaciones conductuales y características en cada nivel. Al avanzar por este continuo, las nuevas estructuras cognoscitivas del niño se integran y se construyen sobre etapas previas.

Aunque investigadores interesados en el desarrollo del niño han retomado esta teoría para explicar los cambios en el desarrollo cognoscitivo, Piaget fue quien la desarrolló y en base a sus investigaciones se han logrado avances muy importantes en el conocimiento del desarrollo infantil.

Generalmente se llama a la teoría psicogenética "Teoría de Piaget".

Jean Piaget, quien ha brindado al mundo una importante teoría sobre el desarrollo del niño, se dedicó prácticamente durante toda su vida a la investigación científica.

Nació en Suiza, en 1896.

A los 10 años publicó su primer artículo científico, aunque su primer interés estuvo enfocado a la biología.

En 1918, cuando contaba con sólo 22 años, obtuvo su doctorado en ciencias biológicas.

En 1919 comienza a trabajar en el laboratorio de Alfred Binet ayudándole a estandarizar pruebas de inteligencia para niños franceses.

A partir de aquí, se interesa en descubrir las razones por las que los niños daban respuestas equivocadas a los ítems de la prueba, por lo que estuvo ahí poco tiempo y fundó un centro en Ginebra para dedicarse al estudio del desarrollo del niño y la epistemología.

En 1920 (a los 24 años), inicia su serie de abundantes publicaciones, pero por razones de idioma y de otras dificultades debido a la complejidad de sus planteamientos, comienza apenas a conocerse su obra por psicólogos norteamericanos hasta 1960, cuando ya contaba con 64 años; y aún en 1970 (a los 74 años), continúa sus investigaciones sobre desarrollo intelectual, genética, lógica y epistemología.

El nacimiento de sus tres hijos (1925, 1927 y 1931), lo colocó en situaciones de contacto permanente e íntimo con individuos en proceso de desarrollo, una experiencia que no podría repetir ni en condiciones ideales de laboratorio, por lo que planeó y llevó a cabo detalladas observaciones sobre su conducta.

Aunque en un principio se notaba una clara influencia de sus primeros estudios, realizó una gran cantidad de publicaciones, en las que comenzó a incluir sus términos para describir el desarrollo y ahí se veía ya su interés por la observación de los niños, por ello se dedicó a observar a sus propios hijos y a registrar lo que observaba.

Durante sus investigaciones utilizó métodos de entrevista semiclínica, que son utilizados aún por muchos investigadores.

Piaget utiliza el término epistemología genética para identificar sus trabajos, y considera que abarca muchos campos de estudio, incluyendo lógica, matemáticas y

biología, así como los temas tradicionales de la psicología del desarrollo. Buscaba fundamentalmente responder a la pregunta epistemológica de cómo se crea el conocimiento explicando la naturaleza del conocimiento humano e identificándolo con procedimientos sucesivos desarrollados para obtener conocimiento durante la ontogénesis.

En general, podría decirse que el tema principal de esta teoría, es la autorregulación o el proceso de equilibrar el desarrollo intelectual, en el que los individuos buscan un estado de equilibrio o balance con el medio.

La importancia de la teoría de Piaget, se encuentra sobre todo en sus ideas sobre el desarrollo intelectual. No buscaba investigar el desarrollo cognoscitivo de los individuos, sino más bien el desarrollo de la cognición.

Maier (1991), nos dice que a pesar de que Piaget reconoce las limitaciones de una teoría en una sola dimensión, él mismo tiende a limitarse y a apoyarse en su propio sistema de pensamiento lógico; busca explicar la conducta humana de acuerdo a un sistema y evitando los datos cuantitativos.

Retomando un comentario de E.J. Anthony en el que se afirma que: "La teoría de Piaget es una psicología del yo que se apoya en el aspecto cognoscitivo, libre de conflictos, de la conducta humana" (Maier, 1991, p. 96), dice que Piaget concibe el aprendizaje como una función del desarrollo. El aprendizaje no puede explicar el desarrollo, mientras que las etapas de desarrollo pueden explicar en parte el aprendizaje. Sin embargo, el teórico del aprendizaje ve el desarrollo como un proceso independiente, como una parte del proceso primario de aprendizaje o como una función de éste último.

Piaget supone que la investigación detallada de una pequeña muestra de una especie, proporcionará información básica que caracteriza a todos los miembros de la misma y supone que la confiabilidad de un hallazgo está relacionado directamente con los datos obtenidos por el informante. Mide la validez por el grado de consistencia interna que existe entre sus hallazgos y sus proposiciones teóricas, y considera la investigación empírica como un instrumento que confirma o refuta hechos establecidos previamente vía lógica. Una vez establecidos los hechos es posible generalizar sobre ellos.

Aunque algunos otros autores como Flavell (en Maier 1991, p. 98), dudan de la validez de algunos trabajos de Piaget, porque dice: "A veces éste fuerza los hallazgos de su investigación empírica para validar su hipótesis teórica".

Para Piaget los hallazgos obtenidos en una investigación son por un lado la base para adquirir inductivamente nuevos datos y por otro lado, fuente para la deducción hipotética de nuevos conceptos.

Según Piaget, el niño en el momento de nacer cuenta con una serie de conductas reflejas, a partir de las cuales se van a producir por diferenciación otras conductas más complejas a las que llama ESQUEMAS, que son las unidades básicas de la actividad mental.

El aprendizaje inicia con las primeras experiencias sensoriomotoras, que son en las que se funda el desarrollo cognoscitivo y el lenguaje. El aprendizaje continúa por la construcción de estructuras mentales, que se basan en la integridad de los procesos cognoscitivos propios. Así, una persona construye el conocimiento por medio de su interacción continúa con el entorno. Es decir, todo conocimiento tiene otra base previa o

referente: la información nueva se adquiere al asociarla con el conocimiento anterior y por el perfeccionamiento y reconstrucción de esa información a niveles más complejos.

Concibe el desarrollo en etapas, a partir de las estructuras con las que cuenta el niño en las conductas reflejas, como la succión y prensión, se van integrando experiencias nuevas a las ya existentes, proceso que llama Asimilación y que es el medio para poder adaptar estas estructuras que se van adquiriendo a situaciones diferentes, lo que se llama Acomodación; solamente de esta manera es que se va a lograr un equilibrio.

Estos dos aspectos, la asimilación y la acomodación constituyen la Adaptación, que es un proceso biológico general, donde la adaptación psicológica prolonga la adaptación biológica.

Así describe el desarrollo, como un proceso completo, donde la cognición se adquiere atravesando por diferentes etapas secuenciadas de modo que es necesario pasar por una para poder llegar a la siguiente.

Las etapas que menciona y define son:

I. 1 Etapa Sensoriomotriz.

Va aproximadamente del nacimiento a los dos años de vida. Aquí las coordinaciones sensoriomotrices son la base de acción para el pensamiento simbólico posterior.

Poco a poco, de manera gradual, la conducta refleja va dando lugar a las acciones sensoriomotrices de búsqueda de metas y a la construcción de los conceptos de tiempo y causalidad.

Esta etapa se subdivide a su vez en seis estadios, a través de los cuales irá pasando el niño para poder llegar a la siguiente etapa.

En el primer estadio se da uso a los mecanismos congénitos, que son reflejos dispuestos para la función y que es en cierta forma el primer signo de actividad psíquica, modificándose con base de las estructuras ya existentes.

En el segundo estadio, la adquisición de las primeras habilidades depende de la repetición habitual de acciones desencadenadas casualmente. Es decir, una actividad que el niño realiza por casualidad, puede repetirse voluntariamente. Aquí se comienza a dar la asimilación cuando los esquemas de conducta se van aplicando a regiones progresivamente más amplias y esto constituye la adaptación al mundo exterior.

En el tercer estadio, que se observa entre el tercer y noveno mes, se inicia la transición progresiva de las habilidades y hábitos obtenidos casualmente, a las acciones inteligentes realizadas intencionadamente.

El niño aprende a adaptar sus movimientos a los objetos habituales y también a introducir nuevos objetos a sus reacciones circulares primarias.

En el cuarto estadio, se da ya la coordinación de los esquemas de conducta adquiridos y realizados intencionadamente, aplicándolos a situaciones nuevas.

En el quinto estadio se descubren nuevos esquemas de conducta por experimentación activa. Es aproximadamente al final del primer año cuando el niño sabe servirse adecuadamente de medios auxiliares con lo que ya repite y varía sus modos de conducta.

En el sexto estadio, aproximadamente hacia la mitad del segundo año, se observa la transición del acto intelectual sensoriomotor a la representación.

La inteligencia Sensoriomotora alcanza su total desarrollo. El niño es capaz de imaginar el resultado de sus modos de conducta y no necesita ya hacer ensayos prolongados. Se adapta rápidamente a situaciones nuevas.

Los esquemas de conducta se coordinan más perfectamente y de manera más rápida. Los modos de conducta pueden realizarse ahora interiormente.

Ya el niño imita no sólo las personas y objetos presentes, sino aún cuando se encuentren ausentes.

Estas acciones intelectuales realizadas espontáneamente son el punto culminante de la fase sensoriomotora y al mismo tiempo el preludio de la representación y del pensamiento.

I. 2 Etapa Preoperacional.

Está fase va de los dos a los siete años. Ya existe un pensamiento preconceptual que se caracteriza por esquemas representativos basados en imágenes que recuerdan características similares de los objetos (PRECONCEPTO). El niño todavía puede centrarse en una sola característica o aspecto relevante de un hecho, y no puede atender a otros importantes también (CENTRACION).

En esta etapa se produce un incremento en el lenguaje y el pensamiento simbólico.

Este es un periodo que en general se considera de transición y se supone que el nivel de estabilidad no se ha definido por completo a pesar de que se van perfeccionando las habilidades adquiridas en la etapa anterior.

El niño logra conformar algunos conceptos generales de relación.

Piaget menciona que en esta etapa, aunque se da el desarrollo del lenguaje (una de las principales características de esta etapa), ello no quiere decir que necesariamente hay conceptualización.

Se inicia el Egocentrismo, siendo una de las características predominantes de este periodo; el niño cree en la realidad y en el mundo, como es percibido por él y no entiende por qué pueden existir otros puntos de vista. O bien, que un mismo objeto es diferente según el ángulo de donde se mire y en realidad es que no tiene todavía la capacidad para comprender que un objeto siempre es el mismo aunque cambien los puntos de vista sobre él y las perspectivas con que se mire.

Otra característica de la etapa preoperacional, es el Animismo, que se presenta de forma que el niño tiende a dar vida a los objetos inanimados que se encuentran a su alrededor, es decir, él cree que todo objeto inanimado que se mueve cuenta con vida propia por el sólo hecho de tener movimiento, sin saber cuál es la fuente del mismo.

Se comienza a dar ya el principio de Conservación de la numerosidad, que consiste en comprender que el número de objetos no cambia al alterar su forma o distribución, pero es hasta la siguiente etapa, de las operaciones concretas, cuando el niño realmente puede comprender la conservación de numerosidad, de longitud, de área y por último de volumen.

1. 3 La Etapa de las Operaciones Concretas.

Considerada a partir de los seis o siete años de edad, es en la que el niño incorpora el pensamiento intuitivo en su desarrollo cognoscitivo. El niño puede ser capaz de realizar operaciones lógicas y de razonamiento, pero sólo mediante objetos y eventos tanto reales como concretos, es decir, ayudándose de implementos que le facilitan dichas operaciones (tales como cuentas, corcholatas, personas, etc.).

I. 4 La Transitividad.

Surge durante esta etapa y se refiere a la regla lógica en la que se puede pasar de un estado o punto a otro a lo largo de un continuo perceptual. Es una operación imprescindible para el desarrollo continuo de conceptos numéricos. Derivada de esto se da la Seriación, que es el poder realizar y representar simbólicamente como en la Transitividad, o sea, hacer inferencia acerca de las relaciones entre los objetos reales (Transitividad Concreta).

En esta etapa se logran niveles cognoscitivos en general más complejos que en las dos anteriores, pero es el prelude para la siguiente: la de las Operaciones Formales, donde finalmente se logra perfeccionar las aptitudes y habilidades adquiridas en las primeras etapas.

Aquí el niño ya llegó a la adolescencia y las operaciones antes realizadas estaban orientadas hacia fenómenos concretos en el presente inmediato. En la etapa final, abarcan también lo hipotético y lo ausente. Los sistemas de pensamiento operatorio llegan a integrarse para formar estructuras a partir de las cuales puedan formularse hipótesis y deducirse conclusiones, además de poder existir análisis lógicos en el plano simbólico.

En esta etapa entonces, el niño es capaz de razonar y explicar que cuando la conclusión sigue a las premisas y éstas son verdaderas, la conclusión también debe ser verdadera.

Piaget menciona que debe pasarse por una etapa para poder llegar a la siguiente, y es lo que pretendemos que suceda con todos los niños, aún si presentan necesidades educativas especiales, ya que según esto ellos atraviesan también por las mismas etapas

que los demás, pero de una manera más lenta, aquí se procura dar al niño las herramientas necesarias para lograrlo, ayudándole a adquirir las habilidades que de otro modo tardaría en adquirir por sí solo y tendría dificultades para atravesar de una etapa a la siguiente.

CAPITULO II

LA ESTIMULACION TEMPRANA

II. 1 Definición

La Estimulación Temprana se define como la estimulación ambiental proporcionada a un niño desde el momento de su nacimiento o poco después de él, para mejorar sus habilidades y en general su calidad de vida. Es todo tipo de recursos que se brindan al niño para que logre pasar de las primeras etapas de desarrollo a las siguientes.

La definición aceptada en la mayor parte de la bibliografía referida al tema y que aquí retomaremos por considerarla la más completa, es la mencionada entre otros por Montenegro (1978), quien señala: "Estimulación Temprana es el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que éste necesita desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicológico".

Estas acciones deben llevarse a cabo por quienes se encuentran alrededor del niño, encomendándose la tarea de rodearlo de todos los elementos necesarios para generar en él un cierto grado de interés y actividad, condición necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo; esto solo se logra a través de personas y objetos en cantidad y oportunidad adecuadas y en el contexto apropiado.

Se habla de estimulación temprana porque si bien, durante toda la vida del niño debe existir estimulación, en la primera etapa de la vida ésta es más importante, dado que como vimos en el capítulo anterior, las primeras experiencias son la base para aprendizajes posteriores, y si se logra tener un buen desarrollo desde el principio, se favorecerá su paso por las diferentes etapas subsiguientes.

Es aquí, que deben formularse por medio de la estimulación temprana, por un lado las habilidades que debe ir adquiriendo el niño y que son necesarias para su vida diaria, pero también las buenas relaciones afectivas entre el niño y sus familiares, formando patrones de crianza adecuados, para favorecer una relación dinámica del niño con su medio, en un contexto de seguridad afectiva básica y de motivación para aprender.

Tomando en cuenta la teoría de Piaget, en la que se hace énfasis en el paso por etapas de desarrollo para poder llegar a un nivel cognoscitivo superior, podemos entender la importancia de la estimulación temprana.

Si se brinda lo más pronto posible a partir del nacimiento del niño, se podrá asegurar un mejor desarrollo posterior.

Muchos investigadores, además de Piaget han encontrado que ésta es una época muy importante en la vida del individuo, debido a que es la base para cualquier desarrollo subsiguiente.

“Las primeras experiencias en la vida de un organismo, humano o no humano, se supone que son básicas en el comportamiento posterior. Esto quiere decir que la primera infancia es particularmente importante. Esto implica que un organismo sin experiencias tempranas, privado de ellas en forma artificial, será incapaz de tener un comportamiento normal” (Ardila, 1975, pág. 26).

No se trata de “privar” al niño de experiencias tempranas, dado que a manera de privación experimental no puede trabajarse con humanos por cuestiones de ética, al contrario, se busca mejorar la estimulación a la que naturalmente está expuesto el niño y aumentar en forma favorable esa estimulación, de modo que se le provea de elementos

que le ayuden a adquirir conocimientos y habilidades necesarias en cada una de las etapas de su desarrollo.

Después de que se creía que el desarrollo estaba determinado genéticamente, se pasó progresivamente a pensar que el ambiente y las variables ambientales eran tan importantes, que se dejó de lado el componente genético; gracias a investigaciones posteriores se ha visto que lo realmente importante, es la interacción organismo-medio ambiente. "El conocimiento de las limitaciones genéticas con la aceptación de que el potencial orgánico de desarrollo puede ser reducido o aumentado por las variables ambientales parece ser la posición preferida actualmente, y ésta posición genera un número de argumentos teóricos poderosos para avalar la intervención temprana". (Samerof, 1982, en Bricker 1991, pág. 57).

Derivado de esto, se puede argumentar la intervención temprana basándose en la premisa de la interacción, donde se dice: "El aprendizaje temprano sirve de base para el desarrollo ulterior de conductas más complejas" (Bricker, Seibert y Casuso. 1980, en Bricker, op. Cit. p.p. 210).

Afirmación que es definitivamente fundamentada por Piaget (1970, en Bricker, op. Cit.), ya que él nos dice que la interacción sistemática de las respuestas tempranas con el ambiente produce conductas crecientemente más complejas y visto de ésta manera, puede surgir la hipótesis de que sin la intervención temprana muchos niños con desventajas podrían no adquirir las conductas sensoriomotoras simples y mucho menos las formas de respuesta más complejas.

II. 2 ¿A quiénes debe dirigirse?

Definitivamente, diremos que la estimulación temprana es importante para todos los niños, pero aquéllos que tienen necesidades especiales de educación, requieren de un

mayor énfasis en su aplicación y debe crearse un programa adecuado para cada uno de ellos, buscando crear habilidades que por sí solos no adquirirían, y es necesario ayudarles a obtener.

Desde la década de 1970, los programas de intervención temprana han sido dirigidos a niños con alteraciones biológicas y niños en riesgo por razones médicas o ambientales.

Los niños con alteraciones biológicas tienen marcadas deficiencias estructurales o conductuales, por lo general identificables tempranamente. Aquí se incluyen niños con anomalías genéticas, alteraciones metabólicas, neurológicas y sensoriales; donde, sin el afán de “etiquetar” de ninguna manera, podemos incluir padecimientos comúnmente conocidos como síndrome de Down, parálisis cerebral, etc.

Los niños clasificados como de riesgo por razones médicas o ambientales, son aquéllos que nacieron en forma prematura o sufrieron alguna patología temprana en la vida; hablando de las dificultades que pudieran existir durante el nacimiento o poco después de él, el cuidado no adecuado o negligente, o bien, el ambiente poco favorecedor en el que pueden existir limitaciones importantes de alimentación, cuidado y educación.

Por ejemplo, si al momento de nacer existiera alguna dificultad respiratoria, esto puede traducirse en una incorporación insuficiente de oxígeno y es algo que afecta la sobrevivencia de las neuronas. Lo anterior, llamado anoxia, puede ser en ocasiones de poca importancia, pero se dan casos en que puede dejar secuelas en forma de retrasos madurativos, lentitud en el desarrollo psicomotor, o algún otro problema en el que se requiere atención especial.

Existe una estrecha relación entre maduración del cerebro y maduración de la conducta y ello, ligado a la experiencia. Al igual que en otras áreas de desarrollo, el crecimiento del cerebro es afectado por elementos del medio, desde la nutrición, hasta la estimulación. De tal modo, es importante que existan estímulos físicos y sobre todo sociales, que proporcionen la estimulación necesaria para obtener un adecuado desarrollo psicológico.

Se menciona la nutrición como factor importante, debido a que se ha encontrado que niños con un alto grado de desnutrición pueden presentar dificultades en su desarrollo.

En un estudio en el que se buscaba evaluar el efecto de los factores nutricionales sobre el comportamiento, con énfasis especial en la relación del niño con el ambiente y en el papel de los estímulos de éste para su desarrollo, se encontró que desde la edad de seis meses fue claro que los niños mal alimentados eran mucho menos activos, dormían más tiempo-aproximadamente 25% más durante el periodo alrededor del año de edad- y aún estando despiertos permanecían más tiempo en su cuna.

Durante el segundo semestre los niños mal alimentados permanecían hasta 90% del tiempo dentro de las casas, pequeñas y oscuras, con poca posibilidad de recibir estímulos ambientales. Por el contrario, los niños que recibieron suplementos alimenticios a partir de las 40 semanas prácticamente no dormían durante el día e insistían en ser sacados al exterior. A partir de esta edad ya no aceptaban quedarse dentro de su casa, en la cuna o fuera de ella. (Chávez y Martínez, 1979, p. 95).

Todas éstas, en mayor o menor medida pueden ser causas de alteraciones en el desarrollo del niño, por lo que se denominan factores de riesgo, y cuando existen uno o más de ellos, es de imperante necesidad el diagnóstico precoz y la intervención temprana.

enfocando la atención en la estimulación del niño y la elaboración de un buen programa de intervención para él.

II. 3 ¿Cómo se lleva a cabo?

Primeramente es necesario, como ya se dijo, saber que el niño se incluye en alguno de los factores de riesgo, para lo que deben conocerse sus antecedentes médicos, biológicos y de nacimiento (se habla de niños con necesidades educativas especiales).

El primer paso es la evaluación, en la que se va a determinar qué tipo de deficiencias presenta el niño de acuerdo a su edad.

En este punto el principal interés estriba en reunir el mayor número de información concerniente a los problemas presentados por el niño para encontrar el programa de intervención más adecuado, enfocándolo básicamente a tales deficiencias para lograr mejores resultados. Debe tomarse en cuenta el examen médico que incluye las deficiencias biológicas que presenta el niño y que pueden darnos una pauta sobre el área en la que podemos o no intervenir y los logros que pueden esperarse de dicha intervención.

Las diferentes guías de evaluación, tienen como propósito asegurar una valoración apropiada y comprensiva; involucrando diversos profesionales y padres de familia en todos los pasos del proceso. (Stevens, 1997).

De la evaluación correcta proviene el diagnóstico, que nos va a decir específicamente las habilidades que deben ser implementadas en el niño. "Las pruebas y procedimientos diagnósticos son administrados e interpretados generalmente por especialistas como los psicólogos, los médicos, los terapeutas del lenguaje, los

audiólogos, etc. Sus diagnósticos se basan más a menudo en un cuadro de la evolución del problema, en los antecedentes familiares para determinar si otros miembros de la familia padecieron problemas semejantes o relacionados, y en una evaluación detallada que puede consistir en la aplicación de pruebas. Este tipo de evaluaciones es más completo pero más prolongado que las pruebas de selección. Su costo es considerablemente mayor que el de los procedimientos de selección, debido a la gran cantidad de tiempo profesional requerido y al uso de un equipo más costoso. Estos procedimientos generalmente producen un diagnóstico, una medida del grado de impedimento y posiblemente una prescripción para el tratamiento.” (Caldwell, 1989).

El proceso de evaluación, va relacionado a las características cognoscitivas y conductuales de los niños que necesitan prescripción e intervención.

Caldwell (op. cit.), define el diagnóstico como “un proceso mediante el cual se analizan y especifican características particulares, habitualmente deficiencias”, aunque conlleva a la etiquetación o rotulación de los niños, con diferencia de la evaluación, que es un proceso de estimación de fuerzas y deficiencias en que puede prescindirse de la rotulación y que sirve para proporcionarnos una base en la planeación de la intervención. El diagnóstico nos ayuda en la especificación de los problemas sensoriales, neurológicos y/o musculares de un niño con necesidades educativas especiales. Los resultados que obtengamos del diagnóstico, nos proporcionarán la base para la planeación del programa de intervención.

En general, podemos encontrar tres técnicas principales de evaluación, que se clasifican de acuerdo a su énfasis, y son: a) aprovechamiento, b) función y c) competencia.

a) Aprovechamiento. Son las pruebas y escalas que evalúan al desarrollo infantil con base en si el niño satisface o no los criterios de la tarea de aprovechamiento.

b) Función. En la evaluación funcional, la conducta de un niño se observa sistemáticamente en el contexto ambiental para determinar las relaciones funcionales que los acontecimientos antecedentes, contiguos o consecuentes tienen en ésta.

c) Competencia. El modelo de competencia cognoscitiva, que resulta de la teoría de Piaget, es la que evalúa ante todo el proceso de la función cognoscitiva y no el producto de la misma. Es posible distinguir cualitativamente estas competencias cognoscitivas y demostrar que siguen una secuencia invariante en el desarrollo. Las transiciones en esta secuencia ordinal, de las etapas inferiores a las más elevadas, están determinadas por la interacción del niño con su medio ambiente; por consiguiente, la tasa de desarrollo de los niños puede variar pero la secuencia del mismo permanece constante. El objetivo de este tipo de evaluación, no es determinar cuál es la estrategia que emplea el niño al intentar la terminación de la tarea, sino que la estrategia nos da la base para determinar la etapa del funcionamiento cognoscitivo. Es decir, las estrategias particulares que un niño utiliza en su conducta, son ejemplos de competencia que pueden diferenciarse de acuerdo con la etapa o fase del desarrollo.

Es así que debemos tomar muy en cuenta los datos obtenidos en nuestra evaluación, para poder seguir una pauta adecuada en el programa de intervención.

CAPITULO III

LOS NIÑOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

III. 1 Definición

Cuando se habla de intervención terapéutica o educativa, se debe saber a quién o quienes dirigirla. Ya hablamos anteriormente de los niños en riesgo, ahora nos referiremos a los niños que presentan ya alguna dificultad para completar su desarrollo. los llamamos niños con problemas o más específicamente niños con necesidades educativas especiales (NEE).

Un niño con NEE es aquél que presenta una o varias deficiencias que le impiden poder pasar adecuadamente por todas las etapas de su desarrollo, de acuerdo a lo que ya sabemos se debe lograr según la edad cronológica del niño, como lo establece Piaget y la teoría Psicogenética.

Estas deficiencias pueden ser de muchos tipos y ocasionadas por diversos factores, pero a pesar de que el saber la causa podría darnos una pauta para el tratamiento, en realidad no es la causa lo más importante, sino las dificultades que provoca en el desempeño del niño en su vida diaria.

En base a la evaluación, se determina si el niño tiene dificultades para lograr su desarrollo pasando por las diferentes etapas y así llegar a integrarse socialmente contando con las experiencias básicas de aprendizaje, como son: hábitos de higiene, independencia personal, comunicación, reglas de comportamiento, habilidades, destrezas, aptitudes y más adelante quizás el acceso a la educación básica curricular, por lo que requiere ayuda

y apoyo multidisciplinario desde su nacimiento (estimulación e intervención temprana) y más adelante atención psicopedagógica, entonces sabemos que es un niño con N.E.E.

Si tenemos niños con NEE, pueden estudiarse desde dos puntos de vista:

Podemos enfocar nuestros esfuerzos hacia las discapacidades específicas tratando a cada niño individualmente y buscando que mejore sus habilidades de acuerdo a sus propias necesidades, tratando de no etiquetar padecimientos ni estandarizar métodos de tratamiento.

Es decir, las NEE se localizan definiendo las dificultades según las características individuales de cada niño tomando en cuenta sus antecedentes generales en el plan médico, social, rasgos psicológicos, edad y nivel de escolaridad en el caso de que el niño ya esté en edad escolar, y si es así, deben verse las necesidades educativas según las actividades y tareas propuestas en clase. O bien, podemos buscar el estudio del niño dentro de un grupo o institución, para lo que habría que decidir qué sistema utilizar.

En el punto de vista del alumno individual, tienen que tomarse en cuenta varios factores, que van desde decidir si se debe agrupar a los niños de acuerdo a sus características o deficiencias para darles un trato especial o continuar en un grupo regular.

Esto puede implicar varios problemas, como el hecho de que se etiquete a los niños con la finalidad de agruparlos “por padecimiento”, por lo que puede llevar a menospreciar sus propias capacidades o simplemente que al darse mayor énfasis en las causas de sus dificultades se olvide un poco el problema real y esto impida atender factores importantes que puedan ayudar realmente al niño. Otro problema puede ser que al etiquetar a un niño se quiera categorizar y no se encuentre la categoría específica para

cada quien, según sus dificultades, lo que puede obstaculizar la ayuda que se le pueda brindar.

Desde el momento en que la etiqueta que se pone al niño va a determinar que alguien se refiera a él con una palabra o una frase específica, crea un estereotipo que desde el primer momento hace ver a ese niño como inferior a los demás, lo que le puede afectar grandemente su autoestima, o crear sobreprotección por parte de las personas que los rodean, impidiéndoles lograr por ellos mismos lo que debe esperarse sin ese exceso de cuidado.

Puede provocarse por ejemplo, que se le den tareas en las que no se les exige como a los demás niños para no presionarlos demasiado, lo que los desmotivará en general.

Otra conducta que puede presentarse en las personas que tienen a su cargo al niño. puede ser que aplique tareas adicionales para ayudarlo a superar su deficiencia, pero con ello lo que se provocaría es que el niño realice actividades fuera del contexto en el que se encuentra normalmente y no encontrar motivación en ellas, convirtiéndose en aburridas.

Al mismo tiempo, cuando se le están aplicando otro tipo de tareas, sus compañeros podrían estar realizando alguna actividad muy atractiva para él y se evitaría que pueda participar en ella cuando quizás sea una actividad más estimulante y que los excluye del grupo en sí, por el hecho de efectuar tareas distintas a las de los demás.

En general, el excluir a estos niños de las actividades que realizan los demás implica recibir una ayuda especial; puede ser para asistir a una escuela especial, para asistir a una clase o unidad especial además de su clase regular, o bien, retirarse de su grupo por períodos breves para recibir enseñanza individual o en grupos pequeños.

A pesar de que existen opiniones en contra, estas opciones en el enfoque de enseñanza individual, se han ido prefiriendo en el campo de la educación especial, ya que se ha optado últimamente por la separación o segregación en cualquiera de esos aspectos.

Los motivos que impiden que las escuelas especiales tengan total aceptación van desde el hecho de que los padres no vean con agrado que su hijo asista a una de ellas, ya que cuentan con una connotación negativa y piensan que no por asistir a una escuela especial van a progresar más, sino que al contrario se detiene su aprendizaje debido a que se presentan menos oportunidades de obtener una gran variedad de actividades educativas.

En general, no hay relación con otros niños que no requieran educación especial, y se limita el trato con los niños de su comunidad, ya que generalmente tienen que trasladarse a otro medio que no es en el que viven. Con todo y esto, la calidad de la educación que se imparte en las escuelas especiales puede ser muy provechosa para algunos niños, ya que tienen las instalaciones necesarias, cuentan con recursos y personal capacitado y comprometido con sus alumnos para impartir una educación centrada en cada niño, lo que contribuye a elevar su autoestima y confianza en sí mismo, así como ayudar específicamente a corregir las deficiencias particulares de cada quien.

En el punto de vista curricular, pueden observarse las limitaciones que se presentan en las dificultades educativas que ya se mencionaron. ahora, se trata de comprender las dificultades de los niños a través de su participación en la experiencia escolar. Así se puede tener la oportunidad de atender a una variedad más amplia de alumnos, incluso algunos que hayan sido excluidos de escuelas regulares.

Esto quiere decir que son importantes todos los niños, desde el momento que todos pueden presentar en alguna ocasión, dificultades en su aprendizaje; o alguno que generalmente lleve un ritmo más lento que el de los demás, pero que se está esforzando. Se tiene entonces la responsabilidad de organizar el grupo de tal manera que las decisiones y recursos que se ofrecen en clase, puedan ayudar al niño a tener un buen desempeño escolar y a superar sus desventajas o deficiencias, que se están presentando en la escuela.

Desde esta perspectiva, puede mejorarse todo lo referente a las condiciones generales de aprendizaje, valiéndose de una evaluación a las dificultades que experimentan los alumnos en clase y ello servir como medida para las formas de enseñanza aplicadas y aportar ideas nuevas para mejorarlas beneficiando a todo el grupo. Debe haber el compromiso de resolver este problema, pero no quiere decir que no se pueda pedir ayuda y asesoramiento a personas especializadas, donde deben compartirse experiencias, energía y recursos enfocados a ayudar en las dificultades presentadas por los niños, tratando también de mejorar la enseñanza en general, tomando en cuenta la individualidad de todos los alumnos y procurando comprender sus dificultades.

En algunos países se han creado legislaciones específicas, donde un niño discapacitado es una persona menor de 21 años que puede asistir a escuelas públicas y quien, debido a ciertas limitaciones mentales, físicas o emocionales, recibe las oportunidades educativas apropiadas para su desempeño escolar por parte de servicios y programas especiales que incluyen, pero no se limitan a: transporte, clases especiales, programas de medio tiempo, programas de recursos, centros de aprendizaje alternativos, enseñanza en el hogar y maestros especializados, escuela especial operada o auspiciada por el estado, servicios benéficos para los alumnos, instalaciones o programas a los que puede tenerse acceso mediante convenios con asociaciones de servicios educativos

cooperativos, distritos de escuelas públicas, escuelas privadas autorizadas u otros organismos.

Estas leyes se han creado principalmente, porque los padres de los niños discapacitados quisieron impugnar las decisiones educativas tomadas por las escuelas, recurriendo a las cortes para cambiar el sistema educativo, donde se amplía el alcance de los derechos similares a los que se otorgan a los adultos y al reconocerles ciertos intereses y necesidades específicos que pueden hacerse cumplir con la ley.

En México, de acuerdo a nuestra Constitución, existe el derecho de todos los mexicanos a una Educación Básica gratuita, obligatoria y laica.

Si el Sistema Educativo Nacional comparte en su totalidad el mismo principio, la exclusión de algunos mexicanos de los beneficios de la Educación, es totalmente incompatible con la normatividad, y por ende, con las aspiraciones sociales.

Debe existir una escuela integradora, que atienda a la diversidad, para poder así cumplir con la equidad de accesos a las oportunidades educativas que debe completarse con la calidad y pertinencia de la Educación, como parte primordial del desarrollo humano.

Primeramente se adoptó la alternativa de Integración Educativa integrando a los alumnos con discapacidad a las aulas regulares, a partir de un eje articulador dado por la idea de normalización.

Así se comienza a dar una transformación a los servicios existentes indispensables y complementarios, adoptando los lineamientos de la Educación Básica, realizando

adecuaciones curriculares con la finalidad de establecer situaciones de aprendizaje eficaces para los alumnos integrados, así como para los que ya reciben Educación Básica.

Surge entonces la necesidad de crear opciones viables para la atención a los alumnos discapacitados, donde dicha discapacidad debe ser traducida a NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES, buscando dar una respuesta educativa adecuada y que además repercuta e impacte en la escuela regular, en beneficio de los alumnos con y sin discapacidad, una respuesta que no se centre en los déficits, que acepte las diferencias y que atienda a la diversidad, bajo el enfoque de una Educación para todos.

Apoyándose también en una adecuada participación social, por lo que es de gran ayuda la orientación a padres de familia y a docentes de educación regular.

Buscando esta adaptación de la escuela a las necesidades de los alumnos, se han creado centros para la atención de las necesidades educativas especiales en forma definitiva o complementaria, que ofrecen una respuesta educativa y no médica, ni asistencial, apegadas ambas opciones a la normatividad, a los enfoques educativos actuales y a la diversidad de necesidades educativas de la población.

Con los niños que tenemos a nuestro alcance, debemos poner nuestro mejor esfuerzo en ayudarles a lograr el desarrollo que no han podido alcanzar de acuerdo a su edad cronológica, para ello es necesario definir quiénes requieren educación especial y cuáles son los mejores métodos para su intervención.

Para que un programa de intervención sea eficaz, se requiere de estrategias válidas y confiables para permitir a los niños que logren el tipo de adquisiciones que aumenten en lo posible sus oportunidades de crecimiento y desarrollo.

III. 2 Causas.

Conociendo de antemano el proceso general de desarrollo, se tiene que no todos los niños aprenderán lo mismo, ni al mismo ritmo y no por ello podríamos decir que un niño es "normal" o "anormal", ya que además de utilizar términos subjetivos, estaríamos etiquetando a los niños de una manera arbitraria, por lo que deben tomarse en cuenta varios modelos que se han propuesto para explicar las variaciones en el desarrollo del niño. Lewis (1984, en Bricker 1991), identifica:

a) El modelo médico, en el que sostiene que el estado relativo del niño permanece más o menos estable en el tiempo, ya que el ambiente influye poco en la integridad biológica básica de su organismo.

b) El modelo ambiental, que afirma que el desarrollo está controlado básicamente por las influencias ambientales, excepto cuando se refiere a niños con daño extremo.

c) Y el modelo transaccional, donde el desarrollo del niño está influido continuamente por la interacción entre el medio ambiente y el estado biológico del niño. En este modelo se habla de los cambios que ocurren en el estado del niño a través del tiempo, dentro de las variaciones del ambiente o de la biología del organismo, los cuales interactúan continuamente para producir un cambio en el repertorio del niño.

Aquí puede ubicarse la teoría epistemológica. De acuerdo a ella, se explica que unos niños aprendan antes que otros, ya que existen diferencias en la variabilidad con que cada uno adquiere las diferentes funciones. Es así, que no puede decirse que deba haber igualdad en el desarrollo de todos los niños; en algunos casos, será claramente notorio que

existen problemas en su desarrollo, pero en otros no podrá asegurarse de manera definitiva, hasta no efectuar un diagnóstico adecuado para evitar caer en errores.

III. 3 Tipos de riesgo.

Recordemos que Piaget plantea que el niño aprende gradualmente a discriminar entre unas condiciones ambientales y otras, primero por azar, después por ensayo y error. más tarde mediante la exploración deliberada y finalmente a través de manipulaciones mentales. Este proceso conduce al infante desde la utilización de algunas respuestas básicas, dadas indiscriminadamente ante todos los estímulos que se le presentan hasta aprender gradualmente a hacer corresponder su respuesta con el objeto o situación.

Así, el niño adquiere gradualmente una organización de respuestas y aprende a aplicarlas de manera diferenciada, o al menos es lo que se espera. Generalmente, el niño pasa por este proceso sin problemas, sin embargo, existen riesgos que pueden evitar se de este paso adecuadamente, dichos riesgos pueden ser prenatales, perinatales o postnatales, es decir, si durante el embarazo existe en la madre alguna enfermedad contagiosa que afecta al feto y causa riesgos en el desarrollo del niño por nacer se considera prenatal. puede incluir desde factores genéticos, o de alguna enfermedad infecciosa de la madre durante el embarazo, mutación de genes, radiación, productos químico tóxicos, drogas dañinas, desnutrición del feto, infección materna, incompatibilidad sanguínea, insuficiencia de placenta y factores ambientales como la edad de la madre, el nivel socioeconómico y el número de miembros de la familia. (Bricker, op. Cit.). Si durante el nacimiento existe alguna dificultad que ocasiona algún problema de anoxia (falta de oxígeno en el cerebro debido a una dificultad respiratoria en el momento del paso a la respiración independiente del niño). En ocasiones, estas anoxias pueden ser de poca importancia y no dejar secuelas posteriores, pero si las anoxias resultan ser más severas,

se pueden traducir en retrasos madurativos y/o lentitud en el desarrollo psicomotor; puede haber dificultades o traumatismos durante el trabajo de parto o el alumbramiento, medicamentos neonatales, prematurez, o bajo peso al nacer.

En el periodo posnatal, pueden presentarse problemas por numerosas causas, que incluyen enfermedad, padecimientos crónicos, accidentes, trastornos del sistema nervioso central por retraso madurativo, toxinas ambientales y otros factores del medio ambiente tales como pobreza, maltrato y problemas familiares (Ramey, Trohanis y Hostler, 1982, en Bricker, op. Cit.). Así vemos que la influencia medio ambiental es muy importante, y el hecho de que el niño se encuentre en un medio inadecuado puede llevarlo a tener problemas en su desarrollo.

“Poder catalogar a un niño recién nacido como fuera de cualquier condición de riesgo perinatal es muy difícil, ya que aunque no tengamos datos francos de sufrimiento fetal o hipoxia perinatal pueden haber ocurrido múltiples factores que ocasionen alteraciones en el desarrollo psicomotor del infante; aunque pudiéramos considerar a un niño completamente sin riesgo al nacer, vale la pena favorecer o estimular el desarrollo máximo de sus capacidades psicomotoras con un programa de estimulación temprana básico, para facilitar el desarrollo psicomotor.” (Torres, 1993, pág. 6).

Así vemos que después del nacimiento pueden existir también algunos problemas que llevan en algunos casos a que el niño tenga problemas en su desarrollo, pero por cuáles de ellos debemos considerar que es necesaria una educación especial?

Existen muchos padecimientos médicos y psicológicos por los que pueden catalogarse a los niños con NEE. Por ejemplo, Galindo (1983), menciona una definición donde el retardo se considera como una desviación en el desarrollo psicológico, y, por

consiguiente, se utiliza el término desarrollo en vez de retardo mental. Las diferencias entre el desarrollo normal y el retardado radican en la naturaleza de las condiciones y las interacciones del desarrollo, pasado y presente. “El desarrollo normal, cambios progresivos en las interacciones entre el individuo y el medio, se da a través de la acción de condiciones biológicas, sociales y físicas que están ‘dentro de los límites normales’. El desarrollo retardado evoluciona a través de la acción de condiciones biológicas, sociales y físicas que se desvían de lo normal en grados extremos; mientras más extremas sean las desviaciones, más retardado será el desarrollo”. En (Bijou, 1975, p. 248).

Autores como Cruickshank (1981), que preferían denominar a estos padecimientos “daño cerebral”, lo hacían así por considerar que ese término contiene los elementos necesarios para proporcionar una idea y una aceptación suficientes, como para que su significado sea inmediatamente transmitido de una persona a otra, y de una profesión a otra. Ninguna terminología será completamente satisfactoria.

En realidad, no es tan importante el nombre que se le de al padecimiento, como las características específicas de cada niño, aunque en algunos casos, como sucede en el Síndrome de Down, recibe mucha atención por parte de los investigadores, debido tal vez a que es una población numerosa y que tiene características propias: a) Es fácilmente identificable desde el nacimiento; b) tienen una deficiencia genética común (trisomía 21) y c) forman la población más numerosa con una anormalidad genética específica (Hayden y Beck, 1982, en Bricker (op. Cit.). Todo esto convierte a los niños con síndrome de Down, en una población homogénea por lo que se ignoran los efectos que tiene el tratamiento en el individuo o los subgrupos de dicha población.

A pesar de sus características comunes existen datos acerca de variaciones en deficiencia intelectual; de interacción emocional y social, y diferencias en el desarrollo y

vigor motores. (Basado en estudios realizados por Bricker y Carlson, 1982; Bricker y Sheehan, 1981; Cicchetti y Sroufe, 1976; y Harris, 1981).en Bricker (op. Cit)

Debido a que en estos niños se encuentran generalmente otros padecimientos más como son: defectos del corazón, alteraciones auditivas y otras dificultades graves que interfieren en su desarrollo, es necesario darles una atención especial, ya que estos problemas y la variabilidad de la población influyen en los resultados del tratamiento.

Por todo ello, debe evitarse lo más posible dar un nombre al padecimiento sólo por dárselo, ya que puede caerse, en encontrar una cantidad innumerable de nombres incluso sobre el mismo problema, dependiendo de la rama de investigación que se elija. Lo que realmente es importante desde nuestra perspectiva Psicológica, es encontrar las características específicas que presente cada niño objeto de nuestra atención, y debemos enfocarnos siempre a los niños que tienen dificultades en lograr su desarrollo completo. ya que nos interesa principalmente ayudarlos a pasar por cada una de las etapas de su desarrollo, por esto, es necesario intervenir lo más pronto posible, por lo que nos enfocaremos a niños menores de cuatro años para poder implementar un programa de Intervención Temprana.

En general, el hablar de discapacidades o NEE, nos lleva a un campo demasiado amplio en el que podemos desde definir el tipo de educación a que nos referimos, hasta enumerar los motivos o clase de padecimientos que requieren de ella.

Antes que nada, podría partirse del derecho que todo ser humano tiene a la educación, entendiéndola en un sentido amplio. no sólo como la adquisición de habilidades tradicionalmente consideradas como educativas (a nivel escolarizado), sino

pensando en educación como “cualquier habilidad o conducta que pueda adquirirse a través de alguna manera de enfrentarse al medio” (Bricker, op. Cit.).

Esta manera de concebir la educación nos lleva a encontrar un gran conjunto de áreas que pueden considerarse como posibles objetivos de intervención, ya que a partir de estos puntos deberá comenzarse la educación desde los primeros meses de vida del niño.

Y en los niños con padecimientos que puedan de alguna manera detener su desarrollo, por ejemplo cualquier tipo de problema físico, visual, auditivo y que puedan a su vez ocasionar en su futuro problemas de socialización, lenguaje, o hasta aprendizaje académico, existe también el derecho a la educación, pero ésta debe ser especial, enfocada a minimizar esas discapacidades lo más posible.

Primero, los niños discapacitados tienen el derecho de recibir educación adecuada, en un ambiente propicio y con acceso a programas alternativos cuando sea necesario y con apoyos y servicios complementarios adecuados a sus necesidades individuales, alentando también la participación de los propios padres para asegurar que el niño reciba una educación apropiada y gratuita en el ambiente adecuado y de ser posible en la escuela regular cercana a su domicilio.

De manera conjunta, la escuela y los padres tienen la gran responsabilidad de tomar en consideración las necesidades específicas del niño para ofrecerle el mejor programa y los servicios apropiados inherentes.

Entonces debe tenerse cuidado de que al elaborar un programa de intervención en el que se incluyan varios niños, se trate que las actividades utilizadas para implementar

conductas se adecuen a todos ellos de manera que sean aprovechables para los fines que fueron pensadas, siempre en beneficio del desarrollo óptimo de cada uno de los niños.

CAPITULO IV

METODOLOGIA.

Se trabajó con seis niños con NECESIDADES ESPECIALES DE EDUCACION (NEE), captados cinco de ellos en el CENTRO DE ATENCION MULTIPLE, donde acudieron para su atención y el último en su ambiente familiar del cual no había salido para ningún tipo de atención.

Sus edades fluctuaron entre los dos y los cuatro años con características particulares cada uno de ellos.

El trabajo se llevó a cabo en sesiones de dos horas, y tres veces por semana, en algunos casos y con sesiones de una hora y dos veces por semana en otros. La decisión para ello se tomó de acuerdo a las posibilidades para trabajar en forma grupal, o individualmente con cada uno de los niños (cada caso se especifica más adelante).

En situaciones de intervención de éste tipo, debe tomarse en cuenta si el niño puede adaptarse a convivir con otras personas, si atiende órdenes, si es capaz de desplazarse por sí mismo, las conductas que presenta y las que no, para saber cuáles son las que debe implementarse según sus propias necesidades, lo que se logra con la evaluación.

Al llegar cada uno de los niños se realiza primeramente la apertura de un expediente con hoja de identificación (anexo 1), en él se anotarán los avances logrados por el niño y las actividades que se vayan realizando; después se realiza una entrevista a los padres, en la que se intenta sondear todas las características del problema específico, comenzando desde antes del nacimiento del niño, para analizar las posibles causas y esto

pudiera proporcionar datos útiles para abordar cada problema. En la entrevista también se busca saber los datos generales del niño, desde el nacimiento, hasta la edad actual, como son padecimientos, medicamentos que esté tomando o algún tratamiento que se le esté proporcionando, para no interferir en él, y saber qué riesgos pudieran existir en nuestra intervención.

En la evaluación, que es el segundo paso, se busca especificar individualmente desde dónde debe comenzarse en la intervención, dependiendo del nivel de desarrollo en que se encuentre el niño y de acuerdo a las tablas de desarrollo establecidas por Piaget, en que se equipara la edad cronológica con la etapa de desarrollo en la que se encuentra.

La evaluación debe ser integrada por las cuatro áreas de desarrollo, como son: Psicomotores, que incluye tanto motora gruesa como fina; Cognoscitiva, que incluye entre otras cosas formación de conceptos y lenguaje; Sociales, que se refiere básicamente a la relación con otras personas y a las actividades y normas que se rigen en la sociedad y que son conductas que se les debe implementar; de la vida diaria que son referentes a actividades de autosuficiencia y autocuidado.

El lugar de trabajo un salón del Centro de Atención Múltiple, especialmente adaptado para intervención temprana.

En él se encuentran una alfombra, colchones, rodillos y cuñas de esponja, triciclos, sillas y mesas pequeñas, juguetes y materiales didácticos de madera y plástico, como rompecabezas, objetos sonoros, pelotas, cubos, cilindros, barriles para ensamblar, etc. todo en colores vivos y de fácil manejo para niños de ésta edad.

Después de la evaluación, en la que se determinó en qué etapa de desarrollo se encontraba el niño, se comenzó a trabajar elaborando un programa de intervención en el

que se complementaban las cuatro áreas de desarrollo. Para cada niño, el programa fue individual y específico según sus características particulares, aunque pueden existir algunas similitudes entre sí, dado que los casos que se abordaron son de alguna manera parecidos y pudo en ocasiones trabajarse con los niños en forma grupal y con las mismas actividades.

En el caso de la intervención temprana siempre es recomendable que asista por lo menos uno de los padres del niño a cada una de las sesiones, para involucrarlos en las actividades que se realicen y puedan continuar ellos con el trabajo por periodos de tiempo mayores y en actividades continuas en el hogar, aplicando a las actividades habituales el desempeño de situaciones similares a las que se presentan durante la sesión, y así mejorar el desarrollo del niño sin que se presenten diferencias marcadas en el trato hacia él, en otros momentos que no se encuentren en el lugar de trabajo.

A continuación analizaremos cada uno de los casos objeto del presente trabajo, comenzando desde el momento de su ingreso al programa y hasta el final del mismo.

Es importante aclarar que el tiempo de trabajo fue variable, debido a que dependió de la llegada al Centro de cada uno de los niños, pero se trabajó en promedio un número de 38 sesiones, en las que se pudieron lograr algunos cambios que más adelante se detallarán, representándolos gráficamente.

CASO No. 1

**PRIMERA EVALUACIÓN
"BRENDA DANIELA"**

Se presenta una niña con edad cronológica de 3 años 11 meses, que reportan con problemas de lenguaje debido a que tiene un vocabulario de unas cuantas palabras y poco entendibles; además, no controla esfínteres.

En realidad, el problema es más de fondo, ella presenta un apego exagerado con su mamá, llora mucho y por cualquier motivo, no tiene atención para trabajar con imitación, por ejemplo. Si se le pide que realice alguna actividad, siempre dice que no sabe y no lo intenta. No tiene socialización y tiene bajo tono muscular. No existen conductas de autocuidado.

Por todo lo anterior, y en base a la evaluación realizada, ubicamos a Brenda en una edad de desarrollo de dos años, en las áreas PSICOMOTORA Y SOCIALES.

En las áreas COGNOSCITIVA Y DE LA VIDA DIARIA se ubica en una edad de desarrollo de 18 meses, debido a que aquí se incluyen las actividades de lenguaje y control de esfínteres, que es básicamente sobre lo que es necesario enfocarse, pero intentando se logre el desarrollo también en las otras áreas mencionadas, ya que se complementan para alcanzar lo más aproximado a su edad cronológica en su desarrollo general.

Según la primera evaluación, encontramos que Brenda presentaba predominancia de juego paralelo y no controlaba esfínteres.

En el área cognoscitiva, específicamente lenguaje, el problema es la pronunciación de las primeras sílabas de cada palabra y fonemas que no emite.

No selecciona objetos por su uso, ni por su textura o forma, no tiene inicio de clasificación, que debe comenzar a aparecer en esta edad.

ANTECEDENTES.

“B R E N D A”

Nacida el 03 de Marzo de 1995. La segunda de los hijos de un matrimonio en el que existieron problemas de separación por alcoholismo del esposo y maltrato hacia su pareja. Después se unieron nuevamente pero la mamá trabajaba fuera de casa y no atendía ni convivía con ella. Cuando dejó de trabajar, la niña se apegó demasiado a ella. El papá trabajaba fuera toda la semana y convivía con la familia sólo dos días de la misma.

La niña nació por parto natural a las 38 semanas de gestación, con hospitalización neonatal por 15 días. Peso al nacer de 3 kg. y 51 cm. de talla. Apgar 8/9.

Crecimiento y desarrollo aparentemente normal hasta los dos años en que comenzaron a notar que no hablaba.

Se le realizaron estudios audiométricos y psicométricos y la reportaron sin problemas.

A la edad de tres años se le realiza un estudio en psiquiatría, en el que se le reporta con autismo y esto puede comprobarse a simple vista que es un diagnóstico equivocado. En pediatría, en el mismo estudio, presenta probable anemia por ingerir pocos alimentos.

Presentó desarrollo psicomotor lento; empezó a caminar a los 18 meses, con trastornos de lenguaje y falta de control de esfínteres.

Sus padres asistieron a un programa anterior al nuestro, en el que se dio terapia para superar la crisis parental con el objetivo de lograr la aceptación de su hija con N.E.E.; al cual asistieron consistentemente y fueron dados de alta.

PROGRAMA DE INTERVENCION "BRENDA DANIELA"

Dados los resultados de la primera evaluación, se determinó realizar a Brenda un programa en el que se diera primordial importancia, a los problemas referidos por la madre como son el lenguaje, y el control de esfínteres.

Para poder abordar los problemas mencionados, es necesario enfocar nuestra atención a las áreas de desarrollo cognoscitiva y de la vida diaria, ya que no son conductas que se presenten aisladamente, y que forman parte importante en el desarrollo integral de un niño, además de sentar las bases para la vida futura y una buena socialización, por lo tanto, sabiendo que todas las áreas de desarrollo van ligadas entre sí, buscamos estimular de tal manera que se alcance en general un avance significativo que permita a Brenda alcanzar una edad de desarrollo de acuerdo a su edad cronológica.

OBJETIVOS:

1. Logrará un lenguaje funcional entendible y adecuado a su edad.
2. Logrará el control de esfínteres y adecuado uso de sanitarios.

Brenda está próxima a integrarse a educación preescolar, por lo que también van a estimularse actividades preparatorias para esta etapa.

Todo lo anterior, se logrará realizando actividades variadas que estimulen todas y cada una de las áreas de desarrollo. Dichas actividades se proporcionarán a manera de juego con el objeto de hacer la sesión agradable para la niña, y buscando que se familiarice con una rutina establecida para tal fin.

Se buscaron elementos familiares para no provocar un cambio radical en su manera de vida llevada hasta el momento, ni en su ambiente cotidiano, para lo que se hace necesario convertir en partícipe a su mamá teniendo por un lado su colaboración y al mismo tiempo involucrarla para que ella pudiera continuar con el mismo tipo de actividades en la vida diaria, durante el tiempo de permanencia en el programa, y cuando se requiera terminar con nuestra intervención.

Se programaron tres sesiones semanales con duración aproximada de hora y media a dos horas cada una, en un salón adaptado especialmente para proporcionar estimulación temprana.

Se integró a la niña a un grupo ya establecido de niños de entre dos y cuatro años de edad con características similares en general.

Las actividades a realizar fueron:

Para el AREA PSICOMOTRIZ.

Caminar, correr, brincar, montar en triciclo, gatear, subir, bajar, rodar, dar marometas, pasar a través de obstáculos y por encima de o entre figuras, jugar con pelota, construir torres con cubos, armar, ensartar, iluminar, etc.

Para el AREA COGNOSCITIVA.

Armado de rompecabezas, reconocimiento de figuras geométricas, de colores. mostrarle libros y revistas para reconocer figuras, preguntarle y contestarle acerca de historias y objetos variados, mostrarle y nombrarle diferentes partes de su cuerpo frente al espejo, y en muñecos o dibujos, mostrarle y nombrarle diferentes figuras de animales para discriminación de nombres, sonidos, colores y tamaños.

Cambiarle posiciones de objetos para que reconozca la diferencia entre conceptos (arriba, abajo, dentro, fuera, etc.)

Para el AREA SOCIAL.

Convivencia con otros niños y personas adultas, intercambio de juguetes entre los niños, pasarse la pelota de uno a otro, ayudarse en alguna actividad paralela con otro niño. Saludo y despedida de todos los presentes (niños y adultos).

Para el AREA DE LA VIDA DIARIA.

Lavarse las manos antes de los alimentos, comer sola, manejar correctamente la cuchara o tenedor, ayudar a poner su mantel y su silla, al terminar de comer ayudar a limpiar la mesa; actividades de vestirse y desvestirse, peinarse, ir al baño y mostrarle cómo es y cómo se usa.

Estas actividades se utilizaron alternadas para construir cada sesión, tratando de llevar una secuencia y horario entre actividades para cubrir con ellas todas las áreas.

El interés predominante en Brenda fue que lograra los objetivos planteados, para lo que se llevó a cabo una sesión especial cada semana con duración de una hora, en la que se trabajó específicamente la estimulación del lenguaje.

El control de esfínteres se trabajó básicamente por medio de su mamá explicándole actividades para su realización en casa.

En la sesión especial se trabajó con ejercicios de respiración para lograr una adecuada pronunciación de fonemas.

Se trabajó con un cuaderno en el que se mostraron fotografías de familiares y de ella misma, para su reconocimiento y vocalización de los nombres de cada quién. También, se usó para anotar las “Tareas” a realizar en casa en cuanto a ejercicios y pronunciación de fonemas.

Se le mostraron campos semánticos primero de animales procurando se mencionen los más conocidos y comenzando por los que tienen nombres de dos sílabas para poner énfasis en la primera, que es la que según la evaluación, se observó que no mencionaba.

Posteriormente, se agrandó el campo a otros animales con nombres de tres y cuatro sílabas, aumentando después artículos y verbos para formar enunciados sobre ellos.

La intención con esto fue que después se pudieran extender estos mismos pasos a otros campos semánticos, por ejemplo a frutas, siguiendo el mismo sistema, incrementando gradualmente objetos y elementos en los campos semánticos.

Se buscó un grupo de fonemas en los cuales tuviera mayor dificultad de pronunciación, proporcionando a su mamá, una lista de los mismos para seguir trabajando prioritariamente en la actividad diaria con la niña.

Para corregir el problema de bajo tono muscular, se dio una rutina de masajes y ejercicios, enseñándole a su mamá para su realización en casa.

El fin de estos ejercicios y masajes pretendió ser el proporcionar mayor firmeza en sus movimientos y mayor fuerza en sus trazos al iluminar o aprender a escribir.

Se programaron 50 sesiones, de las cuales cuatro se utilizaron para evaluación, y de las 46 restantes, a nueve de ellas no se presentó y dos no hubo actividad por permanecer cerrado el centro durante días festivos. Por lo que se proporcionaron 35 sesiones efectivas.

SEGUNDA EVALUACION

“BRENDA DANIELA”

En una segunda evaluación realizada a Brenda Daniela después de llevar a cabo el programa de Intervención dedicado a proporcionar habilidades no existentes en todas las áreas de desarrollo, encontramos que de acuerdo a la guía utilizada, la niña alcanzó una edad de desarrollo de cuatro años en las áreas de LA VIDA DIARIA, COGNOSCITIVA, SOCIALES Y PSICOMOTORES.

Brenda ahora es una niña que puede trabajar en grupo, que acepta realizar actividades de juego y enseñanza, que mantiene atención por un periodo prolongado, obedece órdenes, etc.

En el área de la VIDA DIARIA, se logró el control de esfínteres, conductas de autocuidado como lavarse las manos, vestirse y desvestirse, servirse agua en un vaso, usar

la cuchara y el tenedor correctamente. ayudar a disponer y a limpiar la mesa antes y después de comer, respectivamente; puede peinarse, abotonar y desabotonar, ropa, etc.

En el área de SOCIALES, se logró que realice juegos constructivos y acepte la participación en actividades con otros niños, aunque todavía se le dificulta mantener contacto activo con un grupo de niños.

En el área COGNOSCITIVA, encontramos que se dieron actividades como el seguir pequeñas canciones, cambiar el "a-mi" o "de-mi" que empleaba antes por "mio" y "yo", pregunta y contesta acerca de lo que ve, comprende órdenes complejas, tiene inicio de clasificación, forma series de objetos, conoce colores y formas, etc. en cuanto al lenguaje puede notarse que comprende lo que se le dice y tiene el concepto, sólo que aún no pueden entenderse todas las palabras que pronuncia, aunque ha aumentado el número de fonemas que emite y en general, su comunicación. Aquí será necesario continuar proporcionándole terapia de lenguaje, para perfeccionar la emisión de fonemas y ayudarle a que pueda hablar de forma más clara y entendible.

En el área de PSICOMOTORES, después de los masajes se ha ido normalizando su tono muscular y ha adquirido mayor fuerza, tanto para iluminar, recortar, tomar objetos pequeños y abrir y cerrar botellas o armar torres de cubos; como para actividades de motora gruesa como subir y bajar escaleras, correr, saltar, recibir una pelota con los brazos, andar en triciclo y tener mejor equilibrio.

CASO No. 2

**PRIMERA EVALUACIÓN
"NADIA YESICA"**

Se presentó una niña con edad cronológica al momento de su ingreso, de 3 años 4 meses, con notoria baja coordinación motriz y poco equilibrio, frecuentes caídas en su desplazamiento, no lograba ensartar cuentas rápidamente, podía guardar objetos en una caja, realizar torres de tres o cuatro cubos, aventar una pelota pero no recibirla por sí sola. No podía andar en triciclo.

Por todo lo anterior, quedó ubicada en una edad de desarrollo de 18 meses en el área PSICOMOTRIZ.

En el área COGNOSCITIVA, se ubicó en una edad de desarrollo de 12 meses. Solamente utilizaba unas cuatro o cinco palabras, escuchando con atención, ejecutaba órdenes simples, extendía el brazo para entregar objetos en respuesta a una orden: "dame esto", pudo responder palabras inhibitorias, expresar sentimientos de miedo, afecto, celos, etc.

En el área de LA VIDA DIARIA, se ubicó en 18 meses de edad de desarrollo, porque ya no tomaba biberón, aunque usando vaso entrenador, controla esfínteres durante el día y la noche, presta ayuda para lavarse y secarse, para desvestirse, aunque sin poderse poner los zapatos.

En el área SOCIAL, se notó demasiado apego con su madre, no había comunicación con otras personas, no sabía saludar y para despedirse solamente decía adiós con un ademán y dando besos. Aquí se ubicó en una edad de desarrollo de 8 meses.

ANTECEDENTES**“NADIA YESICA”**

Nacida el 10 de diciembre de 1995, por cesárea y con anestesia general. Nació en una clínica particular, a las 38 semanas de gestación. Fue producto de un segundo embarazo (el primero no llegó a término), pesó 3.150 kg. Y midió 52 cm. APGAR DE 2/8.

Hubo problemas durante el parto:

Existió contaminación por líquido amniótico, dificultad respiratoria.

Al nacimiento realizaron cesárea por falta de dilatación del cuello, por lo que se dio sufrimiento fetal, existió ausencia de llanto por lo que hubo necesidad de aplicar oxígeno, a las 24 horas de nacida presentó convulsiones y requirió hospitalización en incubadora por 8 días.

Pudo sostener la cabeza hasta los 4 meses de edad, se sentó sola a los 9 meses. no gateó y caminó sola a los 2 años, controló esfínteres a los 3 años de edad.

Vive con sus padres, quienes reportan una buena relación entre ellos.

A la edad de un año presentó estrabismo, después miopía y los médicos reportaron desviación del globo ocular por inmadurez del músculo.

Presenta problemas de audición.

A los 3 años de edad (en marzo de 1999), en valoración realizada en el IMSS. reportaron su edad cronológica no concordante con su nivel de C.I. y desarrollo motor. balbuceo presentado durante mucho tiempo, sobreprotección y baja estimulación. estrabismo y microcefalia.

La canalizaron a comunicación humana y educación especial.

**PROGRAMA DE INTERVENCION
“NADIA YESICA”**

De acuerdo a la evaluación realizada a Nadia Yesica, podemos notar que su edad de desarrollo se encuentra muy por debajo de su edad cronológica, por lo que es necesario ayudarla a lograr habilidades que le darán posibilidades de igualar su desarrollo a su edad cronológica.

Se implementó un programa de actividad en el que se estimulan todas y cada una de las áreas de desarrollo por medio de juegos y movimientos enfocados hacia ello.

Se programaron dos sesiones semanales de aproximadamente dos horas cada una, en las que se integró a Nadia a un grupo ya formado de niños y niñas de entre dos y cuatro años de edad, trabajando en un salón adaptado especialmente para intervención temprana.

En cada sesión se trató de combinar las actividades, de manera que en ella se cubrieran las cuatro áreas de desarrollo: cognoscitiva, social, de la vida diaria y psicomotriz.

Los materiales utilizados fueron pelotas de diferentes tamaños y colores, aros de plástico, objetos para ensartar, cubos, revistas, libros, crayolas, triciclo, escalera, rompecabezas, un colchón para maromas, sillas y mesas pequeñas, etc.

Se estimuló en la niña la formación de conceptos y una extensión en su lenguaje para el área COGNOSCITIVA.

En el área PSICOMOTRIZ se buscó dar una mejor coordinación y fuerza en sus movimientos.

En el área SOCIAL, se buscaba que llevara una buena convivencia con los niños y adultos que la rodeaban, se buscó también que aprendiera a saludar y a despedirse, además de la ampliación de su lenguaje.

En el área de la VIDA DIARIA, tratamos sobre todo la autosuficiencia, con conductas de autocuidado, como son vestirse y desvestirse por sí sola, lavarse y secarse las manos y cara, comer utilizando correctamente la cuchara y el tenedor, tomar agua de un vaso sin derramarla, usar correctamente la servilleta, ayudar a poner la mesa y a limpiar y recoger al terminar de comer.

Se programaron cuatro sesiones de evaluación, y veintiséis de trabajo, de las cuales hubo inasistencia a ocho, por lo que fueron dieciocho efectivas.

Los padres de Yesica no asistieron a terapia para ayudar en la aceptación de su hija con N.E.E., por lo que se encontró inconsistencia en el programa de estimulación y problemas de aceptación.

SEGUNDA EVALUACION**“NADIA YESICA”**

En la segunda evaluación, notamos que a pesar de que la niña no alcanza todavía una igualdad de su edad de desarrollo con su edad cronológica, hubo avances que lograron ubicarla en una edad de desarrollo de dos años en el área de LA VIDA DIARIA. Logró aprender a prestar ayuda para poner la mesa, y a recogerla cuanto termina de comer; come utilizando la cuchara; aunque en ocasiones derrama alimento, mastica de manera aceptable, lentamente; bebe de un vaso y lo coloca sobre la mesa sin derramar, intenta peinarse frente a un espejo; viste ropas simples, baja y sube el cierre de la chamarra, pide ir al baño y controla esfínteres durante la noche.

En el área de PSICOMOTORES mejoró un poco su coordinación, pudo hacer torres de 5 o 6 cubos, lanzar la pelota y en ocasiones recibirla, puede andar en triciclo con dificultad, se cae menos que antes, ilumina dibujos, ensarta cuentas con mayor facilidad que antes, comienza a usar las tijeras, etc.

Al realizar ésta evaluación, se ubicó en dos años, en ésta área.

En el AREA COGNOSCITIVA, se logró una mayor comunicación, alcanzó a entender la idea de “tuyo” y “mío”, reconoció partes de su propio cuerpo, identificó objetos semejantes, pudo iluminar entendiendo la figura, reconoció colores, identificó e imitó sonidos de algunos animales. Se ubicó en 15 meses.

En el área de SOCIALES, alcanzó un desarrollo correspondiente a 11 meses, porque se pega a otras personas además de su mamá y trata de llamar la atención de quien pasa, llama a las personas con algún fonema correspondiente al diminutivo de su

nombre y en ocasiones con la palabra mamá a personas familiares para ella. Participa en juegos y actividades con otros niños y personas adultas, saluda y se despide de las personas que integran el grupo, sonríe y tiene mayor disposición para trabajar. también se vieron periodos más largos de atención y de permanencia en el mismo lugar y en la misma actividad.

CASO NO. 3

PRIMERA EVALUACION
"MARIA GUADALUPE"

Es una niña que debido a problemas postnatales ha detenido su desarrollo de modo que con una edad cronológica de dos años tres meses, se pudo ubicar en la edad de desarrollo de un mes.

A su ingreso en el programa, no tenía horarios fijos para tomar sus alimentos, su mamá reportó que presenta el alimento cuando "la niña lo pide", que generalmente es en forma de llanto.

Lloraba mucho en cuanto se intentaba tomarla en brazos o cambiarla de posición.

En los brazos de su mamá por lo general se encontraba tranquila y al llorar, se le ofrecía inmediatamente el biberón.

Aunque lograba sostener intermitentemente la cabeza, no podía sentarse; la mayor parte del tiempo la pasaba en posición prona y estando así, respondía a estímulos visuales conocidos (por lo general algún juguete de ella), que se pasara frente a sus ojos, hacia izquierda y derecha.

No podía cambiar de posición por sí misma.

Presentaba un tono muscular variable, es decir, aparentemente normal, pero en momentos con excesiva tensión sobre todo al llorar, o quererle mover; en otras ocasiones, hubo tal relajamiento que permitía una perfecta manipulación al aplicar la terapia. El brazo derecho generalmente tenía una tendencia de tensarse hacia atrás, y

también formaba un arco en columna, desde la nuca hacia abajo, arqueado en ocasiones también hacia los lados.

Sus manos se mantenían casi siempre cerradas y existía cruzamiento de piernas.

Durante el tiempo de intervención se volvieron a presentar en algunas ocasiones las convulsiones que nos reportaron había presentado antes y que tenían algunos meses de no presentarse.

En la primera evaluación ubicamos a Lupita en una edad de desarrollo de un mes debido a que solamente presentaba actividades reflejas o involuntarias.

En el área COGNOSCITIVA, presentaba una expresión viva y despierta, pero sin responder de modo voluntario, se daban sonidos guturales y vocalizaciones reflejas.

En el área de SOCIALES, se presentaba el llanto al querer tan sólo agarrarla o tocarla y se calmaba solamente si su mamá la tomaba en brazos.

En las áreas de PSICOMOTORES y de LA VIDA DIARIA, se ubicó en dos meses, porque aún comiendo alimentos sólidos en trozos muy pequeños, básicamente se alimentaba con biberón y su mamá reportó que no mantenía horario fijo para ello.

Es una niña que en ocasiones presentaba hipertonia y en ocasiones tono muscular normal, sus manos generalmente cerradas y levantando intermitentemente la cabeza en posición prona.

ANTECEDENTES**“LUPITA”**

Hija única de una pareja joven con buena relación, pero de bajos recursos económicos.

Nacida el 29 de Noviembre de 1996, por parto natural, peso al nacer de 2.500 kg., aparentemente en buen estado general, hasta los 3 días, en que presentó vómito y fue hospitalizada durante 11 días, por distensión abdominal, cursó deshidratación, hipoglucemias, crisis convulsivas, periodos de apnea, presentó desnutrición, colocaron un catéter por venodisexión para aplicar suero.

A partir de ahí, frecuentemente presentaba convulsiones y desnutrición, por lo que ha requerido hospitalización en diversas ocasiones (a los 3,4,7,10 meses, etc.).

A los dos años ingresa al servicio de rehabilitación en el IMSS. En la evaluación encuentran control de cuello intermitente, no se sienta, pronuncia solamente una palabra, presenta crisis convulsivas asociadas a fiebre y controladas en neurología por medicamento. Presentando retraso en el desarrollo y espasticidad. No presenta cooperación, sin atención, sin evidencia de respuesta auditiva, con fijación de mirada y sin seguimiento de objetos frente a su vista; arcos de movilidad completos, tono muscular incrementado en tobillos, sin control en tronco, ni reacciones de defensa, apoyo en puntas, con tijera.

Diagnostican deficiencia cognitiva probablemente grave, diparesia espástica moderada, por enfermedad motora de origen cerebral y crisis convulsivas en tratamiento.

Realizaron terapia física para relajar espasticidad y favorecer sedestación, logrando pobres cambios, no logró equilibrio sentada, ni reacciones de defensa.

En el cuadro clínico predominó la deficiencia cognitiva, como condición más limitante en su caso, por lo que recomendaron su ingreso a educación especial.

Los padres de esta niña no asistieron al programa previo de superación de crisis ya mencionado, pero la niña ya se había integrado a otros sistemas de rehabilitación anteriores al nuestro, por parte de la institución (IMSS). Ingresó a los dos años y fue dada de alta a los dos años cinco meses, habiendo recibido enseñanza para trabajar en su casa. Encuentran en su última evaluación, cambios de decúbito, sedestación aún deficiente sin defensas y aumento de tono muscular, por lo que sugieren ingreso a escuela de educación especial.

PROGRAMA DE INTERVENCION

“MARIA GUADALUPE”

Debido al problema de esta niña en cuanto a su poca movilidad, fue necesario enfocarnos primeramente a proporcionar fuerza en músculos y articulaciones, por lo que se comenzó con ejercicios y masaje enfocados a ello.

OBJETIVOS:

1. Fortalecer músculos y articulaciones en brazos y piernas así como en espalda para lograr el sostenimiento y levantamiento de cabeza y el movimiento libre y controlado de extremidades superiores e inferiores.

2. Lograr movilidad, pero con movimientos no reflejos, sino dirigidos a un fin.

Se comenzó dando estimulación táctil para ayudarle a conocer su cuerpo y sentir cada parte del mismo.

Se dio masaje en espalda y articulaciones.

Los ejercicios para brazos y piernas estuvieron enfocados a lograr movimientos que no realizaba.

Los ejercicios del cuello (movimientos de cabeza), se buscó que dieran mayor movilidad y sostenimiento de cabeza, así como fuerza en espalda.

Todos estos ejercicios se realizaron auxiliándonos de objetos vistosos y sonoros, para estimular que se buscara la fuente de sonido o el movimiento, como sonajas, juguetes de colores, globos, pelotas, campanas, móviles, etc.

Se trabajó en un salón adaptado especialmente para realizar estimulación temprana, acondicionado con alfombra, móviles, espejo, un colchón, rodillos y cuñas de esponja.

Para auxiliar en el masaje es conveniente aplicar talco o crema para no lastimar piel y articulaciones.

Al realizar toda la rutina, fue necesario explicar a la mamá de la niña la finalidad y la técnica de los movimientos y ejercicios para así involucrarla cada vez más a realizarlos ella misma. En algunas ocasiones se le pidió que realizara los ejercicios a su hija durante la sesión, para dirigirla y corregir sus errores en la técnica, con lo que se ayudaba a que pudiera llevarlos a cabo diariamente en su casa, para lograr mejores resultados.

Cuando la tonicidad de la niña daba cambios radicales, fue necesario adaptar el tipo de ejercicio que se aplicó en cada caso, por ejemplo, si los músculos estaban tensos debían tratar de relajarse provocando movimientos vibratorios y si al contrario, estaban demasiado flácidos, debían fortalecerse apretando en forma de tornillo en brazos y piernas.

Para las áreas de SOCIALES, DE LA VIDA DIARIA Y COGNITIVA, pudimos valernos de objetos conocidos, como el biberón, una sábana de bebé, su propia ropa, familiares y otras personas que estuvieron cerca para hablarle e interactuar con ella.

Se realizaron dos sesiones semanales con duración de una hora cada una.

Se programaron cuatro sesiones para evaluación y veintiséis de trabajo, de las cuales hubo seis inasistencias por problemas médicos, volvieron a presentarse algunas convulsiones durante la duración del programa, tuvo que asistir a citas médicas y en una ocasión hospitalizarse durante cuatro días.

SEGUNDA EVALUACION**“MARIA GUADALUPE”**

Después del programa de intervención, Lupita respondió ya de manera voluntaria a algunos estímulos. Pudo ubicarse en una edad de desarrollo de cuatro meses en el área de LA VIDA DIARIA, porque reconoce su biberón y abre la boca para recibirlo; en las áreas de SOCIALES Y COGNOSCITIVA, vimos cambios que permitieron calcular una mejoría en su desarrollo llegando aproximadamente a cuatro meses, debido a que ya permitió el acercamiento sin llanto, se pudo sostener sola sentándola por algunos minutos, existe balbuceo, respondió a estímulos visuales y auditivos, reconoció la voz de su mamá y giraba la cabeza al percibir algún sonido familiar.

En el área PSICOMOTRIZ, se ubicó en una edad de desarrollo de cinco meses, porque su cabeza no colgaba al sentarla y al tomar sus manos, encontrándose en posición supina, pudo levantar la cabeza y los hombros para intentar levantarse.

Pudo sostener ya algún objeto en sus manos y alcanzarlo al tenerlo cerca. Al poner sobre ella una manta que le cubriera la cabeza, fue capaz de quitarla. Observaba desde su lugar algún juguete que tuviera cerca.

CASO NO. 4**PRIMERA EVALUACION
"MIGUEL ANGEL"**

Es un niño que al momento de su ingreso al programa contaba con dos años diez meses de edad, con antecedentes clínicos de mielomeningocele lumbar, una válvula craneal colocada a los doce días de nacido y a los dos meses una intervención quirúrgica para cerrar el meningocele.

Se presentó a intervención temprana porque para transportarlo a diferentes sitios era necesario cargarlo debido a que no podía caminar por sí solo. Utiliza aparato ortopédico en pie derecho, y se podía incorporar teniendo cerca algún apoyo, pero sin desplazarse por sí mismo, a menos que gateara, y lo hacía con poca fuerza volteando los pies hacia adentro. No presentaba ningún tipo de sensibilidad en miembros inferiores, debajo de las rodillas, y sus pies se mantenían siempre fríos y sin movilidad en tobillo y dedos.

Se integra al grupo para evaluar socialización y podemos notar que no le gustaba participar en cantos y juegos colectivos, predominando en él, el juego paralelo, por lo que se ubicó en una edad de desarrollo de dos años dentro del área de SOCIALES.

En el área COGNOSCITIVA, se ubicó también en dos años porque formaba frases de tres palabras, reconocía figuras de animales, distinguía entre blanco y negro, diferenciaba entre conceptos "dentro" y "debajo", adaptación de encajes de formas geométricas, conocimiento de las partes del cuerpo (cabeza y extremidades), comprensión y ejecución de órdenes simples y dobles, buena pronunciación de la mayoría de las

palabras que mencionaba (un vocabulario aproximadamente de 100 ó 150 palabras), no le gustaba que le platicaran historias o revisar libros de cuentos o figuras.

En el área de la VIDA DIARIA vimos que no controlaba esfínteres, porque le fue difícil lograrlo debido a que no caminaba por sí mismo y tal vez a la falta de sensibilidad, pero en cuanto a las demás actividades características de la edad de dos años, podemos decir que las realizó adecuadamente, como son imitar el peinado del cabello, bajar y subir el cierre de la chamarra, comer solo, llevar a la boca los alimentos sin derramar, masticar bien los alimentos sólidos, beber de un vaso y colocarlo sobre la mesa sin derramar líquidos.

En el área de PSICOMOTORES fue necesaria la división en motora gruesa y fina, debido a que se realizaban adecuadamente casi todas las conductas características de dos años, tales como: hacer torres de hasta 10 cubos, abrir y cerrar botellas pequeñas con rosca, guardar cubos en un recipiente presión de tipo pinza inferior, uso inadecuado de tijeras, ensartado de cuentas usando las dos manos, presentando buena coordinación y pasaba las hojas de una revista de tres o cuatro cada vez.

En la división de motora gruesa se ubicó en una edad de desarrollo de 10 meses, porque evitaba el intento por caminar, aún con la ayuda de su mamá o de una andadera ortopédica, gateaba, pero con poca fuerza en su gateo y volteando los pies, además de que en ocasiones prefería arrastrarse para alcanzar algún objeto y entonces dejaba de alternar el movimiento de piernas y manos, perdiendo la coordinación para el gateo.

El podía levantarse del piso, si estaba cerca algún objeto del que pudiera auxiliarse, o incluso caminar sosteniéndose de muebles, pero si no había nada de lo que pudiera sostenerse, prefería bajarse a gatear y no intentar más.

Cuando se trataba de desplazamiento fuera de un lugar cerrado, por ejemplo en la calle, generalmente se transportaba en brazos de su mamá.

ANTECEDENTES

"MIGUELITO"

Nació el 13 de abril de 1996.

Con peso al nacer de 3.650 kg., 52 cm. de talla. Apgar 8/9.

El segundo hijo de una pareja joven con bajos recursos económicos y buena relación de pareja.

Nacido por parto natural con anestesia local.

Presenta mielomeningocele lumbar no roto, con movilidad y reflejos anormales. espina bífida y malformación de columna.

A los tres días de nacido mielomeningocele roto contaminado clínicamente y se sugiere entonces el sellado de meningocele para lo que se requieren dos cirugías.

A los 13 días de nacido lo hospitalizan para colocar válvula craneal.

El pronóstico era de que el niño no iba a poder sentarse, ni gatear, ni caminar. Ingresó al servicio de intervención temprana en el IMSS durante un año y logró progresos rápidos en esta terapia.

A los cuatro meses sostuvo la cabeza, pudo sentarse a los seis meses, al año comenzó a gatear.

Cuando pudo sostenerse, volvió a ingresar a la misma terapia durante tres meses y comenzó a desplazarse aunque caminando un poco de lado y con asistencia.

A consecuencia de todo lo anterior, el niño requiere del uso de aparato ortopédico en pie derecho y pierde sensibilidad en extremidades inferiores, no presenta control de esfínteres, presentaba un soplo en el corazón ya superado.

En otros aspectos su salud es buena y su desarrollo adecuado a su edad.

PROGRAMA DE INTERVENCION "MIGUEL ANGEL"

Es un niño que en su primera evaluación pudo ubicarse en una edad de desarrollo equivalente a su edad cronológica (2, 10/12), en las áreas COGNOSCITIVA, SOCIAL, y de LA VIDA DIARIA (a excepción de control de esfínteres). En cuanto al área PSICOMOTRIZ se realizó una subdivisión en motora fina y motora gruesa, debido a su padecimiento de mielomeningocele, lo que afectó la sensibilidad en extremidades inferiores, por lo que se le ha dificultado la marcha. En motora fina, se encontraron todos los comportamientos característicos de su edad, incluso en el paso del uso de la mano completa al uso de los dedos, lo que permite notar un buen desarrollo general.

Las actividades que se encontró podía realizar por sí mismo en el área de motora gruesa fueron: sentarse, hincarse, gatear, ponerse de pie si se encuentra cerca algún objeto del que pueda sostenerse y de esta forma caminar.

OBJETIVO DE LA INTERVENCION

- Lograr que Miguelito caminara por sí mismo, aún usando aparatos ortopédicos.

Primeramente, fue necesario lograr sensibilidad en sus extremidades inferiores, para lo que se realizó una rutina de ejercicios y masajes específicamente para esto y para mejorar el tono muscular y lograr mayor fuerza para poder así sostener su propio peso.

Se integró a Miguelito en un grupo ya conformado de niños menores de cuatro años de edad.

Se realizó una serie de actividades que estimularían en general todas las áreas de desarrollo, pero enfocándose principalmente a la marcha. Estas actividades fueron desde la implementación de hábitos y socialización, hasta ejercicios específicos para cada área, siempre por medio del juego y de actividades recreativas, involucrando también a su mamá para que pudiera continuar llevándolas a cabo en su casa.

Se dieron dos sesiones semanales con duración de dos horas aproximadamente, cubriendo en cada una de ellas aspectos de todas las áreas.

Materiales:

- Una colchoneta para masajes y ejercicios.
- Crema o talco para auxiliar el deslizamiento de las manos y no lastimar piel ni articulaciones.
- Objetos para ensartar (corcholatas, botones, cuentas, etc.).
- Objetos para ensamblar (rompecabezas y figuras geométricas).
- Crayolas, acuarelas, papel, tijeras.
- Pelota, escalera, andador.

Las actividades fueron:

Para el área PSICOMOTRIZ.

Caminar por el andador, patear y seguir la pelota, pasar a través de obstáculos, subir y bajar por escalera y por colchón, rodar, marometas, construir torres, armar rompecabezas, ensartar, iluminar, pegar, recortar, etc.

Para el área COGNOSCITIVA.

Reconocimiento de figuras geométricas, armado de rompecabezas, reconocimiento de colores, contarle historias, mostrarle libros y revistas, preguntarle y contestarle acerca de situaciones y objetos conocidos, mostrarle y nombrarle partes de su cuerpo, figuras de animales y de objetos varios, estimular la imitación en cuanto a movimientos y sonidos, estimular la formación de conceptos (arriba, abajo, dentro, fuera, etc.)

Para el área SOCIAL.

Convivencia con otros niños y personas adultas, intercambio de juguetes entre los niños, estimular la participación en juegos de grupo, ayudarse en alguna actividad.

Saludo y despedida de todos los presentes (niños y adultos).

De la VIDA DIARIA.

Lavarse las manos antes de los alimentos, comer solo, manejar correctamente la cuchara o tenedor, ayudar a poner su mantel y su silla, al terminar de comer, ayudar a limpiar y a recoger la mesa; actividades de vestirse y desvestirse, peinarse, etc.

Estas actividades se utilizaron alternadas en cada sesión, tratando de llevar una secuencia y horario entre actividades para cubrir con ellas todas las áreas.

Aunque se estimularon todas las áreas de desarrollo, lo más importante en este caso fue el área psicomotriz, específicamente motora gruesa, debido a que presentó menor grado de desarrollo, por lo que nos enfocamos básicamente a estimular la marcha.

Por ser el primero en ingresar al programa hubo oportunidad de programarle mayor número de sesiones, fueron cuatro dedicadas para evaluación y cuarenta y dos para llevar

a cabo el programa, de las cuales dejó de asistir a una por enfermedad, a cuatro por citas médicas y trámites para ingreso a TELETON, lo que dio un total de 37 sesiones efectivas de trabajo.

Los padres de Miguelito asistieron a terapia de superación de crisis para aceptación de su hijo con N.E.E., fueron consistentes y por ello se les dio de alta.

SEGUNDA EVALUACION

“MIGUEL ANGEL”

Después de la intervención, se realizó nuevamente la evaluación y se encontró que a pesar de que estaba casi alcanzando su edad cronológica, su desarrollo tuvo un progreso significativo, ya que ahora puede ubicarse en una edad de desarrollo de tres años, ya que se mejoró en general en todas las áreas.

Antes no presentaba comportamientos de socialización como aceptación de cantos y algunos juegos o actividades en grupo, ahora ya acepta cantar y comienza a seguir incluso, los movimientos que se emplean para ello, ayudando a la coordinación; ahora le gusta hacer amigos y ya tiene sus preferencias para vestirse. Por todo esto se ubica en tres años, en el área de SOCIALES.

En el área de la VIDA DIARIA, se ubica en tres años, porque ayuda a disponer la mesa, sostiene la cuchara correctamente, comienza a utilizar el tenedor, sirve agua de un recipiente en un vaso, trata de lavarse las manos y los dientes, se abotona y desabotona adecuadamente, ayuda a desvestirse.

En el área COGNOSCITIVA, encontramos que ha ampliado su vocabulario, ya emplea adjetivos y pronombres "mío", "yo", "tú" y "para mí". Identifica objetos por su uso, nombra las figuras que reconoce en libros o revistas, reconoce acciones en dibujos o grabados, explica la acción, obedece órdenes, dice su nombre completo, ya tiene inicios de clasificación, sabe encontrar figuras iguales, ya tiene mejor atención y por periodos más prolongados, encaja figuras circulares, triangulares y cuadrangulares, conoce e identifica sus dibujos, conoce los colores, puede unir con una línea dos figuras iguales en un dibujo, ya ilumina mejor y con mayor precisión: Por todo lo anterior, lo ubicamos en la edad de tres años en ésta área.

En el área PSICOMOTRIZ, que era el mayor interés en este caso, se lograron notables mejorías en las conductas: la lateralidad ya se está definiendo, ahora hace torres de 10 cubos, sostiene objetos muy pequeños, sostiene el lápiz correctamente y puede iluminar con más fuerza que cuando llegó al servicio, puede recibir una pelota hasta donde esté parado, ahora puede recortar con tijeras, pegar, pintar con pincel, etc, y siguiendo la división que en un principio hicimos en el área psicomotriz, diremos que en motora fina llega a tres años como edad de desarrollo.

En la subdivisión de motora gruesa, pudo llegar aproximadamente a la edad de 2 años y medio, porque tiene sensibilidad un poco más debajo de lo que tenía antes, refiere su mamá que quizá sobre los tobillos, existe ya un poco de movilidad en sus pies y se mejoró su temperatura, ahora camina más cuando salen a la calle y en ocasiones dice que se cansa, lo que antes no hacía, gatea menos, ya que aunque sea necesario que lo ayuden a llegar hasta un objeto, sólo lo hace caminando. Se le ayuda a caminar sólo tomándolo de las manos y sigue utilizando su aparato ortopédico.

Para él es necesario realizar una terapia de rehabilitación, porque aunque la intervención ha servido para mejorar sus habilidades, en general, puede seguir deteniendo su desarrollo si no se procura buscar otras alternativas. Para continuar estimulando las otras áreas sería recomendable que se integrara a un jardín de niños, además de continuar trabajando en casa.

CASO NO. 5

PRIMERA EVALUACIÓN
“JOSELYN CARMEN”

A su ingreso en el programa cuenta con dos años 5 meses de edad, con hipertonía, sobre todo en hemisferio derecho. Sin reacción ante sonidos y poca en visión.

Presentó reflejo de prensión y reacción de contracción al sentir que tomaran sus manos o piernas. Al mantenerse en posición prona comenzaba a llorar. No podía sentarse y presentaba cruzamiento de piernas.

Su edad de desarrollo en el área de PSICOMOTORES se ubicó en un mes, debido a que no existía sostenimiento de cabeza en forma correcta, ni atendía a cualquier estímulo visual ni auditivo. Respondía a la voz de su mamá (no muy bien definido todavía si realmente a la voz o a su imagen), respondiendo con una sonrisa y movimientos de sus manos y piernas.

Se encontró muy poca respuesta gutural, no presentaba molestia al encontrarse mojada y normalmente la mantenían en posición supina.

Se realizó evaluación y se encontró entonces que su edad de desarrollo en el área COGNOSCITIVA se ubicó en un mes.

En las áreas SOCIAL y DE LA VIDA DIARIA, en dos meses, porque no existía respuesta en la interacción con personas que no le fueran familiares.

ANTECEDENTES**“JOSELYN”**

La primera hija de una pareja joven con problemas por vivir en un terreno común con otros miembros de su familia, además son de extracto humilde por lo que la señora se ve obligada a trabajar como doméstica en una casa a pesar de tener carrera universitaria, sin haberse podido titular y no poder conseguir un trabajo afín con su profesión. El padre tiene un trabajo de caballerango en un lugar dedicado a cuidar caballos. La niña permanece la mayor parte del día con su mamá al no haber otra persona que la cuide, aún en su trabajo, la tiene con ella, pero se piensa que no puede atenderla de manera adecuada, porque es notoria la falta de estimulación y de cuidados básicos en la niña.

No presenta datos ni documentos de nacimiento, solamente refiere que al nacer la niña le dicen que está muy pequeña y falta de peso. Parece ser que no lloró al nacer, o que lloró y dejó de llorar inmediatamente.

Nació por parto natural, sin problemas durante el embarazo. Durante el parto, su mamá tuvo problemas de rasgamiento de vagina, por lo que realizaron sutura y quedó hospitalizada para recuperación, tiempo en el cual la niña permaneció en incubadora. Dijo no saber que la niña estaba mal y relacionó su estancia en el hospital, con su propia recuperación.

A la edad de dos años tres meses, tuvo temperatura de 40° y presentó una crisis convulsiva quedando después inconsciente, por lo que fue hospitalizada para reanimación.

La madre refiere también, que sostuvo la cabeza aproximadamente al año y medio aunque no adecuadamente. Es evidente que aún al ingreso al programa, no presentaba

esta conducta. La cabeza en ocasiones “caía” hacia el lado izquierdo y mostraba dificultad para volverla a su posición normal; no se sienta ni gatea a su ingreso al programa.

Durante todo el día, y sobre todo durante el tiempo de trabajo de la madre, la niña permanecía acostada en posición supina y sin interactuar con nadie.

Según el reporte de la madre, le decían los médicos que la niña tenía retraso psicomotriz, después le dijeron parálisis cerebral infantil y cuadruplejía pasmática.

Por no “saber” que su niña estaba mal, como ella misma lo menciona, nunca intentó que se le hicieran estudios formales o incluirla en algún programa de rehabilitación, hasta el presente. Tampoco los padres estuvieron nunca en ningún programa ni terapia para superar la crisis y lograr la aceptación del problema de su hija con N.E.E.

PROGRAMA DE INTERVENCION “JOSELYN CARMEN”

Según la evaluación realizada, y dado que ubicamos a Joselyn en una edad promedio de dos meses en su desarrollo, a excepción del área cognoscitiva que está en un mes, es necesario ayudarle a mejorar en general todo su desarrollo, ya que su edad cronológica es de dos años 5 meses.

Debido a que se nos presenta con hipertonia lo primero que considero importante enfocar es el relajamiento de sus músculos, para darle movilidad y mejor tono muscular.

Entonces, nuestro primer objetivo es:

1. Mejorar el tono muscular de la niña.

Debido a que generalmente permanece en posición supina, no logra el sostenimiento de cabeza y llora al ponerla en esa posición, por lo tanto nuestro segundo objetivo será:

2. Lograr el sostenimiento de cabeza en posición prona.

No se sabe aún si la niña tiene alguna deficiencia en oído, por lo que solicitamos a su mamá la lleve al servicio médico para un chequeo y así poder saber qué tipo de estímulos presentar para que ella responda adecuadamente.

De acuerdo a esto el tercer objetivo será:

3. Un avance general en su desarrollo, acercándose lo más posible a su edad cronológica, y que responda a estímulos visuales y auditivos.

Se darán dos sesiones semanales de una hora cada una, en las que se involucrará a su mamá para que realice las actividades en casa.

Para controlar el tono muscular, es necesario comenzar con masajes y ejercicios de relajación para poderle dar movilidad.

Se colocará a la niña en posición prona la mayor parte del tiempo que sea posible comenzando con periodos cortos, dejándola descansar y volviendo a colocarla en la misma posición cada vez más tiempo, hasta que sea posible mantenerla así para provocar el levantamiento de cabeza, ayudando con juguetes vistosos y sonoros, así como con las voces de personas adultas que se encuentren a su alrededor.

Se trabajará con rodillo colocado en el pecho cuando se encuentre en posición prona, para estimular la fuerza en espalda y columna vertebral.

Para el cruzamiento de piernas se utilizará una almohada en medio de ellas.

Se darán ejercicios en forma vibratoria para cambiar posiciones de brazos y piernas, sobre todo cuando se encuentre muy tensa.

Buscaremos el rodamiento por medio de ejercicios, colocándola sobre el colchón en posición adecuada para que al darle la orden por medio del movimiento, ella pueda girar.

En algunas ocasiones se cambiará el colchón por una caja de arena para dar ejercicios de relajación.

Las sesiones se realizarán en un salón adaptado especialmente para intervención temprana.

Materiales:

- Sonajas, juguetes vistosos y sonoros (musicales y móviles).
- Un colchón, un espejo, talco o crema para auxiliar en los masajes.
- Un rodillo de esponja.
- Un cojín o almohada pequeña para colocarla entre los pies.
- Una caja de arena.

Se programaron cuarenta sesiones en este programa, las dos primeras serían de evaluación, pero a la segunda no se presentó.

De las siguientes treinta y ocho sesiones, se presentó solamente a veintitrés, desde donde pudo notarse la inconsistencia y falta de interés por parte de su mamá, ya que a la mayoría de sesiones que se presentó llegaba tarde y se mostraba poco participativa.

SEGUNDA EVALUACION

“JOSELYN CARMEN”

Desde la primera evaluación, a la segunda, con un lapso de tiempo de cuatro meses entre ellas, encontramos un avance general de aproximadamente dos meses en la edad de desarrollo.

Cuando Joselyn ingresó al programa de intervención temprana, presentaba hipertonia, poco movimiento corporal, y generalmente involuntario.

Con una edad cronológica de dos años 5 meses, vimos que:

En el área COGNOSCITIVA solamente era capaz de mostrar conductas reflejas, por lo que se ubicó en edad de desarrollo de un mes. Actualmente, ella se entusiasma y respira fuerte, comienza a balbucear al hablarle, gira la cabeza buscando algún ruido familiar o la voz de alguna persona conocida, observa una pelota rodando, ve la mano y el objeto que sostiene, atiende a los estímulos próximos, reconoce la voz de su mamá pero también reacciona a otras voces.

En el área SOCIAL, sonríe espontáneamente, si se cubre con una manta puede quitársela de la cara.

En el área DE LA VIDA DIARIA, reconoce el biberón y otros alimentos que acostumbran darle, solamente por su envase. Abre la boca para recibir el alimento.

En el área PSICOMOTRIZ es quizá donde pueden notarse mayores logros, ya que permanece mucho tiempo en posición prona, sin llorar, y levantando la cabeza, sobre todo cuando se encuentra cerca algún estímulo de los anteriormente mencionados.

Las manos ya las mantiene más abiertas que cerradas. Ofreciéndole un objeto en línea media lo atiende y trata de alcanzarlo, en muchas ocasiones lo logra.

Ya no cierra tanto las manos.

Comienza a permanecer sentada con ayuda.

Si se le hace girar, logra sacar la mano que queda debajo de ella.

Trata de seguir con la mirada a las personas que se mueven cerca de ella, localizándolas aún en el espejo, y si ella misma se ve reflejada, se entusiasma y sonríe.

Existe respuesta facial-social al hablarle o acercársele.

Comienza a querer mover las manos a manera de despedida (“adiós”).

Para ella es necesario que se proporcione además de la intervención temprana, una terapia de rehabilitación, para ayudarle de manera más integral.

Pero, por lo pronto, aunque en general puede decirse que hubo pocos avances en relación a lo que se esperaba, la ubicamos en el área de sociales en tres meses, y en las áreas de la vida diaria, cognoscitiva y psicomotora, en cuatro meses.

CASO NO. 6**PRIMERA EVALUACIÓN
"FERNANDO"**

Fernando, un niño de cuatro años de edad, presentó un apego exagerado con la abuela materna, debido a que es la persona con quién más convive. Su mamá es soltera, y él es producto de la relación con un hombre casado que no aporta apoyo económico, ni en la educación del niño, por lo que ella trabaja para mantener a la familia, ya que existe un hijo mayor, producto de otra relación anterior, y la abuelita es quien se hace cargo de los dos niños.

Según la evaluación realizada, presentó un desarrollo no acorde a su edad cronológica, por deficiencias en todas las áreas, ejemplo:

En el área de la VIDA DIARIA, se ubicó en dos años, porque logró el control de esfínteres poco tiempo antes de iniciar la intervención (menos de un mes), y solamente durante el día ya que por la noche seguía usando pañal desechable, en conductas de autocuidado no es independiente, aunque lograba quitarse por ejemplo una playera, o comer solo, pero aún así no pudo ubicársele en una edad de desarrollo mayor.

En el área COGNOSCITIVA, se encontró que ha tenido un desarrollo muy lento, no existe lenguaje y fue difícil la comunicación con él, aunque en ocasiones se pudo notar que comprendió órdenes simples en situaciones familiares.

Para comunicarse con los demás, utiliza señas o sonidos guturales para llamar la atención. Vocalizaba pocas palabras (menos de diez), y no de manera entendible. Se ubicó en una edad de desarrollo de 12 meses en ésta área.

En el área SOCIAL, su desarrollo se encontró bajo, debido a que convive solamente con su mamá, su hermano mayor que él por dos años y sobre todo con su abuela materna.

Los demás adultos que se encuentran cerca sólo le hablaban, pero él no permitía el acercamiento.

Existía demasiado apego con la abuela, dado que es quien lo atiende, lo alimenta y duerme con él, debido a que su mamá trabaja y se involucraba muy poco en su educación.

Aquí se ubicó en una edad de desarrollo de 12 meses.

En el área de PSICOMOTORES, se encontró aproximadamente en una edad de desarrollo de dos años, porque no existía la convivencia con otros niños y fue necesario mejorar su coordinación al correr o jugar con una pelota. Su tono muscular se encontró muy bajo y con poca fuerza para sostener el lápiz al rayar o iluminar, recortando con mucha dificultad y sin poder seguir una línea, no pudo mantener el equilibrio al caminar sobre una cuerda sobre el piso, ni parado sobre un pie, al saltar, y anda en triciclo con mucha dificultad, ayudándose de todo el cuerpo para el desplazamiento en él, y no sólo de las piernas.

ANTECEDENTES

“FERNANDO”

Nació el día 1º. de diciembre de 1994, por cesárea, después de 39 semanas de gestación, con un peso de 2.700 kg. y 48 cm. de talla. APGAR 8/9, en una clínica del IMSS.

A los dos meses de embarazo la mamá presenció un asalto a mano armada y fue atendida por crisis nerviosa.

A los siete meses de embarazo, sufrió una caída sobre el abdomen y tuvo sangrado vaginal durante todo un día.

Los médicos esperaban que el parto fuera normal, por lo que tardaron cerca de cinco horas para proceder a la cesárea.

Aplicaron anestesia local por dos ocasiones, debido a que no producía efecto.

Al momento de nacer el niño, encontraron que tenía un pie mal acomodado y esto le estaba provocando una malformación.

Antes de cumplir un año de edad, eran frecuentes las temperaturas altas y se le bajaban por medio de medicamentos.

Se le alimentó al seno materno únicamente durante dos meses

Durante cuatro meses estuvo alejado de su mamá, a la edad de siete meses, porque el padre se lo llevó y no permitía el acercamiento.

Durante este tiempo no existen datos acerca de su desarrollo. Después de eso se le recuperó, encontrándolo con desnutrición y deshidratación, y como consecuencia de esto, una fuerte infección en el estómago, por lo que tuvo que ser hospitalizado.

Nunca notaron problemas de desarrollo en el niño, excepto cojear en ocasiones debido a la pequeña malformación, por lo que nunca estuvo antes en ningún programa de estimulación.

Notaron, ya estando el niño de más de tres años, que no hablaba, pero lo asociaron con la herencia, diciendo que tuvo un tío que habló hasta los doce años de edad, y que ya siendo adulto presentaba tartamudeo cuando estaba nervioso.

A los tres años nueve meses, se le realizó un estudio en el Centro de Estudios y Terapias Especiales, al que se acudió a raíz de esta inquietud (que no emitía palabras fuera de "mamá").

En éste, reportaron lo siguiente:

Paciente de segundo embarazo sin alteraciones durante la gestación, parto prolongado resuelto mediante cesárea. llanto inmediato en el producto, sin reportar hipoxia ni alteraciones perinatales. Con deambulación a los 14 meses y alteraciones acentuadas en el lenguaje, manejando algunas palabras aisladas. Sin patología en audición, sueño estable, sin control de esfínteres y sin convulsiones.

Lo envían a valoración por “presentar problemas en organización del comportamiento, alteraciones del desarrollo”.

Alteraciones en evolución motriz y expresión verbal. Permanencia de integración al ambiente familiar, en forma predominante a cargo de la abuela materna. Y en conducta adaptativa encuentran rasgos de inquietud excesiva, inatención, impulsividad, baja respuesta a indicaciones verbales.

El resultado del electro - encefalograma, lo resumen como moderadamente anormal, compatible con alteración o disfunción cerebral, manifestándose clínicamente por retardo motriz y de lenguaje; déficit de atención e hiperactividad, por lo que se le controla con medicamento.

A la edad de tres años 10 meses, se le hospitalizó nuevamente, por una intoxicación por medicamento. Entró inconsciente, tenían que despertarlo antes de 36 horas, porque de lo contrario, se ocasionaría un paro circulatorio.

Aunque este estudio es relativamente reciente, al momento de su ingreso al programa, es necesario que se realice una nueva evaluación y diagnóstico como con todos

los demás niños, desde el punto de vista psicológico, ya que aquí como puede verse encontramos muchos términos ambiguos y que etiquetan al niño dentro de alguna categoría, y ello no nos permite encontrar características cualitativas de su estado actual de desarrollo, para poder ubicarlo dentro de alguna de las etapas en las que basamos nuestro estudio.

PROGRAMA DE INTERVENCION FERNANDO

Para iniciar la intervención hubo que tomar en cuenta antes que nada, que se contaba más con la cooperación de la abuela que con la de la propia madre, entonces fue necesario apoyarse en ella para ir involucrando poco a poco a la mamá y así al mismo tiempo que se lograra fortalecer los lazos afectivos con ella, buscar el desapego con la abuela, para posteriormente buscar la socialización fuera del núcleo familiar tan estrecho.

Para el área PSICOMOTRIZ, se comenzó a trabajar en coordinación motora, tanto gruesa como fina y se ayudó con masajes enfocados a mejorar el tono muscular, para lograr un buen desarrollo psicomotor.

Las actividades que se realizaron para este fin fueron: juegos con la pelota, con cubos, correr, saltar, andar en triciclo, caminar sobre una cuerda, levantar un pie para guardar el equilibrio, quitarse algo de los tobillos sin sentarse, correr brincar, etc. (motora gruesa). Para motora fina se trabajó en iluminar, ensartar, recortar, pegar, formar torres de cubos, pasar las hojas de una revista, prender objetos con pinzas, rayar, armar juegos de piezas, etc. estas actividades requirieron de tenerlo sentado, situación que aceptó de buena manera.

En el área COGNOSCITIVA, debieron tomarse en cuenta como principio el lenguaje (en él inexistente) y la formación de conceptos, así como la discriminación de colores, figuras y sonidos. Esto se trabajó con rompecabezas, figuras de animales, discos de colores, canciones, cuentos, discriminación de formas y texturas, etc.

Para lenguaje específicamente, se trabajó con ejercicios de boca, lengua, mandíbula y de respiración, frente a un espejo.

Los ejercicios para soplar, se ejecutaron con diversos objetos y materiales, como tiras de papel, plumas, confeti, velas, silbatos, globos, botes cerrados llenos de confeti, etc.

Para el área de SOCIALES, se trabajó con canciones, para enseñar saludo, enseñándole a conocer su nombre y reconociéndose en fotografías y frente a un espejo, esto consigo mismo y con sus familiares más cercanos.

Para el área de la VIDA DIARIA, todas las conductas de autocuidado, como vestirse, desvestirse, abrir y cerrar su chamarra, ponerse los zapatos, peinarse, usar adecuadamente cuchara, tenedor y servilleta a la hora de comer, no derramar líquidos al tomar de un vaso o servirse de una jarra al vaso, masticar bien los alimentos sólidos, sobre todo el control de esfínteres durante el día y la noche y el adecuado uso del sanitario, aprendiendo a lavarse las manos por sí solo.

Se trabajó en su medio ambiente natural (su casa), realizando dos sesiones semanales de dos horas cada una.

Después de cuatro sesiones para evaluación, se comenzó a trabajar con Fernando según el programa de Intervención Temprana creado para él, enfocado a mejorar su desarrollo integral, buscando que logre igualar en la medida de lo posible su edad cronológica a su edad de desarrollo. Debí ponerse énfasis en el área cognoscitiva, debido a que no existe lenguaje.

Se programaron 20 sesiones para efecto de esta investigación, con la facilidad de que al ser realizadas en su domicilio, no se iba a presentar ausentismo. Fueron sólo veinte para equiparar en tiempo con los demás niños, por ser Fernando el último en integrarse al programa. Cuatro de estas sesiones se utilizaron para evaluación, y las 16 restantes fueron de trabajo efectivo.

SEGUNDA EVALUACION

“FERNANDO”

En la segunda evaluación, realizada después de veinte sesiones, trabajando dos veces por semana, encontramos que Fernando presentó mayor socialización aceptando el acercamiento de las personas que lo rodean, saluda y dice adiós con ademán y algún sonido gutural específico.

Notamos aún pocos logros, pero sí existen, por ejemplo, siempre está mejor dispuesto a trabajar que en el principio de la terapia, en general coopera cada vez más, ya que en el inicio, había ocasiones en que parecía no tener ganas o no interesarle la actividad, esto se superó creando actividades que le son atractivas y combinando todas las áreas para no trabajar siempre lo mismo y así lograr mantenerlo siempre participativo.

En el área de PSICOMOTORES, tanto en motora gruesa como fina, se notó que mejoró su tono muscular, coordinación y logró mejor equilibrio en general, de manera que no cae fácilmente al correr. Todas estas actividades ya las realiza con mayor soltura y no se nota tanta dificultad. Ahora logró actividades que antes no realizaba, como pararse en un pie y sostenerse así, saltar, subir escaleras alternando los pies y bajar descansando los dos pies en cada peldaño; saltar del último peldaño, caminar en la punta de los pies, usar adecuadamente el triciclo, caminar sobre una cuerda en el piso, recibir una pelota con los brazos extendidos, comenzando a definir su lateralidad. Se notó que puede sostener objetos pequeños, abrir y cerrar frascos pequeños con rosca, realizar la construcción de torres con 10 ó 12 cubos, imitando también puentes.

Mejóro su habilidad para iluminar, haciéndolo con mayor fuerza y percibiendo mejor el contorno de las figuras e iluminando dentro de ellas, aprendió a recortar con tijeras, etc. logró ubicarse en tres años en ésta área. Ha tomado más fuerza para sostener objetos como las pinzas que requieren presión, o las tijeras, que utiliza adecuadamente, sólo faltó mejorar su coordinación en cuanto al sentido o dirección del corte, para hacer bolitas de papel, ya pasó de utilizar la mano completa a los dedos solamente, las hojas de las revistas las pasa de una por una y observa las imágenes imitando acciones o simulando que toma algún objeto de los que ahí se encuentran, incluso haciendo la mímica de comerlos si son alimentos.

Al finalizar el programa, se ubicó en una edad de desarrollo de 3 años en el área PSICOMOTRIZ.

En el área SOCIAL ya acepta mejor el trato con otras personas que no son de su familia y convive más con su hermanito, con el que casi no jugaba. Se sugirió que el niño debía asistir a la escuela, insistiendo en que debe convivir con una cantidad mayor de

personas, sobre todo con otros niños, para ayudarlo en su comunicación y contrarrestar el exagerado apego con su abuelita para lo que se está manejando que sea la mamá la que se encargue de llevarlo y recogerlo en la escuela.

Aprendió a dar besos, ya que anteriormente solo esperaba a que se le dieran a él.

Lo ubicamos al final de esta intervención en la edad de desarrollo de 18 meses, en el área de SOCIALES, porque ya intentó participar del grupo familiar y trata de ayudar en tareas domésticas, alcanzando objetos pedidos.

En el área de la VIDA DIARIA, pasó de estar en los 2 años, a los 3, en cuestión de que aprendió a controlar esfínteres durante el día y la noche y dejó de usar pañal desechable (en la entrevista inicial reportaron que ya controlaba, pero continuaba usando pañal en algunas ocasiones, sobre todo por las noches, cosa que no reportaron), aunque continúa sin utilizar el sanitario común de la familia. Se viste solo, pero no amarra agujetas él mismo. Se está trabajando sobre todo con la abuecita, ya que sigue habiendo sobreprotección hacia el niño y en ocasiones no se le exige lo suficiente, o se le ayuda en actividades básicas. Aprendió a lavarse las manos correctamente y secarse. Ayuda a disponer la mesa para comer, sostiene correctamente la cuchara y comenzó a utilizar el tenedor, pudo servir agua de un recipiente en un vaso, se pudo lavar los dientes con ayuda. Pudo abrocharse y desabrocharse la ropa y desvestirse sólo y rápido, vestirse con ropas simples.

En el área COGNOSCITIVA, logró también algunas mejoras en relación a la primera evaluación. Las mismas palabras que ya mencionaba las pudo decir con mayor claridad, y aumentó aunque levemente, el número de palabras de su vocabulario.

Ahora pudo ubicarse en ésta área en la edad de desarrollo de 17 meses, debido a que pudo reconocer las partes de su propio cuerpo, mirar atentamente las figuras de algún

libro o revista, comprender órdenes simples en situaciones familiares con apoyo del gesto, identificar objetos semejantes y encontrar pares de figuras similares, por ejemplo, animales o colores; identificar formas circulares por el tacto y colocarlas en el cuadro de figuras geométricas, hace garabatos espontáneamente.

Las palabras que menciona continuaron siendo pocas hasta el momento en que se realizó la última evaluación, pero se notó el intento de una mejor pronunciación de las que ya sabía, y él de alguna manera procuraba comunicarse más, en comparación a como lo hacía antes, pero con sonidos y no sólo con señas y gestos.

Los fonemas específicos que se le implementaron fueron vocales abiertas: a, e, o y existe la opción de continuar más adelante con el programa, aunque para efectos de esta investigación, aquí se da por concluido.

Se espera también que la asistencia a una escuela regular ayude a la estimulación del lenguaje, que todavía no es adecuado a su edad cronológica.

Se logró que mencionara alrededor de cinco palabras más que no utilizaba y en conocimiento de colores identificó cuatro de los básicos, reconoció las partes de la cara en muñecos, dibujos y en sí mismo, reconoce también extremidades superiores e inferiores. Aquí se nota cooperación por parte de la abuelita ya que durante el día le repite y le pide que le señale las partes mencionadas.

CAPITULO V

ANALISIS DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

CASO I. BRENDA DANIELA.

El caso de ésta niña fue uno de los que mayores avances presentó.

En él, los padres y sobre todo la mamá, que era quién asistía con ella a las sesiones, se mostraron mayormente participativos.

Era notorio el trabajo que se realizaba en casa con la niña y tomaba en cuenta todas las sugerencias que se le dieran en cuanto al trato que debía dársele a la niña.

Se concluye que su asistencia a la terapia para superación de crisis y aceptación cumplió con su objetivo de hacer saber a los padres que si están unidos atacando un mismo problema pueden lograr mejorías favorables a su familia en general y sobre todo enfocar sus esfuerzos a ayudar a su hija, que ahora saben, necesita más que nadie de ellos.

Esta niña no presentó nunca una regresión a lo largo del programa, fueron muchos avances en general, y aunque no se cubrió nuestro objetivo de proporcionarle un lenguaje adecuado a su edad, si pudimos mejorar su comunicación, su socialización y aumentar su lenguaje.

En poco tiempo, logró avanzar enormemente en su edad de desarrollo y puede considerarse que se cumplió con la intención de ayudarle a lograr autosuficiencia en las bases de cuidado personal. Se le dieron también las armas para ingresar a educación preescolar, por lo que puede verse ya más cercana su edad de desarrollo a su edad cronológica y si se continúa la estimulación, además de terapias de lenguaje, que ahora

son necesarias por el rezago que lleva ya de tanto tiempo; se cree que podrá lograr una comunicación adecuada, aunque en cierta forma será más difícil para ella, por no haberse llevado este desarrollo de acuerdo a su crecimiento.

En otras palabras, si se hubiera comenzado antes a combatir este problema, no se acumulan tantos factores limitantes de su desarrollo, como fueron estar prácticamente sola y sin estimulación los dos o tres primeros años de su vida, y que quienes la rodeaban, no se interesaron en la interacción con ella.

Se infiere que sus padres esperaban lo hiciera sola, pero ahora saben que es necesario ayudarle, y de una manera fácil: sólo aceptándola y mostrando interés por ella.

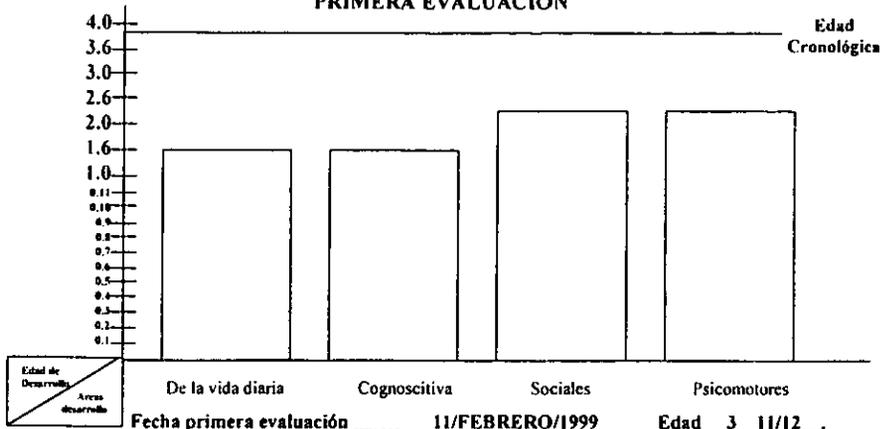
Por lo anterior, se señaló en la gráfica correspondiente a la segunda evaluación, una subdivisión en el área cognoscitiva, donde se marca que la edad de desarrollo es menor en éste aspecto.

En general, en todas las áreas aumentó significativamente su edad de desarrollo.

CASO No. 1

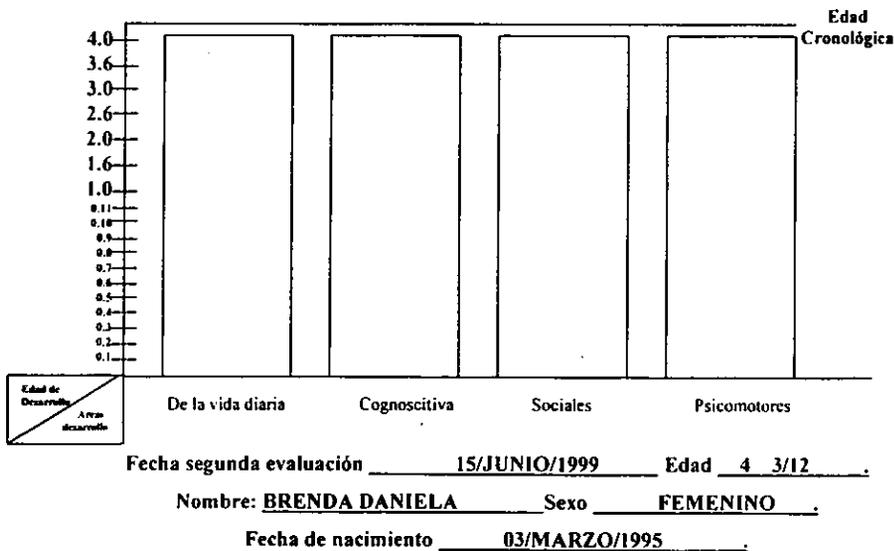
Gráfica 1a

PRIMERA EVALUACION



SEGUNDA EVALUACION

Gráfica 1b



Gráfica 1.- Comparación de edad de desarrollo observada en la 1ª. Evaluación (Gráfica 1a) al inicio del programa y la 2ª. Evaluación (Gráfica 1b) al término del mismo. Se muestran logros marcados en todas las áreas. Se alcanzó una edad de desarrollo de 4 años.

CASO 2. NADIA YESICA

Esta niña avanzó en promedio seis meses su edad de desarrollo, respecto de su ingreso al programa.

Aquí la conclusión principal es que no existe aceptación del problema por parte de los padres. La mamá de la niña no se acerca a ella lo suficiente en cuestión afectiva, es inconsistente en su asistencia a las sesiones y no muestra interés en las actividades, aunque las realiza con la niña.

Si bien, la señora reportó una buena relación con su esposo, él nunca se presentó a una sesión y no se sabe si realmente convive o no con la niña.

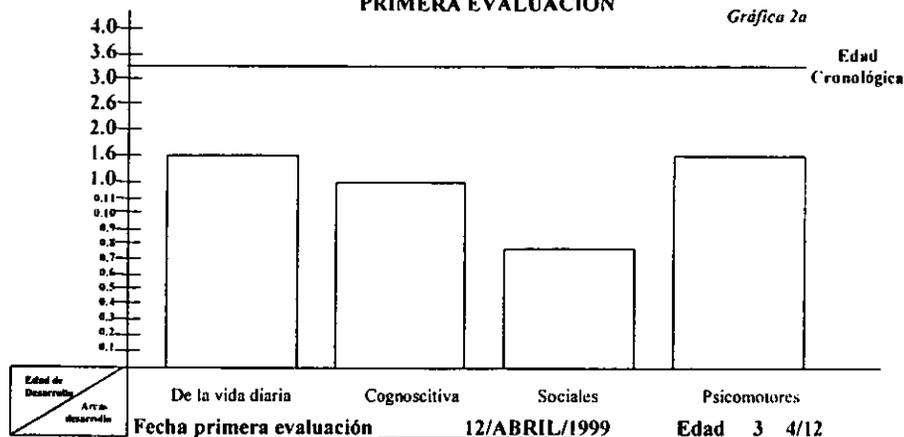
A pesar de todo, en el poco tiempo que estuvo integrada al programa, la niña mostraba capacidad de aprender, aunque en algunos aspectos se notaba lenta, ella intentaba participar en las actividades.

Siempre, aún después de haber notado avances en su desarrollo, puede notarse en las gráficas que las áreas cognoscitivas y de sociales fueron las más bajas. Esto puede ser porque Yesica no ha logrado la asimilación de estructuras para pasar a una etapa superior y esto la va a seguir deteniendo.

Para ayudarle, debe seguirse proporcionando una buena estimulación durante cada momento y reafirmar lo que ya aprendió, por eso ella continuará en escuela de educación especial en el área de intervención temprana, hasta que cumpla los cuatro años de edad. Se espera que para entonces, ella tenga las estructuras necesarias para ese nivel y poder ingresar a una escuela regular; si no es así, de cualquier manera ingresará a preescolar en escuela de educación especial.

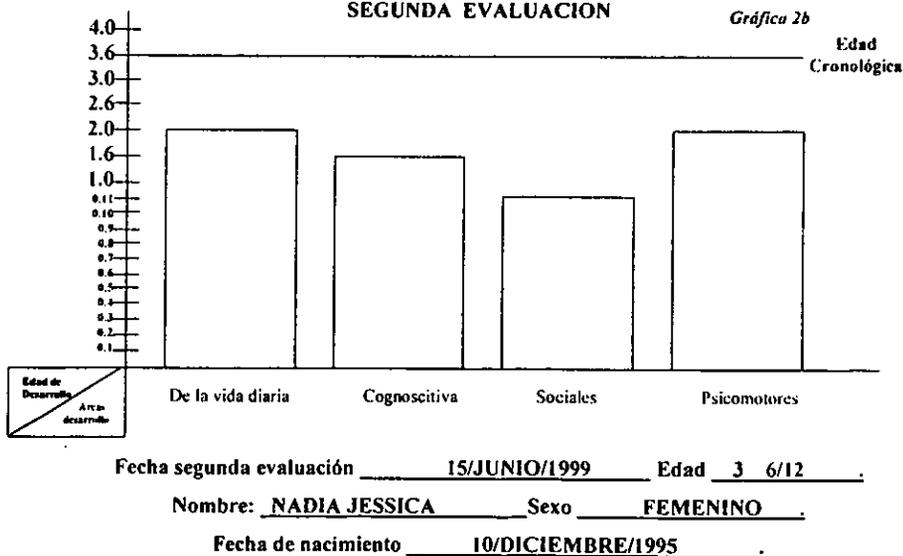
CASO No. 2
PRIMERA EVALUACION

Gráfica 2a



SEGUNDA EVALUACION

Gráfica 2b



Gráfica 2.- En la comparación entre la 1ª. y 2ª. Evaluación (Gráfica 2a y 2b) puede verse que se lograron avances en la edad de desarrollo, aunque no se alcanza igualar con la edad cronológica, ya que la más alta obtenida fue de dos años en las áreas de LA VIDA DIARIA Y PSICOMOTORES

CASO 3. MARIA GUADALUPE

En este caso, aunque hubo interés por parte de la madre de la niña y cooperación por parte de ella misma, lo que nos detuvo realmente hasta no permitimos llegar a logros muy significativos, fue la continua presentación de crisis convulsivas que obligan a detener toda intervención, sobre todo cuando fue necesaria la hospitalización.

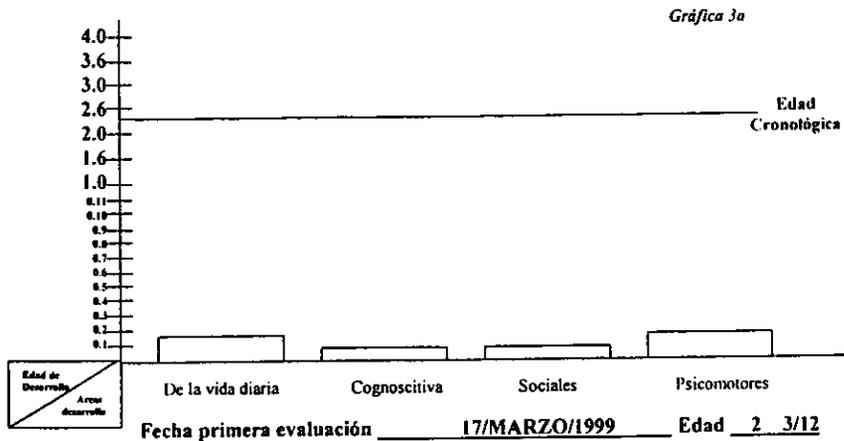
El avance general fue en promedio de dos meses, por lo que es notorio que la estimulación proporcionó elementos favorables para la niña. Aquí se piensa que lo ideal es unir esfuerzos en un equipo multidisciplinario, por las necesidades específicas de su padecimiento. Requiere atención médica continua, terapia de rehabilitación y una estimulación similar a la que se estuvo proporcionando en el programa.

De haberse contado con posibilidades para la intervención de manera continua, probablemente se habrían obtenido mejores resultados.

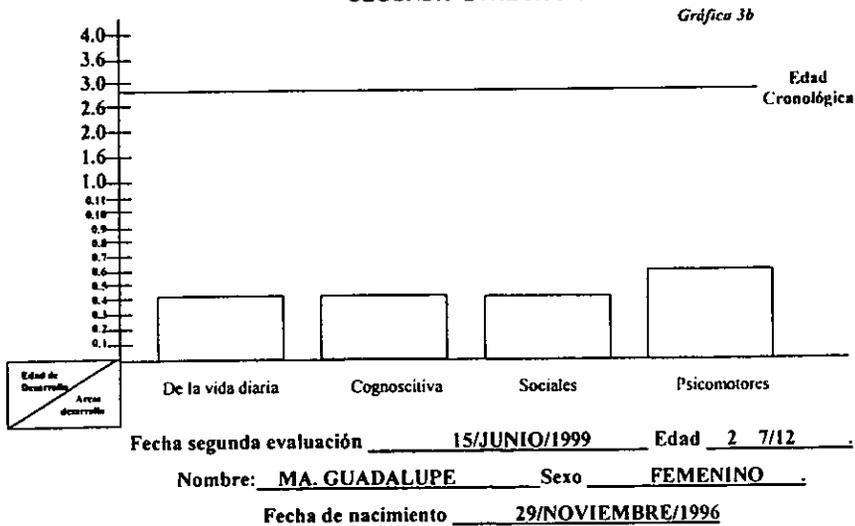
Se sugirió además una terapia de medicina alternativa a la que ya comenzó a asistir, consistente en elementos naturales y acupuntura para evitar el consumo de demasiados medicamentos que por ser de fórmulas químicas pueden a la larga perjudicar en otros aspectos que aparentemente no han afectado aún.

Esta medicina alternativa se espera que pueda primeramente ayudar a evitar y tal vez desaparecer las crisis convulsivas, y al no presentarse éstas, poder trabajar sobre la estimulación y rehabilitación de manera consistente para lograr mejores resultados.

CASO No. 3
PRIMERA EVALUACION



SEGUNDA EVALUACION



Gráficas 3.- En la gráficas 3ª puede verse que al inicio del programa eran marcadamente dispares la edad cronológica (2 3/12) y la edad de desarrollo (de 1 y 2 meses) Al término del programa se habrá llegado ya a 4 y 6 meses de edad de desarrollo (gráfica 3b).

CASO 4. MIGUEL ANGEL

Miguelito fue otro de los niños que más avances lograron durante la implementación del programa.

Sus papás siempre se notaron muy participativos, sobre todo su mamá que era quien asistía con él a las sesiones, el papá no asistía, pero el mismo niño refería cómo en su casa jugaba y platicaba con él, y se veía reflejado en los grandes avances que presentó el niño en su desarrollo general.

La señora buscaba los medios para fabricarle materiales con productos de rehuso de los utilizados por ella, para continuar en su casa con actividades similares a las trabajadas en las sesiones, por ejemplo para motora fina y cognoscitiva (cuentas para ensartar o rompecabezas, etc.).

Al niño no le gustaban las canciones infantiles que se cantaban en las sesiones y ella las sustituyó por las que al niño le gustaban de las que escuchaba en el radio.

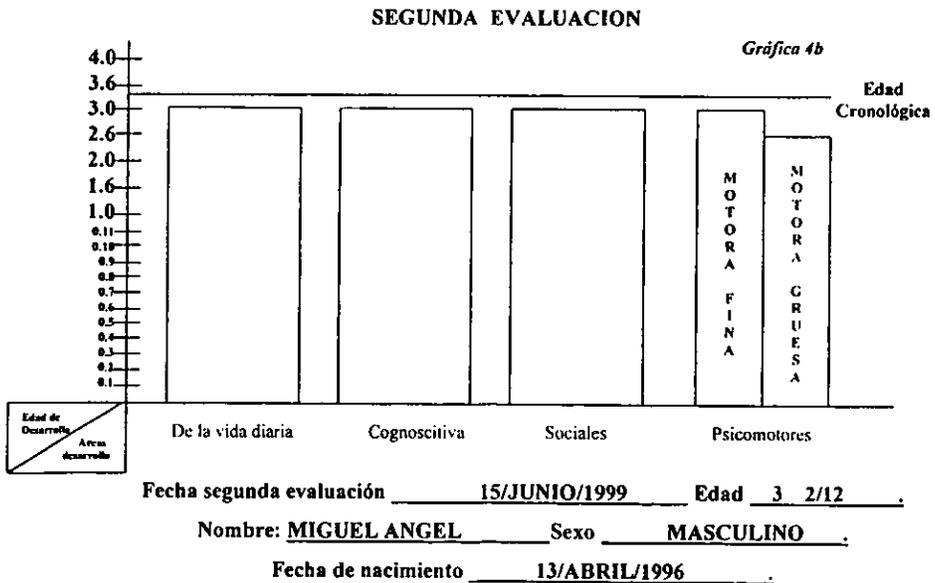
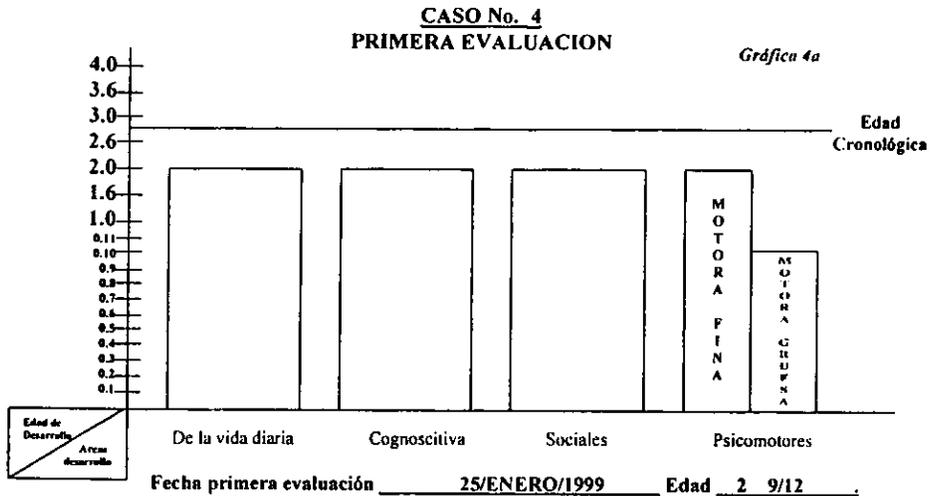
Para favorecer en socialización, lo llevaba en ocasiones a un jardín de niños cercanos a su casa, para que conviviera con otros niños y de hecho tenía planeado inscribirlo ahí, ya que por ser de tipo particular no necesariamente tendría que tener los cuatro años cumplidos para ingresar.

Para ayudarlo en motora gruesa, que seguía siendo el principal problema, continuó dándole los masajes que se incluyeron en el programa, dado que desde el inicio se notó que le ayudaron a adquirir sensibilidad en las partes inferiores de las piernas, donde antes no la había, incluso estaba alcanzando cierta movilidad voluntaria en tobillos y dedos. así como mejorando su tono muscular.

Cuando necesitaba transportarlo a algún lugar, evitaba cargarlo la mayor parte del tiempo como antes lo hacía, le ayudaba a caminar para hacerlo sentir que él podía y cada vez le exigía un poco más; se notó que el niño ya no se dejaba caer tanto, aunque pedía la ayuda de quien estuviera cerca, extendiendo las manos para que lo ayudarán a levantarse, porque sólo no lo intentaba aún.

Por otro lado, fue inscrito a terapias de rehabilitación en el Teletón, donde se espera que le ayuden a independizar su marcha, aunque para ello deba seguir utilizando aparatos ortopédicos, que probablemente también ahí le proporcionen o le ayuden a adquirir.

Esta pareja en general, mostró un creciente interés por la mejoría de su niño y la señora reportó que ella aprendió a aceptar el hecho de que tuviera necesidades especiales, y en lugar de lamentarlo o cohibirse hasta porque lo observaran en la calle, entendió que hacía más ayudándole y lo fue superando. Ahora decía que ya no le importaba que lo miraran.



Gráfica 4.- En este caso la edad de desarrollo fue de dos años en la 1ª. evaluación en las cuatro áreas (gráfica 4ª), a excepción de la subdivisión motora gruesa que incluye marcha, donde fue de 10 meses. En la segunda evaluación se llegó a 3 años de edad de desarrollo en todas las áreas exceptuando también motora gruesa que logró una edad de 2 6/12 (Gráfica 4b).

CASO 5. JOSELYN CARMEN

Comparado con los demás casos incluidos en el programa, podemos notar que fue uno de los que con menor número de sesiones y poca cooperación, logró un nivel aceptable de avance en su desarrollo.

Los padres de Joselyn no asistieron a la terapia enfocada a ayudarles a superar el problema y lograr la aceptación de su hija con N.E.E. anterior al programa de intervención, y fue evidente que existieron limitaciones importantes como la no aceptación del problema, aunada al poco tiempo que en general se le dedicó siempre a la niña dentro de su familia, así como la baja calidad de esa atención. Esto se hizo evidente desde la poca higiene que se proporcionaba a la niña, al grado de que en ocasiones presentaba mal olor y fue necesario decirle a la señora que debía presentarla limpia. Se notaba cierto grado de desnutrición y bajo peso en la niña, incluso de talla, que parecía ser de un bebé de cinco meses, y no de dos años cinco meses que en realidad tenía a su ingreso.

Su problema de hipertonia fue un limitante más, aunque esto se controlaba por medio de masajes y terapia en arena caliente para relajamiento de músculos y ya logrando un tono muscular aceptable era posible trabajar en sus ejercicios.

En el proceso que llevábamos ya, se dieron regresiones en varias ocasiones, debido a que faltó a un gran número de sesiones, aproximadamente un 50%, y en muchas otras. Llegó tarde, por lo que las sesiones se acortaban. A pesar de ello, regresábamos al punto antes logrado.

La falta de asistencia regular provocó una serie de cortes en el programa, que no permitía avanzar al ritmo que se hubiera querido.

La falta de interés en la señora se notó también desde el principio del programa, al no entregar ningún documento y después con la actitud de indiferencia durante el tiempo de trabajo y el poco trabajo en casa, que era evidente.

Las constantes faltas a las sesiones, se asociaron a problemas familiares que se vio repercutían también en las regresiones que presentaba la niña.

Se concluye entonces que la estimulación proporcionada pudo lograr avances a pesar de esta serie de elementos que aquí se mencionan y se infiere que de tener todos esos puntos a favor, la mejoría habría sido mucho mayor.

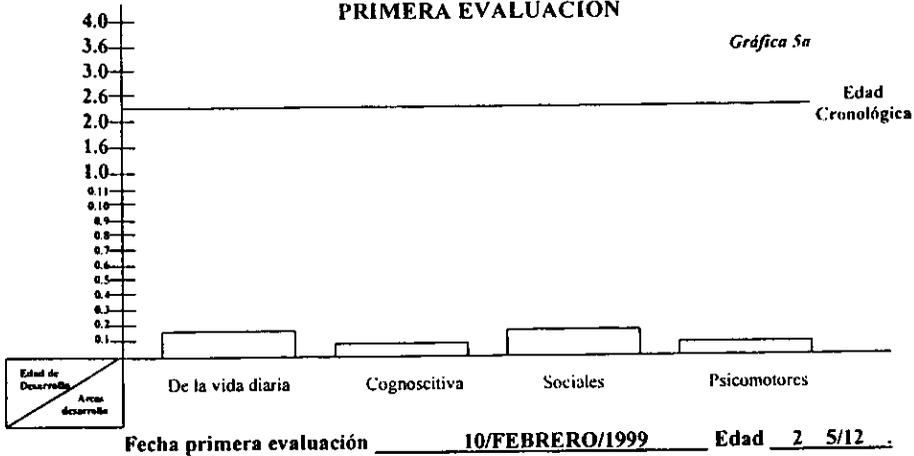
Con Joselyn, igual que en otros casos anteriores, es necesario crear un equipo multidisciplinario que permita atacar al mismo tiempo todas las áreas de desarrollo, pero desde diferentes enfoques, para mejores resultados.

Se le sugirió acudir a alguna clínica de rehabilitación que pueda atacar directamente el problema motor, y atención médica que ayude a superar los problemas de desnutrición y bajo peso. Debe seguir también al mismo tiempo en algún programa de estimulación, o incluso con la cooperación de los padres, se podría llevar el seguimiento de éste en casa, ya que se considera, se le dieron los elementos para continuar al tratar de involucrarla con responsabilidad y afectividad en el problema de su hija.

CASO No. 5

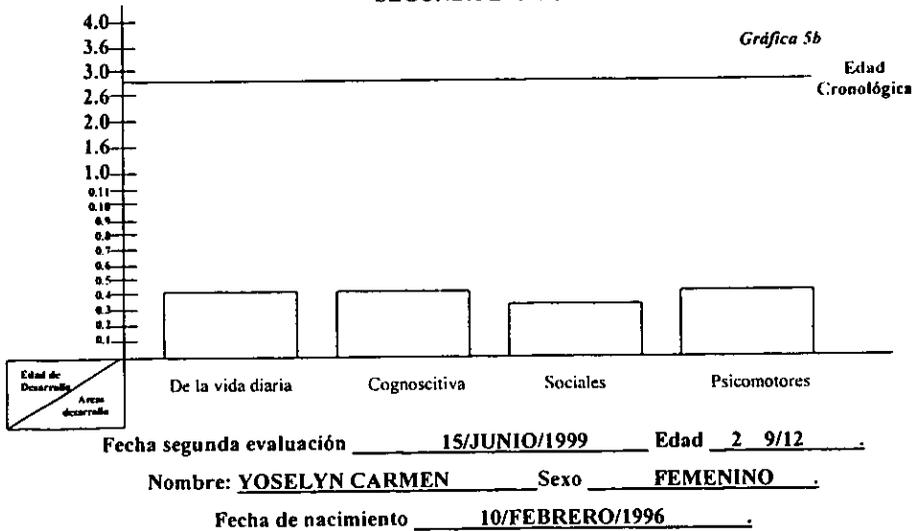
PRIMERA EVALUACION

Gráfica 5a



SEGUNDA EVALUACION

Gráfica 5b



Gráfica 5.- Estas gráficas (5a y 5b) muestran que Joselyn presentó avances limitados debido a la poca cooperación de los padres, pero aun así hubo incremento en la edad de desarrollo obtenida en la segunda evaluación, aproximadamente de dos meses en general sobre la primera. Los resultados mostraron que la estimulación brindada a la niña causó efecto positivo.

CASO 6. FERNANDO

El avance de Fernando fue significativo en las áreas de psicomotores y de la vida diaria, ya que aumentó en promedio un año en su edad de desarrollo.

Aquí se notó que con la sola estimulación pudo lograrse esto, ya que el niño como se explicó antes, no tenía esas fuentes de estimulación hasta el inicio del programa. En el área social, ha costado un poco de trabajo llegar a superar el apego con la abuela materna porque continúa siendo la persona con quién más convive.

En Fernando se lograron en general conductas de auto cuidado, y se logró que su mamá mostrara mayor interés en su recuperación.

Ingresó a educación preescolar y se espera que de esta manera alcance rápidamente un nivel de socialización aceptable para su edad. Aquí la mayor limitante para ello es la casi total ausencia de lenguaje, debe aclararse que el área cognoscitiva fue la que menos avances reportó y cabe mencionar que mientras no se logre por lo menos un nivel medio en éste aspecto del área cognoscitiva, no se podrá llegar a una completa socialización, porque se dificulta la comunicación con él.

Queda entonces, nuevamente comprobado que todas y cada una de las áreas de desarrollo están estrechamente ligadas entre sí y una conlleva a la otra.

Debemos aprovechar para analizar la influencia del medio ambiente y su interacción con él, para empezar, Fernando ha vivido la mayor parte de su vida encerrado en un pequeño núcleo familiar que no permitía el aprendizaje de conductas que pudiera aprender fuera de él.

La abuela materna, quien se hace cargo de él, es una persona mayor, que limitada por su edad, por la situación económica en que viven y la responsabilidad de cuidar y

atender prácticamente sola a dos niños pequeños, no se atreve a buscar otras fuentes de estimulación para ello (paseos, cine, teatro, jardines, amiguitos, etc.).

Al no existir la figura paterna en su perspectiva, Fernando presenta confusión en cuanto a saber que existen reglas que hay que cumplir, y esto ha afectado en su educación. El apego con la abuela es además por la sobreprotección que recibe de parte de ella al sentirlo indefenso, hecho que provoca más tardanza al aprender actividades que debe realizar por sí mismo.

Con el lenguaje pasa algo parecido: el niño tiene la capacidad de emitir fonemas, pero no lo hace porque está acostumbrado a que todo se le dé sin pedirlo, así que no se esfuerza en querer hablar, pero se logró que aumentara por lo menos un poco el pequeño repertorio que ya existía. Parece ser que está comenzando a comprender la función que el hecho de hablar tendrá en su vida diaria y ahora emite más sonidos, sólo falta que los comience a asociar con acciones y con sus propias necesidades. Se espera también que al haber aprendido imitación, él continúe llevándola a cabo por sí mismo, aún con sus mismos compañeros de escuela y se vean mejorías posteriores.

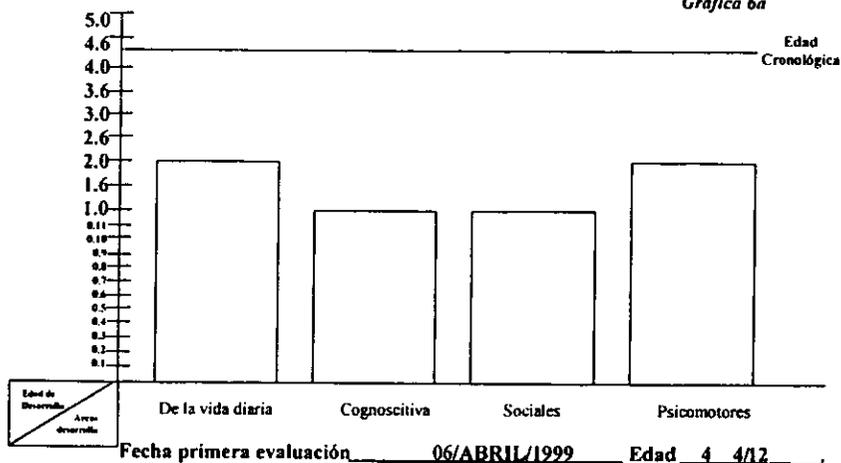
En general, aunque los avances son limitados y no puede hablarse todavía de que se superó una etapa, se aumentó la edad de desarrollo y se seguirá trabajando hasta lograr avances más significativos.

Con el ingreso a la escuela regular, se espera que el alcance sea mayor, ya que se estimularán igualmente todas las áreas de desarrollo, pero con el beneficio de la convivencia diaria con otros niños.

CASO No. 6

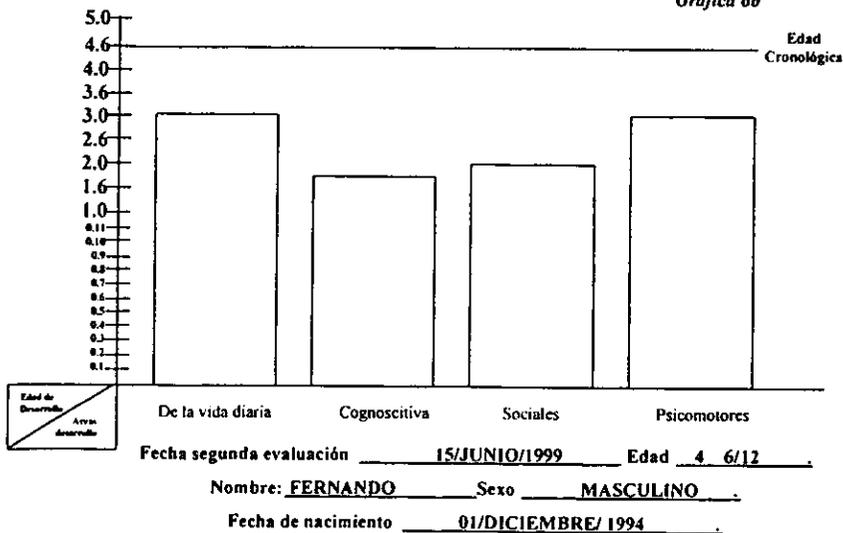
PRIMERA EVALUACION

Gráfica 6a



SEGUNDA EVALUACION

Gráfica 6b



Las gráficas 6a y 6b muestran que este fue uno de los casos en que mejores resultados se obtuvieron en muy poco tiempo. La edad de desarrollo aumentó en promedio un año en todas las áreas.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los seis casos en que se trabajó en esta investigación, se pudo comprobar una vez más que los primeros años en la vida de un niño son especialmente importantes para su desarrollo. Aquí vimos que generalmente existe algún elemento que provoca se detenga el desarrollo normal del niño, ya sea desde un impedimento físico (Caso 4 y Caso 5), por problemas durante o después del nacimiento (Caso 2 y Caso 3), o simplemente por la falta de estimulación adecuada en la primera etapa (Casos 1 y 6).

A través del tiempo en que se trabajó con cada uno de los niños, pudimos ver que ellos siempre tienen la posibilidad de mejorar en algo o en mucho la adaptación a su medio y a la sociedad. Tienen capacidad de aprender cosas nuevas e importantes para sí mismos, sin importar si es a un ritmo lento o rápido, aquí lo realmente importante es que quien rodea al niño, note la necesidad de proveerlo de los elementos de los cuales carece y se involucre enormemente con el deseo y la responsabilidad de ayudarlo a lograr los avances necesarios para alcanzar el nivel requerido.

Para ello, diremos que los primeros en cuanto a cercanía e interés por el niño son los padres y deben ser ellos, quienes al encontrarse en una circunstancia de este tipo, deben inicialmente aceptar al niño tal como es y a partir de ahí, ser realistas en cuestión de entender que tienen un niño diferente y especial al que deberán estimular en el marco familiar de una forma permanente.

Enfocar todos sus esfuerzos y su amor hacia la solución del problema y evitar que se desencadenen problemas secundarios derivados del asunto real en que la prioridad debe ser el niño y su atención. Deben evitarse discusiones entre la pareja, sentimientos de culpa, rechazos, y todo lo que en lugar de ayudarlos a sobreponerse los hunda más en el

abismo de la incompreensión, tanto entre ellos mismos como hacia el elemento principal: "El Niño", solamente se logrará distracción hacia otros aspectos evitando una rápida intervención y perdiendo un tiempo valiosísimo que podría de otra manera aprovecharse a favor de él.

A partir de la aceptación del niño y la responsabilización por lograr su mejoría, deben informarse sobre el problema específico y buscar alternativas de solución, así como los profesionales o centros adecuados para su atención; debe buscarse un equipo multiprofesional, seguir rigurosamente el programa trazado por él y continuarlo todos los días en casa. Adquirir continuamente mayor información sobre el tema e irse preparando técnicamente para aportar medios educativos y rehabilitadores al pequeño.

En el caso de los padres que asistieron a terapia para superar la crisis parental y lograron la aceptación de su hijo con N.E.E. (casos 1 y 4), pudo comprobarse que son padres más cooperativos y comprometidos con sus hijos, se desborda el interés por lograr mejorías en sus niños, acatan la terapia lo más apegada posible al programa y además aportan, por ejemplo creándoles materiales y ambientes parecidos a los que se tienen en el centro y que se utilizan en las sesiones, para poder continuar en sus casas con el mismo sistema de estimulación, pero en su ambiente familiar.

Los padres de otros niños a quienes se brindó la intervención (Caso 2 y Caso 5), no asistieron sistemáticamente a la terapia para aceptación del problema, al que también fueron invitados y esto se notó en que faltaban también de manera intermitente a las sesiones de intervención y al ser poco consistentes se lograron avances limitados en el desarrollo del niño. Suponemos habrían sido más estos progresos si ellos hubieran aceptado más a sus niños y les brindaran el mismo interés y apoyo.

Entonces, parece ser que la aceptación del problema por parte de los padres, se refleja en los logros obtenidos en el programa. Es notorio que al aceptarlo se dan cuenta que es necesaria su participación para poder ayudar a su hijo. Se mencionó desde el principio la necesidad de los niños de pasar de una etapa de desarrollo a la siguiente, para lograr un desarrollo completo y adecuado. Si existe algún problema, de cualquier índole que éste sea (como en los casos aquí presentados), esto provocará que tal desarrollo no se de en la medida que se espera. Lo que está en nuestras manos es primeramente contar con la aceptación de los padres, y a partir de ahí brindar al niño toda la ayuda posible, proporcionándole la mejor estimulación de una manera adecuada y temprana. Si los padres están conscientes de que su hijo necesita toda la ayuda que puedan brindarle, la proporcionarán y de acuerdo a ello se lograrán mejores resultados, él llegará a tener un desarrollo acorde a su edad cronológica y esto redundará en una mejor calidad de vida logrando su autosuficiencia.

También el tiempo en que se comienza la intervención en cuestión de edad, es particularmente importante, puede decirse que el niño que se comienza a estimular en los primeros meses de vida tiene mayores elementos a su favor para aprender y desarrollarse: uno que ya lleva cuatro años con un rezago de aprendizajes, tiene que aprenderlo todo al mismo tiempo y debe comenzarse igualmente por las primeras etapas por las que en relación a edad cronológica, ya debería haber atravesado, esto ocasiona que no pueda existir la misma facilidad para aprender, aunque siempre la posibilidad de enseñarles. Este fue el caso de Brenda y Fernando (Casos 1 y 6 respectivamente), quienes ingresan al programa ya contando con una edad que sería, el límite para proporcionar Intervención Temprana. Los dos se encontraban en ese momento a punto de ingresar a educación preescolar, se trabajó lo más posible en que logaran los elementos necesarios para el nivel con el que deben continuar. Aquí fue también un tiempo de preparación, para que al llegar a otra institución supieran y pudieran integrarse al grupo de niños que les

correspondería a cada quien. Con Brenda (Caso 1), los logros en su desarrollo fueron muy notorios, pensamos que los problemas de lenguaje aún existentes al momento de terminar la intervención serían fácilmente superados en jardín de niños regular, apoyándose con algún otro tipo de terapia de lenguaje; en cambio, con Fernando (Caso 2), se detuvo la intervención tan solo simbólicamente para efectos de dar un reporte en esta investigación, pero será necesario continuar con un tratamiento adicional además de su ingreso a jardín de niños regular, debido a que los logros fueron menos notorios y son más las áreas en las que aún existe deficiencia a pesar de sus avances.

De cualquier manera, se consideró importante en ambos casos apoyarse en la educación preescolar, para continuar con otro tipo de estimulación, pensándose que de su ingreso y asistencia a este nivel escolar, se podrán obtener otros elementos importantes en el desarrollo de estos niños, por lo que se les canalizó a integrarse a escuelas regulares de educación preescolar.

Estos elementos importantes que de aquí se habla, son entre otros, la socialización que se adquirirá conviviendo con otras personas, con las cuales de otra manera no tendrían acceso y que es particularmente importante para la vida en sociedad; sobre todo con Fernando (Caso No.6), es necesario brindarle este tipo de elementos, porque estaba materialmente aislado y restringido a convivir sólo con sus familiares más cercanos, que además de no ayudarlo lo sobreprotegían (sobre todo la abuela), y esto no iba a permitir que él buscara los medios por sí mismo, para pasar a la siguiente etapa de desarrollo.

Otro elemento a analizar en este caso, es que en su familia no existe la figura paterna y su madre toma ese rol, la abuela es realmente la mamá y existe confusión en el niño respecto a la identificación de esos papeles. Se logró inicialmente involucrar a la mamá por lo menos en responsabilizarse de la asistencia del niño a la escuela; se le dijo

que debería ser ella quien lo llevara y lo recogiera. ya que el niño no salía de su casa si no era con la abuela, intentamos de esta manera comenzar a atacar el apego exagerado con una y buscando la relación con la otra, que se espera sea el primer paso a una buena socialización.

Además, tomando en cuenta que a los cuatro años de edad, que ellos ya cumplen, es requisito asistir a este nivel de escolaridad.

En otros casos, en que los niños no requieren todavía ingresar a educación preescolar, también fue necesario canalizarlos con otro tipo de especialistas a quienes competen estos asuntos por tratarse específicamente de rehabilitación, como sucedió con Lupita (Caso 3), Miguel Angel (Caso 4) y Joselyn (Caso 5).

Ellos requieren de otro tipo de atención adicional, ya que la estimulación siempre es benéfica y lo comprobamos en los logros obtenidos, pero es necesario brindarles también terapias médicas y de rehabilitación a las que sólo los profesionales en esas áreas tienen acceso y mayores elementos para intervenir, y son áreas en las que un psicólogo aún con amplia información y con interés de aprender, no es posible que se involucre. Por ética debe dejarse intervenir en este campo a la gente realmente capacitada para ese fin. Lo que se considera mejor, es formar un equipo multidisciplinario del que puedan tenerse elementos para abordar cada problema de manera correcta y simultáneas para así ayudar mejor al niño.

Por lo pronto, estos niños fueron canalizados a otros centros de rehabilitación y con especialistas a los que les compete cada caso, porque si se continuaba con ellos aquí, no sería integral el desarrollo que se lograra en ellos.

En el caso de Nadia Yesica (Caso 2), vimos algunos logros, pero hubo también inconsistencia en su asistencia a las sesiones, y sondeando a su mamá se encontró que era

por problemas familiares y por inaceptación del problema. Tal vez, en el caso de que hubiera asistido a un mayor número de sesiones de manera secuenciada, se habría notado más la mejoría; en general, vimos que la niña se socializó y empezaba a tratar de comunicarse más, además de los logros personales en cuanto a motricidad y otras áreas, pero con ella es necesario se siga dentro de un programa de intervención temprana, hasta que por edad sea necesario que pase a educación preescolar y para entonces, se espera que ya tenga los elementos necesarios para cubrir esta etapa.

En general, comparando en cada niño, entre la primera evaluación a su llegada al programa, y la segunda después de la intervención. Se notó una mejoría basada en el tipo de estimulación que se brindó, que no se da en su casa sin tener el conocimiento para ello, dado que son niños que en muchas ocasiones aún en la época actual, se les confina a un rincón y se limita a darles de comer para mantenerlos con vida, pero sin brindarles ningún tipo de estimulación, ni apoyo para ayudarlos a pasar por las diferentes etapas de desarrollo, quizá porque se espera que lo hagan por sí mismos y sin requerir ningún tipo de ayuda. Por eso es necesario brindar a los padres, cualquiera que sea el caso, aún con niños que no presentan problemas de desarrollo, toda la información necesaria y hacerles saber que es necesario aceptar a cada niño tal como es, y primero amarlo, para después poder ayudarlo, ya que ellos necesitan aprender a vivir en el mundo en el que nacieron y hay que llevarlos paso a paso por un aprendizaje que los lleve a lograr en lo futuro una vida digna e independiente dentro de la sociedad.

Esto se logrará solamente, proporcionando siempre al niño estímulos adecuados a su desarrollo evolutivo, tanto en su forma cualitativa como cuantitativa, siguiendo las etapas de desarrollo por las que debe atravesar, (Anexo 3) y estando en permanente contacto con el equipo multiprofesional para evaluar progresos y planificar nuevas adquisiciones y estrategias.

DISCUSION

Los resultados obtenidos en este estudio nos hacen reafirmar lo planteado y saber que la Estimulación Temprana es un medio eficaz para ayudar a que un niño logre su paso por las diferentes etapas de desarrollo.

La teoría de Piaget desde nuestro punto de vista muestra la importancia de la primera etapa en la vida, la infancia temprana, nos pareció la teoría más aceptable y bien fundamentada para fines pedagógicos, como los del presente trabajo, ya que se enfoca al desarrollo integral del niño, tomando en cuenta su relación con el medio ambiente. Al mostrarnos el desarrollo en etapas, brinda un punto de comparación en el que puede basarse cualquier estudio. Para este autor no es determinante la separación de un periodo y otro en cuanto a edad, pero sí da la base para saber que se está llevando un desarrollo adecuado.

Otras teorías también nos hablan de la primera infancia y su influencia en la vida del individuo, pero vistas desde otros enfoques, que en este caso no habrían sido totalmente adaptables, ya que son demasiados los factores que influyen en el entorno de un niño, comenzando por los papás, que al conformar su primer y más cercano medio ambiente son los directamente comprometidos en el buen desarrollo y educación del pequeño, pero desgraciadamente no siempre sucede así. Cuando son niños con N.E.E., se presentan situaciones adicionales que pueden detener aún más el desarrollo.

La mayoría de las veces existen muchas dudas y dificultades para la aceptación del problema, por lo que los padres, o por lo menos uno de los miembros de la pareja se encuentra afectado porque el niño tenga N.E.E. y ni siquiera comprenden el hecho, o les es difícil aceptarlo, entran en una crisis en la que confunden si existen o no limitaciones,

hay sentimientos de culpabilidad y generalmente rechazo, que incluso puede enmascararse o irse hacia el extremo contrario: la sobreprotección, que a final de cuentas es igual de dañina porque también impide al niño desarrollarse adecuadamente, si no se le permite experimentar y aprender.

Lo importante aquí es que si se logra primeramente una aceptación por parte de los padres, habrá un mayor avance en el niño debido a que al entender su función se van a responsabilizar; por otro lado, los padres necesitan también que se les de su espacio, atención y comprensión, que puede ser parte de nuestra función como psicólogos ya que si no se les acorrala en reproches y exigencias en cuanto a explicaciones, se sentirán reconfortados, aportando en beneficio de su niño y no volviéndose en contra de él.

Este trabajo, podría tomarse como parte de un continuo en el desarrollo del niño, en el que ya la primera parte estuvo realizada al presentarse algunos de los padres a una terapia enfocada a la superación de dicha crisis, se recibió a algunos niños ya con muchos puntos a su favor desde que los padres se muestran más cooperativos y les brindan atención y un espacio propio, además de percibir a sus hijos como seres humanos que sienten, que piensan y que tienen la capacidad de aprender y superar sus limitaciones. Esta investigación nos dio además la oportunidad de comparar el desarrollo de un programa de Estimulación Temprana en niños cuyos padres han acudido a un apoyo, con el de niños cuyos padres no lo han hecho. Se pudo observar que los padres que no han asistido nunca a ninguna terapia de este tipo, no han tenido la manera de mostrar ni darse cuenta ellos mismos de que si dejan de sentirse culpables o de huir, como muchas veces sucede, su hijo será el único y más beneficiado, proporcionándole los medios para lograr un buen desarrollo y la mejor manera es por medio de la Estimulación Temprana.

En teorías como el psicoanálisis por ejemplo, se podría trabajar directamente con los padres, para que ellos desde lo subjetivo puedan saber y encontrar lo que su influencia y su propio rol representa para el desarrollo adecuado de su niño. El papel de los padres es indiscutiblemente determinante en el progreso que presenta o no el niño con N.E.E. Es necesario llevarlos a hacer una introspección propia y saber qué puede hacerse en beneficio de su hijo, quererlo realmente, no desaparecer, estar siempre ahí porque él lo necesita, ayudarlo realmente a pensar que es un niño que merece todo el respeto que se debe dar a un ser humano y todo el amor que merece un hijo.

En resumen, el estudio aquí presentado permitió confirmar que en la primera infancia y enfocándonos sobre todo a los niños con N.E.E. pudo comprobarse que la presencia de la figura paterna y en general el rol social de cada uno de los padres, así como la participación que tengan en su educación, tienen una gran influencia en el desarrollo de los niños. No se ahondó mayormente en este asunto por tenerse un objetivo primordialmente pedagógico donde se buscaba específicamente el avance y desarrollo de cada uno de los niños mejorando otros factores de su medio ambiente. Este objetivo se cumplió y tales avances se vieron reflejados en los logros obtenidos por los niños; aún así, se tomó en cuenta este punto en el desarrollo de cada programa y en el análisis de resultados, además de involucrar a los padres en la aplicación de los mismos para que la aportación de la Estimulación Temprana brindada al niño se llevara a cabo de manera positiva.

No debe perderse de vista que el objetivo aquí planteado tal vez en la función de un psicólogo sea el último eslabón y no debe dejarse de lado ninguno de los otros factores, pero desde ese punto de vista se cumplió con él y solamente se realizó la separación simbólica para fines de comparación en este estudio, pero ahora más que nunca sabemos que el medio ambiente influye grandemente en el niño y como tal debe ser parte de

nuestro perfil Psicológico. La aportación de la Estimulación Temprana en Niños con N.E.E., es el máximo beneficio que podemos darle, mejorando lo más posible su medio ambiente.

B I B L I O G R A F Í A

- Ardila, Rubén. (1975). "Psicología del Aprendizaje". Siglo XXI. México. p.p. 26-27
- Atkin, Lucille C. (1987). "Paso a paso; Cómo evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños". UNICEF. México.
- Benjamin, B. (1988). "Un niño especial en la familia; Guía para padres". Trillas. México.
- Bijou, S. W. (1982). "Psicología del desarrollo infantil". Vol. 3 La etapa básica de la niñez temprana. Trillas. México.
- Bijou, S. W. Y Baer, D. M. (1975) "Psicología del desarrollo infantil". Vol. 2 Lecturas en el análisis experimental, Trillas. México.
- Brazelton, T. Berry. (1993). "La relación más temprana; Padres, bebés y el drama del apego inicial". Paidós. España.
- Bricker, Diane D. (1991). "Estimulación temprana de niños en riesgo y disminuidos; de la primera infancia a preescolar". Trillas. México.
- Caldwell, B. (1989). "Educación de niños incapacitados". Trillas, México.
- Chávez A. y Martínez, C.: "Nutrición y desarrollo infantil". Interamericana. México, 1979. p. p.
- Cruickshank, M. William. (1981). "El niño con daño cerebral en la escuela, en el hogar y en la comunidad". Trillas. México.
- Cunningham, Cliff. Hilton, Davis. (1995). "Trabajar con los padres". Siglo XXI. México.
- De la Paz, Carmina. (1996). "Lista de Verificación del desarrollo del niño; aspectos del desarrollo del niño; diagnóstico". S.E.P. México.
- Delval, Juan. (1991). "Crecer y Pensar". Paidós. México.
- Delval, Juan. (1978). "Lectura de Psicología del niño". Alianza Editorial. Madrid.

DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL. "Guía para la Intervención Temprana". México, 1984.

Ellis, Norman E. (1978). "Planteamiento de programas para la estimulación precoz de los disminuídos". Las Paralelas. Buenos Aires.

Evans, Ellis D. (1997). "Educación infantil temprana; tendencias actuales". Trillas. México.

Galindo E. Bernal T., Hinojosa G., Galguera M. Isabel, Taracena E., Padilla F. (1983) "Modificación de conducta en la educación especial". Diagnóstico y programas. Trillas. México. p-18

García, J. (1992). "Psicología Evolutiva y Educación Preescolar". Santillana. México. p.p. 118-123

Gisbert Alós, José. (1980). "Educación Especial". Cincel. España.

Gómez, Palacios Margarita. "Guía para la Intervención Temprana". Dir. Gral. De Educación Especial. S.E.P. México, 1984.

H.G. Furth. Wachs, H. (1978). "La Teoría de Piaget en práctica". Kapeluz. Buenos Aires.

Jordi, S. (1989, 2da. Edición). "La estimulación precoz en la educación especial". Educ. CEAC, Perú.

Klausmeier, H. (1966). "Psicología Educativa: Habilidades humanas y aprendizaje". Harla, México.

López, Rafael. (1975). "El niño y su inteligencia". Monte Avila Editores. Caracas Ven.

Maier, Henry. (1991). "Tres teorías sobre el desarrollo del niño". Amorrortu editores. Buenos Aires.

Montenegro, A. Hernán : Consideraciones generales sobre Estimulación Temprana. En : "ESTIMULACIÓN TEMPRANA; importancia del ambiente para el desarrollo del niño". (1978). Bralick S.; Haeusler, I. M. Lira, M. I. ; Montenegro, H. Y Rodriguez S. Santiago de Chile, UNICEF, p.p. 13-35

Moraleda, Mariano. "Psicología del desarrollo; Infancia, Adolescencia, Madurez y Senectud". Boirareu Universitaria. España.

Palacios, Jesús. Mora, Joaquín. "Desarrollo Psicológico y Educación". T. 1 p.p.

Picq Louis. Vayer Pierre. (1969). "Educación psicomotriz y retraso mental". Científico Médica.

Saunders, Richard (1920). "Perspectivas Piagetianas en la educación infantil". M.E.C. Morata, Madrid.

Stevens, Joseph H. (1977). "Administración de programas de educación temprana y preescolar". Trillas. México.

Stone L. J. y Church (1980). "Psicología y Psicopatología del Desarrollo". Hormé, Buenos Aires. p.p. 24-49

Torres, G. Alejandra, "Puericultura. Programa básico de estimulación temprana" Revista Mexicana de Puericultura y Pediatría, 1993. Vol-1 (Núm. 1), 6-11.

UNICEF (1988). "Currículum de Estimulación Precoz". Equipo Editor. México.

UNICEF. (1978). "Estimulación temprana; Importancia del ambiente para el desarrollo del niño". Alfabetá Impresores. México.

UNICEF. Procep. "Aprendiendo Juntos". Guía de padres para apoyar el desarrollo de sus niños en los primeros seis años. (1988)

ANEXO 1

HOJA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE _____ EDAD _____

DIRECCION _____

TELEFONO _____

NOMBRE DE LA MAMA _____

ESCOLARIDAD _____

OCUPACIÓN _____

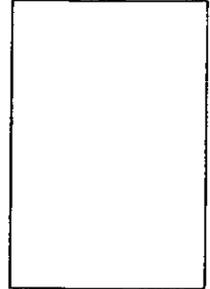
NOMBRE DEL PAPA _____

ESCOLARIDAD _____

OCUPACION _____

FECHA DE INGRESO _____

HORARIO _____



ANEXO 2
ENTREVISTA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

FECHA DE ENTREVISTA : _____

NOMBRE : _____

SEXO : _____ EDAD : _____ FECHA DE NAC. : _____

DIRECCIÓN : _____ TELEFONO : _____

HORARIO DE ATENCIÓN : _____

NOMBRE DE LA MADRE : _____ EDAD : _____

ESCOLARIDAD : _____ OCUPACIÓN : _____

NOMBRE DEL PADRE : _____ EDAD : _____

ESCOLARIDAD : _____ OCUPACIÓN : _____

EN QUE HOSP. FUE ATENDIDA LA MADRE : _____

NUMERO QUE OCUPA ENTRE LOS HIJOS : _____

CONDICIONES GENERALES DE SALUD: _____

EMBARAZO : (infecciones, ingesta de medicamentos, toma de radiografías, metrorragias, cefalea, hipertensión arterial, edemas, erupciones cutáneas durante 3 días con o sin fiebre, adenopatías, rubéola, amenaza de aborto, fumadora, con alcohol, con droga, algún padecimiento, herencia).

TIEMPO DE GESTACIÓN EN SEMANAS : _____

PESO AL NACER : _____ ESTATURA : _____ APGAR : _____

PROBLEMAS DURANTE EL NACIMIENTO: _____

(duración prolongada por: inercia uterina, falta de dilatación del cuello, rápido. presentación de nalgas, prematuridad, ausencia de llanto, cianosis, convulsiones, paro respiratorio). _____

PARTO POR VÍA : (normal cesárea) _____

CON ANESTESIA GENERAL, LOCAL, NATURAL : _____

NEONATAL :

(encefalitis, meningitis, traumatismo craneoencefálico, deshidratación, anemia, fiebre)

ALIMENTACIÓN

LECHE MATERNA: SI NO (hasta qué edad y por qué la dejo).

OTRAS LECHES : (cuál y en qué edad)

PRIMEROS ALIMENTOS : (como cuáles y a qué edad).

ACTUALMENTE COMO COME : (sólo, con ayuda, con utensilios)

PERIODOS DE ALIMENTACIÓN :

HORARIO :

TIEMPO EN COMER :

¿QUÉ DESAYUNA?

¿QUÉ COME?

¿QUÉ CENA?

SE LAVA LAS MANOS ¿CÓMO?

INMUNIZACIONES :

ACTUALMENTE DONDE LLEVA EL CONTROL MÉDICO :

PADECE CONVULSIONES : SI NO CON QUE FRECUENCIA

¿CÓMO SON LAS CONVULSIONES?

¿TOMA MEDICAMENTO?

¿CON QUÉ FRECUENCIA?

¿ACTUALMENTE PADECE ALGUNA ENFERMEDAD? (edad, tiempo, operaciones, fracturas, intoxicaciones)

FUNCIONAMIENTO DE APARATOS :

RESPIRATORIO : _____

CIRCULATORIO : _____

DIGESTIVO : _____

GENITO-URINARIO : _____

CORAZÓN : _____

FUNCIONAMIENTO DE SENTIDOS :

VISTA : _____

OIDO : _____

GUSTO : _____

OLFATO : _____

TACTO : _____

RELACIONES INTERPERSONALES: (mamá, papá, hermanos, otros)

¿CÓMO LO DESCRIBIRÍA? (carácter) : _____

¿A QUIÉN PREFIERE ? (por qué) : _____

_____ CUANTO TIEMPO PASAN JUNTOS _____

¿POR QUIÉN SIENTE RECHAZO? (por qué) _____

JUEGO PREFERIDO : _____

JUGUETE PREFERIDO : _____

SUEÑO : _____

PERIODOS : _____

¿ CÓMO DUERME ? : _____

MANERISMOS O TICS : _____

BREVE HISTORIA DE LA MADRE : (parientes, enfermedades, etc.) :

BREVE HISTORIA DEL PADRE : _____

¿ COMO ES LA RELACIÓN DE PAREJA ? : _____

¿ CÓMO ES LA RELACIÓN CON SU HIJO ? : _____

¿ SU HIJO FUE DESEADO ? : _____

NUMERO DE HIJOS, ABORTOS (causa). MUERTOS (causa).

¿ CÓMO ES LA VIVIENDA ? : _____

¿ QUÉ SERVICIOS TIENE ? : _____

CON QUIÉN VIVE : _____

CÓMO ES CON QUIÉN VIVE : _____

DESARROLLO PSICOMOTOR :

A QUE EDAD SOSTUVO LA CABEZA : _____

A QUE EDAD SE SENTO : _____

A QUE EDAD GATEO : _____

A QUE EDAD EMPEZO A DAR PASOS : _____

A QUE EDAD CAMINO : _____

A QUE EDAD CONTROLÓ SUS ESFINTERES : _____

¿ CÓMO LE ENSEÑA A CONTROLAR SUS ESFINTERES ? : _____

¿ QUÉ EMPLEA PARA ENSEÑARLE ? : _____

OBSERVACIONES : _____

ANEXO 3
TABLA DE DESARROLLO

EDAD CRONOLOGICA	COMPORTAMIENTOS O ACTIVIDADES GENERALES	ETAPA DE DESARROLLO SEGÚN PIAGET
0-1 MES	Reflejas. Manos cerradas. Sin control de cuello	Sensoriomotora. (uso de reflejos)
1-2 MESES	Respuesta facial-social. Distingue a la madre. Balbucea a, e, u. Acepta pasivamente el cambio de ropa. Cabeza erecta algo tambaleante.	Sensoriomotora
2-3 MESES	Manos abiertas o brevemente cerradas. Trata de alinear la cabeza levantándola. En supinación trata de alcanzar objetos. Observa sus manos. Balbucea. Reconoce la voz de su mamá. Reconoce el biberón. Agita su ropa con las manos.	Sensoriomotora
3-4 MESES	En supinación mantiene la cabeza en línea media. En pronación intenta rodar. Sostiene los objetos y los lleva a la boca. Aumenta la actividad de los brazos.	Sensoriomotora (uso de reflejos) Primeros hábitos y reacciones oculares primarias
4-5 MESES	Comienza a oponer el pulgar, intenta palmear. Sentado mantiene la cabeza firme volteando hacia el frente.	Sensoriomotora
5-6 MESES	Mira intencionalmente objetos próximos. Sigue con los ojos objetos en movimiento. Grita y llora cuando la mamá se aleja. Abre la boca para recibir el alimento. Se resiste al baño. Prensión palmar simple. Agarra objetos a su alcance. Sostiene un objeto y mira otro.	Sensoriomotora

6-7 MESES	<p>En supino se toma los pies y juega con ellos. Demuestra las primeras reacciones de equilibrio. Rueda a prono. Distingue personas conocidas de extraños, vocaliza. Percibe sonidos más lejanos y gira la cabeza hacia la fuente. Bebe en vaso. Permanece seco durante algunas horas.</p>	Sensoriomotora
7-8 MESES	<p>Toma alimentos sólidos. Emite sonidos vocálicos polisilábicos. Reacciona ante extraños. Se reconoce y acaricia su imagen en el espejo. En supino, levanta la cabeza. Prensión palmar-radial. Se mantiene de pie, apoyado.</p>	Sensoriomotora Coordinación de visión y aprehensión
8-9 MESES	<p>En prono, gira el cuerpo. Sentado, permanece un minuto erecto sin apoyo. Sostiene el cuerpo en posición de gateo. Agarra utilizando el pulgar. Prensión deficiente, tipo inferior, en tijera.</p>	Sensoriomotora
9-10 MESES	<p>Imita sonidos, observa su ambiente. Se alegra en compañía de los padres. Sostiene el biberón, sostiene un objeto con la mano y lo lleva a la boca. De pie se apoya sosteniendo todo su cuerpo. Prensión tipo ligera coloca objetos dentro de cajas.</p>	Sensoriomotora.
10-11 MESES	<p>Ecolalia, dice adiós y golpea las palmas. Coloca los pies en el suelo y da los primeros pasos. Sentado permanece firme indefinidamente. Se yergue apoyado en las dos manos o en una de ellas.</p>	Sensoriomotora. Coordinación de esquemas secundarios y su aplicación a situaciones nuevas.
11-12 MESES	<p>Camina con ayuda o apoyo. Movimiento de pinza superior. Sentado usa los brazos como apoyo para no caer. Agarra objetos dentro de cajas. Obedece órdenes simples. Trata de atraer la atención de las personas. Reacciona al llamado por su nombre.</p>	Sensoriomotora. Reacción circular Descubrimiento de nuevos medios.

12-18 MESES	Ríe y grita. Usa dos o tres palabras además de mamá y papá. Responde a palabras inhibitorias. Reacciona al quererle quitar un objeto. Solicita ir al baño. Coopera al vestirlo.	Sensoriomotora Reacción circular.
18-24 MESES	Lenguaje telegráfico. Mira atentamente las figuras de un libro. Se desviste con ayuda. Ayuda en tareas domésticas. alcanzando objetos perdidos. Frasas de tres palabras. Nombra figuras. Se refiere a sí mismo por el nombre. Predominancia del juego paralelo. Pide ir al baño. Imita. Sostiene la cuchara. Sube y baja escaleras solo.	Sensoriomotora Reacción circular. Primera internalización y solución de algunos problemas por deducción.
2-3 AÑOS	Construye torres de cubos. Emplea sustantivos. Estructuras de lenguaje se encuentran en etapas de desarrollo. Capacidad de representación. Alterna los pies al subir las escaleras. Salta con los dos pies. Camina en la punta de los pies.	Operaciones concretas. Representaciones preoperatorias preoperacionales. Comienzo de acción internalizada
3-4 AÑOS	Comprende órdenes complejas y conversaciones. comienza a usar oraciones completas. Repite pequeñas canciones. Dice su nombre completo. Dobla papel, sostiene el lápiz correctamente. Corre y tropieza poco. Salta sobre uno y otro pie. Se equilibra en un pie. Pone la mesa y come adecuadamente. Se baña y seca con ayuda. Juega la pelota. Guarda objetos pequeños con rapidez en un frasco.	Inteligencia Representativa. Aparición de funciones simbólicas.

Nota: Aquí sólo se mencionan algunas de las conductas representativas en cada edad. La edad manejada en la tabla es tomada como base en una evaluación.

* Tomada de Guía para la Intervención Temprana
Dirección General de Educación Especial
Dirección Técnica, Depto. De Programación Académica. México, 1984.