



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

**“LA INTERVENCIÓN TEMPRANA EN EL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL.
UNA PROPUESTA PEDAGÓGICA”**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PEDAGOGIA**

**PRESENTA:
NORMA RAMÍREZ HARO**

**ASESORA DE TESINA:
MTRA. VILMA RAMÍREZ BELLORÍN.**



MÉXICO D.F.

FEBRERO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos.

Agradezco a Dios por el don de la vida y por cada una de las bendiciones recibidas a lo largo de ella, pero hoy en especial por permitirme terminar un ciclo tan importante en mi vida.

Gracias papás, por su apoyo y motivación constantes sin los cuales difícilmente estaría terminando este ciclo de mi vida, gracias por estar siempre conmigo y por los sabios consejos, por cada desvelada y tantas desmañadas acompañándome por esta largo camino.

Gracias Ricardo, porque sé que a pesar de todo puedo contar contigo para lo que sea y por tu forma un poco extraña de motivarme a salir adelante.

Gracias Santiago, por estar en mi vida en estos últimos años, gracias por tu apoyo incondicional y tu paciencia, por acompañarme lo más que has podido para que alcance esta meta y por confiar en que puedo hacer cosas grandes.

Gracias a la UNAM y a la Facultad de Filosofía y Letras, por permitirme estar en sus bancas y por darme el orgullo que tendré a lo largo de toda mi vida por contar con una formación universitaria pero sobretodo por ser parte de ella.

Gracias Mtra. Vilma, por su apoyo y sus consejos, por decirme lo que piensa aún sabiendo que no es lo que quiero oír pero necesito saber para mejorar.

Gracias Laura, por tu confianza en mi persona, tus ánimos constantes y tu escucha tan atenta.

Gracias a cada uno de mis sinodales (Mtra. Cecilia, Mtra. Alicia y Mtro. Carlos), por dedicar su tiempo en la revisión de este trabajo y por sus observaciones tan pertinentes.

Gracias a mis amigas, compañeros de licenciatura, primos y demás familiares por su motivación y apoyo constantes y a todos aquellos que sin mencionar aquí han estado en algún momento compartiendo parte de mi vida y contribuyendo a que yo sea mejor ser humano.

*De corazón.
Mil gracias.*

Norma.

Dedicatoria.

*Dedico este trabajo a todas las personas que me quieren
y ven en mi realización profesional una gran satisfacción.*

*Y a todos y cada uno de los niños con discapacidad
de este país, a los que conozco y a los miles que me
faltan por conocer o quizás nunca conoceré...
Este trabajo esta pensado en ustedes.*

INDICE

| | |
|--|-----------|
| Introducción..... | 7 |
| 1. El niño con parálisis cerebral..... | 12 |
| 1.1. Concepto..... | 13 |
| 1.2.Etiología..... | 17 |
| 1.3.Clasificación..... | 20 |
| 1.4.Incidencia. Datos estadísticos..... | 26 |
| 1.5.Características del niño con parálisis cerebral..... | 27 |
| 1.5.1.Físicas..... | 27 |
| 1.5.2. Cognitivas..... | 29 |
| 1.5.3.Comunicativas..... | 31 |
| 1.5.4. Socio-afectivas..... | 32 |
| 1.6. Necesidades terapéuticas del niño con parálisis cerebral. | 33 |
| 1.6.1.Intervención en Rehabilitación. | 35 |
| 2. La intervención educativa en el niño con parálisis cerebral..... | 37 |
| 2.1. Situación educativa actual de los niños con parálisis cerebral..... | 38 |
| 2.2 Legislación y educación especial..... | 45 |
| 3. La intervención temprana, como una práctica educativa..... | 51 |
| 3.1.Definición..... | 52 |
| 3.2.Sustento teórico..... | 56 |
| 3.2.1.Educación en la primera infancia..... | 56 |
| 3.2.2.Postura orgánica..... | 59 |
| 3.2.3. Desarrollo infantil..... | 63 |
| 3.2.4.Factores sociales y ambientales..... | 67 |
| 3.3.Población candidata a recibir intervención temprana..... | 69 |
| 3.4.Beneficios de un programa de intervención temprana. | 73 |
| 4.Propuesta pedagógica de Intervención Temprana para niños con | |
| Parálisis cerebral. | 76 |
| 4.1.Generalidades del programa..... | 77 |

| | |
|---|------------|
| 4.1.1. Ubicación y naturaleza..... | 78 |
| 4.1.2. Duración..... | 78 |
| 4.1.3. Objetivos..... | 79 |
| 4.1.4. Indicaciones generales para realizar el programa..... | 81 |
| 4.2. Materiales requeridos y condiciones del espacio y los participantes..... | 82 |
| 4.3. Programa de trabajo propuesto..... | 86 |
| 4.3.1. Etapa I..... | 86 |
| 4.3.2. Etapa II..... | 95 |
| 4.3.3. Etapa III..... | 104 |
| Conclusiones..... | 113 |
| Anexos..... | 117 |
| Anexo. 1. Escala del desarrollo de Gesell..... | 118 |
| Anexo 2. Formato de entrevista..... | 129 |
| Referencias bibliográficas y hemerográficas..... | 135 |

INDICE DE IMÁGENES.

| No. | Titulo | Pg. | Fuente. |
|-----|--|-----|---|
| 1 | <i>Niño espástico</i> | 21 | Ilingworth, R.S. <i>Desarrollo del lactante y el niño</i> . Trad. Teresa Martín. Madrid: Churchill Livengstone, 1992. p. 343. |
| 2 | <i>Niño atetotico</i> | 22 | Bobath Kerel. <i>Base neurofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral</i> . Trad. Pablo Rubén. Buenos Aires, Médica Panamericana, 1996. p. 92. |
| 3 | <i>Niño atáxico</i> | 23 | Bobath Kerel. <i>Op. cit.</i> p. 87. |
| 4 | <i>Trazos según tipo de P.C.</i> | 24 | Gesell, Arnold. et.al. Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Evaluación y manejo del desarrollo neuropsicologico normal y anormal del niño pequeño y el preescolar Trad. Bernardo Serebrinsk. México: Paídos, 1994. p. 243. |
| 5 | <i>Población atendida en el 2002 por los servicios de Educación Especial SEP</i> | 42 | SEP. Resumen del Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa. México, 2002. p.16. |
| 6 | <i>Servicios de educación especial por estado en el año 2002</i> | 43 | SEP. <i>Ídem.</i> |
| 7 | <i>Sinapsis</i> | 60 | Barnet, Ann. et.al. <i>El pensamiento del bebé</i> . Trad. Edith Zilli. Buenos Aires: Ediciones B Argentina, 2000. p. 24. |
| 8 | <i>Activación cerebral por edad</i> | 61 | Santrock, John. <i>Psicología del desarrollo en la infancia</i> . 3ª ed. Trad. Brenda Navarro Castellet. Madrid: Mc Graw Hill, 2003. p. 121. |
| 9 | <i>Niño alcanzando la sonaja</i> | 86 | Metayer, M.L. <i>Reeducación cerebro motriz del niño pequeño. Educación terapéutica</i> . Trad. Carmen Aldave. Barcelona: Masson, 1995. p.76. |
| 10 | <i>Niño sentado</i> | 95 | Hopkins, Helen. et.al. <i>Terapia Ocupacional</i> . Trad. Sara Padilla. et.al. 8a. ed. España: Médica Panamericana, 2001. p.437. |
| 11 | <i>Niños en andaderas</i> | 104 | Metayer, M.L <i>Op. cit.</i> p.91. |
| 12 | <i>Materiales necesarios para prueba</i> | 119 | Gesell, Arnold. et.al. <i>Op. cit.</i> p. 47. |

*“La educación responde antes a los intereses
de los educadores que a los de los educandos”*

Fernando Savater

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

A lo largo de mi vida personal y profesional he tenido un gran interés en formarme como una especialista en la atención y educación de los grupos vulnerables, especialmente de la población con discapacidad, a partir de este interés durante el tiempo en que estudié la licenciatura en pedagogía me incline a tomar como materias optativas aquellas que me ayudaran en esta formación, al llegar el tiempo de hacer prácticas escolares las realice en una institución que atiende a personas de todas las edades con parálisis cerebral; posteriormente en dicha institución realice otros proyectos educativos que contribuyeron significativamente a mi preparación como pedagoga.

En esta institución aprendí que cuanto más temprano se inicie con un programa para educar y rehabilitar a las personas con parálisis cerebral las posibilidades de que sean personas independientes aumentan significativamente, al irme empapando del tema y querer buscar información al respecto descubrí que la información que existe en su mayoría es literatura médica o bien es para rehabilitadores físicos u ocupacionales, pero de índole educativa para personas con parálisis cerebral hay poca literatura y la existente se enfoca a la educación formal de esta población, es decir, a como se deben adecuar programas, materiales, espacios y mobiliarios para que estos niños cursen su preescolar o cualquier otro nivel de escolaridad, son descripciones de casos, programas encaminados a desarrollar habilidades y destrezas para la vida independiente o en otra área del desarrollo pero generalmente después de los 6 años, o bien, es literatura para preparar talleres laborales para la adolescencia o la edad adulta; esta información aunque útil me pareció que estaba dejando de lado la educación de los primeros años de vida, los cuales marcan la diferencia entre un niño y otro, además de no satisfacer las necesidades de lo que yo buscaba, ya que yo desconocía que era lo que se podía hacer con estos niños, por lo que decidí profundizar en el tema y realizar el programa de trabajo que en este documento se presenta, para contribuir a atender las necesidades educativas de esta población.

Así pues, el presente trabajo tiene como propósitos: profundizar en el conocimiento de los niños que presentan Parálisis Cerebral, ya que en el caso de los pedagogos la información que manejamos referente a la parálisis cerebral es muy escasa y generalmente se centra en las

características generales que presentan, que aunque por nuestra formación no deberíamos manejar, para trabajar con personas con este tipo de discapacidad es de utilidad conocer con mayor profundidad.

También es importante conocer y saber identificar cuales son las necesidades terapéuticas y educativas de dicha población, ya que de pronto creemos que como especialista en la educación no nos corresponde prácticamente nada para su rehabilitación, o bien somos expertos “todólogos” y creemos podemos abarcar prácticamente todos los servicios que requieren y es importante saber que las necesidades que presentan son múltiples y de diversas índoles por lo que demandan de una variedad de especialistas, entre los que nos encontramos los pedagogos pero también los médicos con diferentes especialidades, fisioterapeutas, especialistas en lenguaje, optometristas y otros más por lo que los pedagogos somos parte de un equipo de diferentes especialistas ya sea interdisciplinario o multidisciplinario.

Otro de los propósitos de este trabajo es mostrar la situación actual que enfrentan las familias y los niños con Parálisis Cerebral al buscar atender a sus necesidades; identificar que existe un respaldo legal de origen internacional y nacional que apoya su educación así como las opciones que tienen para recibirla, a partir de lo que propone el Sistema Educativo Mexicano.

Me interesa además, justificar y motivar el cambio del uso del término: Estimulación Temprana por el de Intervención Temprana, ya que ésta es la acepción adecuada para referirnos a los programas para niños con necesidades en edades tempranas, este término se refiere ya a un proceso de apoyo específico encaminado a la reeducación de los niños. Identificar este trabajo como una práctica pedagógica relevante y con amplias posibilidades de crecimiento profesional.

Y finalmente proponer un programa de trabajo para llevar a la práctica por personas que no saben como iniciar el trabajo educativo con niños con Parálisis Cerebral, partiendo para ello de una sencilla entrevista a los padres o a quienes funjan como cuidadores o tutores del niño, una evaluación del desarrollo que permita identificar las capacidades y las necesidades de cada niño, sin importar su edad cronológica, si no que se tomen en cuenta las características que presente al iniciar el programa de intervención temprana, además de buscar incitar a los interesados en el tema a continuar desarrollando nuevas estrategias de aprendizaje a partir de las actividades aquí

propuestas, empleando para ello materiales sencillos, de fácil acceso y estimulante para los niños.

La metodología que se ha empleado para realizar este trabajo ha sido básicamente iniciar con la recopilación bibliográfica y hemerográfica necesaria para profundizar en el tema, posteriormente revisar a conciencia la literatura localizada realizando para ello la lectura y el análisis de la información revisada y finalmente redactar y elaborar la propuesta que se presenta.

El documento está estructurado a partir de los propósitos del mismo, por lo que en el primer capítulo se presentan las generalidades respecto a la Parálisis Cerebral, es decir, su concepto, etiología, clasificación, incidencia, características más comunes de los niños y con ellas las necesidades en rehabilitación que presentarán prácticamente a lo largo de toda su vida.

El capítulo dos abarca la legislación nacional e internacional que respalda la educación de los niños con discapacidad; así como una descripción de las ofertas educativas que el gobierno de nuestro país ofrece a los niños a partir de la reconceptualización de la educación especial.

El capítulo tres abarca lo referente a la Intervención Temprana, iniciando por la definición, posteriormente se presenta un amplio marco teórico dividido en 4 subtemas, estos son: Educación infantil, postura orgánica, desarrollo infantil y factores sociales y ambientales; se presentan estos temas ya que son los que justifican la relevancia y pertinencia de la Intervención Temprana, como un proceso educativo en los primeros años, lo cual genera cambios en la estructura cerebral y favorece el desarrollo en sus diferentes etapas, para finalmente depender del medio ambiente en el que se encuentre inmerso cada niño. En este capítulo también se considera a quienes deben recibir estos programas y cuáles son los beneficios que podrán presentar al llevar a cabo estos programas.

Por último se presenta la propuesta pedagógica, en el capítulo cuatro, la cual es una programación de objetivos y actividades encaminadas a favorecer el desarrollo de cada niño con Parálisis Cerebral, a partir de evaluar su desarrollo, empleando para ello las escalas de Gesell y considerando los lineamientos generales que nos da la didáctica para poder llevarlo a la práctica sin requerir de mayor especialidad o formación académica.

Este es pues el trabajo que presento como opción de titulación para la licenciatura de Pedagogía por la Facultad de Filosofía y Letras, a partir de lo aprendido a lo largo de mi formación profesional y con ello hacer una aportación a la práctica a la pedagogía y a la educación especial en nuestro país.

*“El primer objetivo de la educación consiste
en hacernos conscientes de la realidad de nuestros semejantes”
Fernando Savater.*

1. EL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL.

1. EL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL

1.1. Concepto.

La Parálisis Cerebral es una de las condiciones discapacitantes más complejas en el campo de la educación especial; sin embargo, no todos los que estamos en el campo educativo y nos encontramos con un caso que presenta Parálisis Cerebral tenemos claro el concepto, por lo que es importante hacer una breve revisión al respecto.

Haciendo una exploración histórica del concepto encontramos que fue el Ortopedista inglés William John Little quien alrededor de la segunda mitad del siglo XIX describe, por primera vez, la relación entre los problemas del embarazo y el parto anormal, el daño cerebral orgánico y las alteraciones motoras, razón por la que durante algún tiempo se le denominó “enfermedad o mal de Little”, en aquel entonces se tenía como tratamiento la cirugía ortopédica, pero los resultados eran desalentadores, ya que las deformidades continuaban.

Posteriormente son Osler y Freud quienes de forma independiente y antes de finalizar el siglo XIX, describen a la Parálisis Cerebral como el resultado de encefalitis, factores congénitos y complicaciones perinatales. Ya en el siglo XX, posterior a la segunda guerra mundial aparecen diversos documentos donde se hacen descripciones más detalladas respecto a la Parálisis Cerebral. De estas aportaciones destacan la del Dr. Phelps, quien la definía, como un: “Trastorno persistente pero no invariable de la postura y el movimiento debido a una lesión no evolutiva del encéfalo antes de que su crecimiento y desarrollo se completen”¹. Esta definición es aprobada en diversos congresos y por algunas asociaciones por lo que se utilizó durante algún tiempo.

A lo largo de la historia un sin número de especialistas han tratado de aportar definiciones para comprender mejor a la Parálisis Cerebral, de entre estas hay descripciones de algunos síntomas que son comunes en casi todas las definiciones, estas son:

¹ Citado en: Alberto Rosa Rivero. et.al. *El niño con parálisis cerebral: enculturación, desarrollo e intervención*. Madrid, Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia (C.I.D.E), 1993. p. 20.

- La característica primordial es una afectación motriz, que altera la postura y el movimiento.
- Es una lesión en un cerebro inmaduro.
- Es una lesión irreversible, no progresiva.
- Puede tener lugar antes, durante o después al parto.
- Generalmente se presentan trastornos asociados, siendo las más comunes: déficit visual y auditivo, convulsiones, discapacidad intelectual, problemas de comunicación, aprendizaje y conducta. Es importante aclarar que estos trastornos pueden o no estar presentes todos o algunos y no son determinantes para el diagnóstico de la Parálisis Cerebral.

A continuación se presenta un listado de algunos trastornos en el desarrollo los cuales pueden ser confundidos con la P.C. ya que por una u otra circunstancia también se presenta un daño motor, sin embargo, no se trata de condicionantes de P.C. y es importante conocer estos trastornos para elaborar una mejor detección:²

- Alteraciones transitorias o de corta duración.
- Retraso motor aislado.
- Alteraciones causadas por enfermedades cerebrales progresivas.
- Defectos o anomalías de la médula espinal.
- Trastorno motor causado únicamente por D.I.
- Anomalías articulares.
- Inestabilidad en la marcha.
- Acortamiento congénito del glúteo mayor, del músculo gastrocnemio o de los músculos flexores de la rodilla.
- Debilidad muscular por hipotonía.
- Enfermedades degenerativas del Sistema Nervioso.

² R.S Ilingworth. *Desarrollo del lactante y el niño*. Trad. Teresa Martín. Madrid, Churchill Livingstone, 1992. p. 358-361.

En este momento la Parálisis Cerebral es definida como: "Una anomalía de tipo neuromotor debida a una lesión cerebral que se produce en los primeros años de vida"³.

Otra definición que se utiliza es la descrita por la SEP, la cuál señala: "Parálisis Cerebral significa que el funcionamiento o el desarrollo de una parte de su cerebro no es el "normal". Generalmente el área afectada es una de las que controla la coordinación muscular y ciertos movimientos corporales necesarios para mantener una posición en contra de la gravedad"⁴.

Una de las definiciones más actuales es la citada por Oscar Papazian: "La Parálisis Cerebral es una entidad que comprende un grupo de síndromes motores no progresivos, cuyas manifestaciones clínicas cambian con la edad, relacionados con lesiones o anomalías del sistema nervioso central en las etapas iniciales de su desarrollo. Los síndromes motores varían en su expresión clínica según la edad de concepción, etiología y localización de las lesiones anormales"⁵.

La última definición que se mencionará y que se ocupará en adelante para los fines de este documento, por el uso de terminología actualizada, así como por su fácil comprensión y claridad, es la expuesta por la Dra. Rosar Pueyo, la cuál dice: "La Parálisis Cerebral es un término que engloba a un grupo de síndromes con alteraciones motoras no progresivas, pero a menudo cambiantes, secundarias a lesiones o alteraciones del cerebro producidas en los primeros estadios de su desarrollo"⁶.

Una cuestión polémica entre los estudiosos de la Parálisis Cerebral es determinar hasta que edad se puede presentar un daño neurológico que deje como secuela una Parálisis Cerebral ya que la determinación de esta edad varia entre autor y autor; sin embargo, si analizamos nuevamente las definiciones nos dice que son alteraciones ocurridas en el SNC en los periodos

³ Josefina Sánchez Rodríguez. et. al. *Atención educativa al alumno con parálisis cerebral*. Málaga: Aljibe, 2004. p.13.

⁴ SEP. *Menores con discapacidad y necesidades educativas especiales*. México: Ararú (Biblioteca para la actualización del maestro, 2001. p.12.

⁵ Oscar Papazian, *Rehabilitación motora en los niños con parálisis cerebral*". Revista de neurología clínica, 2001 (2)1 p.236.

⁶ Rosar Pueyo Benito. "*Neuropsicología de la parálisis cerebral*". Revista de neurología, 2002. 34 (11), p. 1080.

prenatales, perinatales o postnatales y es importante señalar que estos periodos abarcan desde la concepción hasta el término de la segunda infancia la cuál finaliza hasta los 6 años de edad.

Es importante mencionar que algunos autores emplean el término “infantil” (P.C.I.) para especificar que su origen se dio en la primera infancia, sin embargo emplear el término “infantil” es una cuestión reiterativa ya que en el mismo concepto se señala que su origen es en la infancia, por lo que para fines de este trabajo, no se empleara tal denominación, únicamente se hablará de Parálisis Cerebral, en adelante P.C.

Existen otras denominaciones utilizadas para describir el mismo trastorno, esta son:

- *Incapacidad o Enfermedad Motriz Cerebral.* Esta es una terminología empleada básicamente en Francia y es utilizada para referirse a “Todas las lesiones cerebrales que ocurren antes de los 6 años... pero en las cuales el elemento esencial es el elemento motor, sean cuales fueren las invalideces asociadas a dichas lesiones”⁷.
- *Discapacidad en el desarrollo.* Este término se empleó alrededor de los años 70’s en la legislación estadounidense para referirse a una lista de problemas clínicos asociados a un grupo de discapacidades relacionadas con el sistema nervioso; sin embargo, este concepto no fue muy utilizado ya que se refiere a varias alteraciones y no permite ubicar únicamente a la P.C.
- *Trastornos o síndromes neuromotores.* Actualmente son muy utilizados estos términos y se usan para referirse a una amplia variedad de trastornos motores asociados a una lesión en un sistema nervioso inmaduro y que ocurrió antes, durante o después del parto.
- *Persona con Necesidades Educativas Especiales (N.E.E.).* De esta forma se les denomina a “Niños y jóvenes cuyas necesidades se derivan de su capacidad o dificultades de aprendizaje”⁸, aunque este concepto es muy general y engloba un sin número de alteraciones, en el campo educativo es lo más aceptado actualmente para referirse a una persona que presenta dificultades para acceder a los contenidos educativos y de alguna forma esta característica es propia de las personas con Parálisis Cerebral.

⁷ Rosa Rivero. et.al . *Op. cit.* p. 20.

⁸ Declaración de Salamanca. *De principios, política y práctica para las Necesidades Educativas Especiales*, 1994. p.11.

1.2.Etiología.

Existe en la literatura médica, una gran variedad de estudios referentes a las causas de la P.C. durante la gestación, el momento del parto o los años posteriores al mismo. Sin embargo, pese a que se conocen las causas en algunos casos concretos, en un sentido estricto no se conocen las causas exactas que generan la P.C., posiblemente lo que ocurre es que se debe a un conjunto de ellas que actúan conjuntamente, variando en cada caso.

Existen diferentes factores que pueden generar P.C., estos pueden ser: ⁹

Factores hereditarios:

- *Estáticos:* Atetosis familiar o hereditaria, paraplejía familiar, displejías atónicas, temblor familiar o congénito, rigidez familiar.
- *Progresivos:* Enfermedad desmielinizante de origen viral o indeterminado (las alteraciones cromosómicas y los desordenes metabólicos, son raros en la P.C.).

Factores congénitos:

- Radiaciones durante el primer trimestre.
- Padecimientos infecciosos: Rubéola, toxoplasmosis, sarampión, varicela, sífilis, citomegalía, herpes simple y otros agentes infecciones o virales.
- Anoxia prenatal: Anoxia materna, anomalías del cordón umbilical, hipotensión asociada con anestesia espinal, anemia materna grave, envenenamiento por monóxido de carbono, infarto placentar; anomalías de la placenta: Placenta previa, desarrollo placentario deficiente, sangrado.
- Hemorragias durante las primeras 20 semanas de embarazo.
- Hemorragia cerebral fetal (generalmente micro hemorragias), producidas por: Toxemia gravídica del embarazo, trauma directo, diátesis hemorrágica materna.
- Anoxia prenatal prolongada.
- Discrasia sanguínea de la madre.

⁹Tomados de: Rosa Rivero. et. al. *Op. cit.* p. 25-27 y José Valdez Fuentes. *Enfoque integral de la parálisis cerebral para su diagnóstico y tratamiento.* México: La prensa médica mexicana, 1988. p. 28-31.

- Factor Rh, enfermedad hemolítica del recién nacido, hiperbilirrubinemia, incompatibilidad sanguínea.
- Trastornos del metabolismo durante el embarazo, especialmente diabetes mellitus materna.
- Exposición excesiva a los rayos X.
- Predisposición al aborto.
- Toxemia materna (preclamsia).
- Desnutrición materna.
- Toxinas diversas, drogas.

Factores Perinatales:

- *Anoxia mecánica:* Obstrucción respiratoria, causando cianosis (coloración azul de la piel por falta de oxígeno en la sangre) o atelectasis (colapso total o parcial de un pulmón); sedación con drogas o mal uso de analgésicos y anestésicos, placenta previa o repentina, hipotensión asociada con anestesia espinal de la madre, nacimiento vía vaginal en el cual el niño retrasa la cabeza y muestra primero la cadera, parto prolongado, compresión del tórax, parto prolongado por canal inadecuado, distocias (partos laboriosos) capaces de producir daño fetal.
- *Traumatismo:* Hemorragia asociada con distocia, desproporciones y mal posiciones, aplicación imprudente de fórceps, fractura por fórceps, resistencia de la cabeza, parto inducido, cambios súbitos de presión, alumbramiento precipitado, parto por cesárea de urgencia, maniobras de extracción.
- *Complicaciones del nacimiento:* Prematurez, postmadurez, hiperbilirrubinemia, factores de iso inmunización (quernicterus debido al factor RH, incompatibilidades “ABO”), trastornos hemolíticos, “distres” respiratorio, sífilis, meningitis y otras infecciones, reacciones de drogadicción, reacciones de hipoglucemia e hipocalcemia.

Factores Postnatales y de la primera infancia:

- Traumatismo: Hematoma subdural, fractura craneal, contusión craneal o cerebral, fractura por accidente.
- Infecciones: Meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales, tosferina, sarampión, escarlatina, sífilis, neumonías, granulomas.

- Accidentes vasculares: Aneurisma cerebral congénito, trombosis, embolia, encefalopatía hipertensa, súbitos cambios de presión, hemorragias.
- Intoxicaciones por factores tóxicos: Plomo, arsénico, alquitrán y derivados.
- Anoxia: Por envenenamiento por monóxido de carbono, estrangulación, anoxia por bajas presiones y extremada altitud, hipoglucemia.
- Neoplasias cerebrales: Congénitos o adquiridos; y neurodesarrollo tardío: Tumor, quiste, hidrocefalia progresiva.

Una enumeración más concreta de las posibles causas de P.C es la mencionada por Ilingworth:¹⁰

- Antecedentes familiares de P.C.
- Prematurez, sobre todo si es extrema.
- Embarazo múltiple.
- Bajo peso para la edad gestacional.
- Hipoxia severa.
- Convulsiones.
- Hiperbilirrubinemia.
- Hemorragia cerebral durante el periodo neonatal.

Gesell presenta una pequeña lista que resume las probables causas de la P.C.:¹¹

- Gestación anormal.
- Periodo neonatal anormal.
- Convulsiones.

Es importante mencionar que pese varios estudios realizados, no se han encontrado relaciones directas entre los subtipos de P.C. y la etiología.

¹⁰ R.S. Ilingworth. *Op. cit.*, p. 343.

¹¹ Arnold Gesell. et. al. *Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Evaluación y manejo del desarrollo neuropsicológico normal y anormal del niño pequeño y el preescolar*. México: Paídos, 1994. p. 238.

Algunos estudios establecen que “Alrededor del 10 % de las Parálisis Cerebrales son causadas por acontecimientos perinatales, el 10 % por acontecimientos postnatales y más del 75 % son secundarias a causas prenatales”¹².

1.3. Clasificación.

Existen diversas clasificaciones para identificar los tipos de P.C., generalmente cada tipo no se presenta con sus características en forma pura, sino que existen combinaciones con predominio de uno de los componentes.

1) Según el tipo de movimiento y la localización fisiológica de la lesión cerebral:

Esta clasificación esta basada en el tipo de movimientos y la ubicación de la lesión ya que se considera que la ubicación del daño se relaciona con el tipo de P.C. sin embargo, algunos estudios han encontrado que no siempre hay relación entre la lesión y los descubrimientos clínicos.

1.1- P.C. espástica. La lesión se localiza en la corteza cerebral (sistema piramidal), la cuál se encarga de controlar los movimientos voluntarios. Se caracteriza, por:

- Desarmonía en los movimientos musculares, producidos por hipertonía (aumento exagerado del tono muscular) permanente.
- Moverse poco, ya que para realizar movimiento voluntario se presentan espasmos musculares.
- El movimiento es rígido, brusco, lento y generalmente es organizado.
- Afecta en mayor grado a los músculos exteriores de las piernas y a los flexores de los brazos, y la debilidad de los movimientos voluntarios afecta también a los labios y a la lengua.
- No hay control del babeo.

¹² Helen Hopkins. et.al. *Terapia Ocupacional*. Trad. Sara Padilla. et.al. España: Médica Panamericana, 2001. p. 431.

- Rostro inexpresivo.
- La espasticidad varía según la posición que se adopte, aumentando medianamente en posición de sentado, mucho estando de pie y tiende a disminuir al estar acostado.
- Aumenta con la emoción y el cansancio.
- Hay resistencia al movimiento rápido, en especial en los músculos que permiten tener una posición erecta. Extensión exagerada.
- Puños cerrados con desplazamientos vacilantes.
- Articulación lenta, con vocales distorsionadas y escape nasal, fallos en el ritmo y espasticidad en los músculos respiratorios.
- Se considera la más frecuente.
- Suele relacionarse con disminuciones visuales y déficit de atención.

A continuación se presenta una fotografía que permite ilustrar la P.C. espástica.¹³

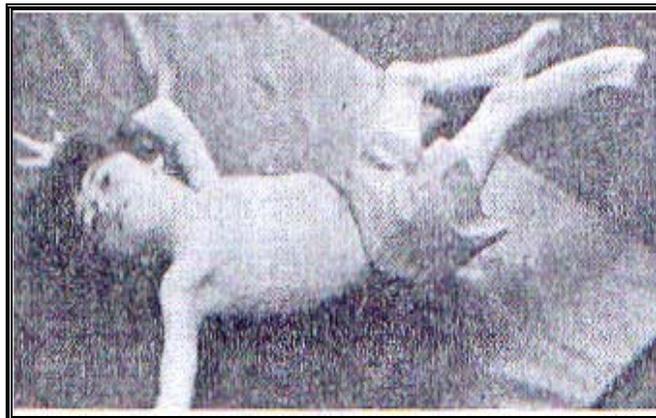


1.2- P.C. atetósica. La lesión se localiza en los ganglios basales (haz extrapiramidal), los cuales se encargan de controlar los movimientos involuntarios y el estado de vigilia. Se caracteriza, por:

¹³ Tomada de: Ilingworth. *Op. cit* . p. 352.

- Extraños movimientos involuntarios que interfieren la acción normal del cuerpo, sobretodo en las extremidades dístales (dedos y muñeca), dependiendo de la gravedad pueden estar afectadas la cabeza y el tronco.
- Variación involuntaria lenta entre las posiciones extremas de flexión y de extensión.
- Afectación en la lengua y en los músculos de la masticación, de la respiración y de la articulación.
- Muecas de la cara y movimientos involuntarios de la lengua.
- Voz espasmódica, como un quejido. En general, puede producir un lenguaje variable que va desde pequeños fallos en la articulación hasta la ausencia total del habla.
- Hay fluctuaciones entre hipertonía y la hipotonía.
- Se afectan prioritariamente las extremidades superiores con relación a las inferiores.
- Este tipo de movimiento sólo cesa en estado de reposo o sueño y se incrementan con la tensión emocional.
- Se asocia a pérdida auditiva, parálisis de los músculos oculares y dificultades para el lenguaje.

Bobath ilustra un caso de P.C atetósica con la siguiente fotografía:¹⁴

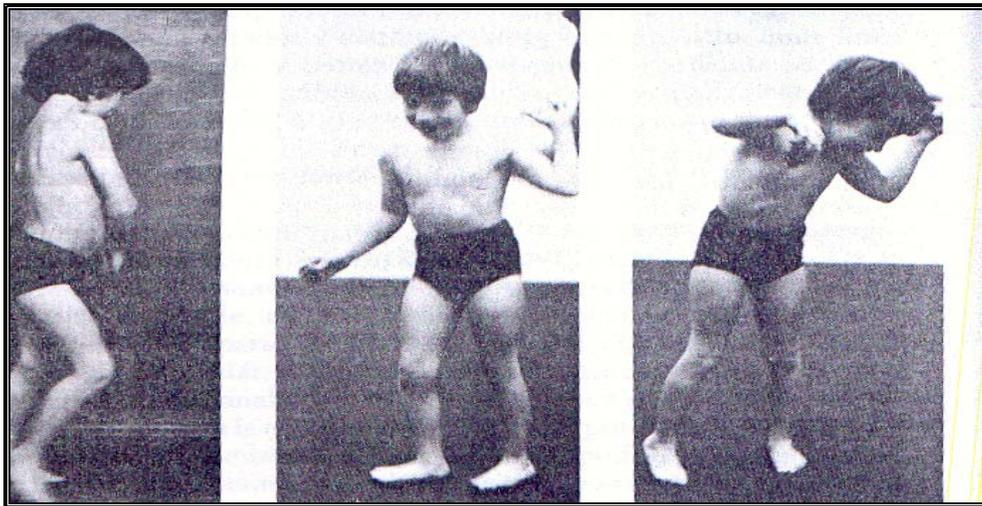


¹⁴ Tomado de: Kerel Bobath. *Base neurofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral*. Trad. Pablo Rubén. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1996. p. 92.

1.3- P.C. atáxica. La lesión se localiza en el cerebelo, el cual se encarga de coordinar los movimientos necesarios para la marcha y el balance de todo el cuerpo, sus características son:

- Alteración en el movimiento voluntario debido a una alteración del balance, la postura y la gravedad.
- Generalmente cursan con hipotonía.
- Descoordinación motriz fina y gruesa.
- Generalmente camina con los brazos abiertos, de forma inestable y rígida, por lo que caen con frecuencia. Incapacidad para caminar en línea recta.
- Su habla es incoordinada y sin ritmo, presenta una voz nasalizada y trastornos en la entonación.

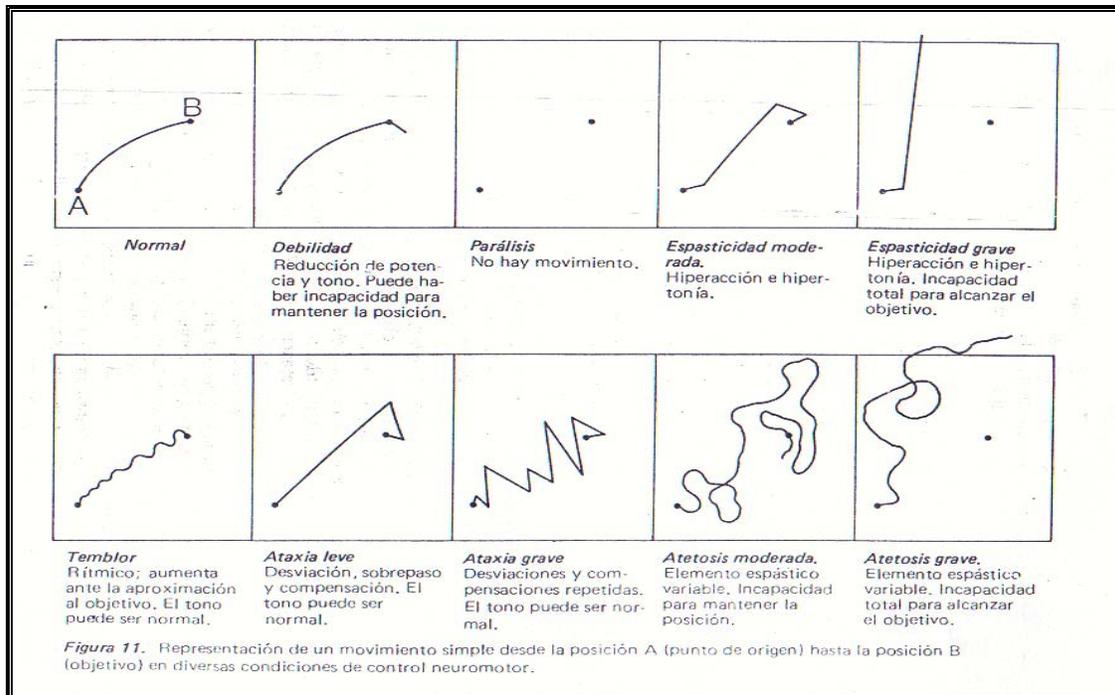
En la siguiente foto se ilustra un caso de P.C atáxica.¹⁵



1.4- P.C. mixta. Se ha encontrado que se pueden dar diversas combinaciones entre los tipos antes mencionados, de hecho, en la literatura se menciona que es más común encontrar más casos de P.C mixta que pura, esto se debe a la afectación de varias estructuras encefálicas.

¹⁵ *Ibidem.* p. 87.

La siguiente imagen permite ilustrar las posibilidades de realizar un trazo dependiendo del tipo de P.C. y con ello distinguir de forma más clara entre los tipos de P.C.¹⁶



2. Según su topografía:

Esta clasificación se basa teniendo en cuenta la parte del cuerpo que está afectada.

2.1- Monoplejía. Parálisis de un solo miembro o grupo muscular.

2.2- Diplejía. Parálisis en dos extremidades inferiores o superiores.

2.3- Hemiplejía. Parálisis de la mitad del organismo, es decir un hemicuerpo, por lesión del sistema piramidal.

2.4- Triplejía. Parálisis de tres miembros.

2.5- Paraplejía. Parálisis de las dos extremidades inferiores.

2.6- Cuadriplejía o Tetraiplejía. Parálisis conjunta de los miembros superiores e inferiores, es decir las 4 extremidades.

¹⁶ Tomado de: Arnold Gesell. et.al. *Op. cit.* p. 243.

Es importante señalar que la terminación *plejia* puede cambiarse por *paresia*, dependiendo de la movilidad, ya que el primero se emplea para describir una pérdida total del movimiento, es decir, una parálisis total; mientras que, *paresia* es utilizada para hablar de debilidad en el movimiento, es decir, una parálisis parcial.

2) Clasificación según el grado de discapacidad:

3.1- Muy leve. Niños y niñas con movimientos algo torpes, pero con capacidad para la marcha y el habla, prácticamente sin necesidad de tratamiento. Se habla de un 10% de personas con P.C.¹⁷

3.2-Leve. Presentan ligera limitación de la actividad, la afectación mayor esta en la precisión de los movimientos finos, su desplazamiento es autónomo con dificultades del equilibrio y la coordinación, el habla es comprensible, con probables problemas articulatorios, tienen necesidad de un mínimo de terapia y ayuda.

3.3- Moderado. Tienen dificultades para realizar movimientos finos y gruesos, las dificultades para la marcha y el habla están acrecentadas, se puede entender lo que habla pero tiene graves problemas para pronunciar; requieren ayuda y aparatos, así como asistencia terapéutica, es capaz de realizar actividades por sí mismo o con ayuda técnica.

3.4- Severo. Aquellos que manifiestan incapacidad grave para desarrollar cualquier actividad, requieren rehabilitación por largo tiempo. Requieren recurrir a sistemas aumentativos de comunicación y depende de otros para la realización de actividades de la vida diaria.

3) Clasificación basada en el tono:

Esta clasificación se basa en el estado del tono muscular en reposo:

4.1-Isotónicos. El tono es normal.

4.2-Hipertónicos. El tono esta aumentado.

4.3-Hipotónicos. Se presenta una disminución del tono.

4.4.Tono fluctuante. El tono es inconsistente.

¹⁷ José Valdez Fuentes. *Op. cit.* p. 53.

“Generalmente, cuando observamos los informes de estas personas nos encontramos con una definición que hace mención al tipo de P.C que presenta, a la respuesta tónica-muscular, al grado y zona afectado”¹⁸.

1.4.Incidencia. Datos estadísticos.

Es importante saber que desafortunadamente, la P.C. hoy por hoy es más común de lo que imaginamos, se considera como una de las alteraciones del desarrollo que generan mayor número de personas con discapacidad física, por lo que es importante hacer programas de prevención, rehabilitación y educación capaces de dar respuesta a las necesidades específicas de esta población.

La prevalencia de P.C. es de alrededor de 2 por mil recién nacidos (RN) vivos, siendo más alta en los países no industrializados. El incremento de prevalencia de P.C, es directamente proporcional a la disminución del Peso de Nacimiento (PN). Desde 1960 ha aumentado la supervivencia de RN de bajo peso, por una mejor atención obstétrica y neonatal; coincidentemente ha aumentado la prevalencia de PC.¹⁹

Se considera que en países en desarrollo la frecuencia de casos de P.C. es de 2.5 a 5 casos por mil nacidos, sin que se evidencie una tendencia a disminuir a través de los años.²⁰

En México las estadísticas de población señalan que para el año 2000, en nuestro país existían 2 241 193 personas con algún tipo de discapacidad, de las cuáles el 45.3% presentaba una discapacidad motriz o física,²¹ siendo el porcentaje más alto de población con discapacidad en nuestro país, se desconoce de este porcentaje cuánto corresponde a casos de P.C.. Del total de población con discapacidad se considera que 191 541 están en edad escolar, es decir entre los 4 y 15 años.

¹⁸ Josefina Sánchez Rodríguez. et. al. *Op. cit.* p. 17.

¹⁹ Lidia Muzaber. et. al. *Parálisis cerebral y el concepto Bobath de Neurodesarrollo*. Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 1998. Núm. 17 Vol. 2. p. 84.

²⁰ M.E García Navarro. et.al. “*Influencia de la estimulación Temprana en la parálisis cerebral*”. Revista de Neurología, 2000. 31 (8). p. 717.

²¹ INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2000. www.inegi.gob.mx.. Consultado 30 de Mayo de 2006.

1.5. Características del niño con Parálisis Cerebral.

En el caso de la P.C. las dificultades son primordialmente afectaciones de tipo motor; pero, las personas que presentan algún tipo de P.C. presentan generalmente otros problemas o condiciones asociadas, estas se pueden presentar en las diferentes áreas del desarrollo.

Es importante señalar que las características del niño con P.C. no son iguales en todos los casos, ya que dependen de las estructuras nerviosas lesionadas, el tipo de P.C., la situación ambiental en que vive, por lo que hay que tener presente que cada caso es diferente y no todas las características están presentes siempre.

1.5.1. Físicas.

- **Alteración en reflejos.** Generalmente no aparecen según lo esperado, una vez que aparecen tienden a prolongarse y convertirse en reflejos patológicos. “La respuesta a los reflejos prepara a los niños para un desarrollo progresivo y secuencial en la adquisición de conducta de mayor complejidad”²², de aquí la importancia de determinar la presencia normal de reflejos ya que en las primeras semanas de vida, permiten identificar alteraciones de tipo motor.
- **Dificultades para mantener la postura adecuadamente.** “La postura es el elemento articulador que nos permite establecer el vínculo entre el tono y movimiento”²³ o bien “Son las diferentes posiciones que puede adoptar una parte del cuerpo y todo éste en general”²⁴, estas pueden ser anormales si el tono y el movimiento están trastornados, adoptando el cuerpo posturas inadecuadas que de ser permanentes pueden ocasionar deformaciones, las más comunes son:²⁵ Pie equino varo, mano de comadrón (la mano toma forma de limosna), opistótono (arqueo del cuerpo en que pareciera se tocan los pies con la cabeza), brazo hemipléjico, postura encorvada.

²² Patricia Alfaro Moctezuma, et.al. *Efectos del daño neurológico perinatal en el acto motor*. México: UAM (Serie académicos CBS). 1994. p. 24.

²³ *Ibidem*. p. 15.

²⁴ José Valdez Fuentes Ignacio. *Op. cit.* p. 45.

²⁵ *Ibidem*. p. 45-48.

- **Alteraciones del tono.** “El tono muscular es un estado de contracción ligera de los músculos dependiente de la integridad de los nervios y sus conexiones centrales, así como de las complejas propiedades de los músculos”²⁶, “esta dado por la capacidad del músculo para lograr la postura y el movimiento”²⁷; el tono se puede afectar en dos vertientes: 1) Hipertonía, es decir aumentado y puede presentar las siguientes alteraciones: Espasticidad (contracción muscular en la que hay resistencia aumentada para los movimientos pasivos súbitos), rigidez (hipertonía generalizada de los músculos, incrementando la resistencia al movimiento pasivo), espasmos (contracciones involuntaria y repentina de un músculo o grupo de músculos), clonus (sucesión rápida y alternativa de contracciones espasmódicas), tics (movimientos espasmódicos que producen un gesto o mueca involuntaria que afectan un pequeño segmento del cuerpo) y distonía (contorsiones involuntarias) y 2) Hipotonía y sus alteraciones son: Flacidez (músculos blandos, débiles y sin consistencia) y atonía (disminución total del muscular).
- **Alteraciones en el movimiento.** Se presentan diferentes alteraciones para realizar movimiento, el cuál se define como: “La coordinación entre un grupo de músculos... los que de manera coordinada deben contraerse o relajarse según las necesidades del momento, para permitir a un determinado número de puntos corporales alcanzar un determinado lugar en el espacio”²⁸ y sus alteraciones son: Temblores, mioclonos (contracciones musculares aisladas), movimientos coreiformes (sucesión de contracciones y relajaciones, movimientos involuntarios que afectan distintas áreas musculares), hemibalismos (los miembros de un lado del cuerpo son impedidos violentamente hacía adelante o hacía arriba), sincinesias (contracciones en determinado grupo de músculos), disinergias (fallas en la coordinación e integración de grupos musculares): ataxia, vértigo, dismetria (dificultad para ajustar el alcance del movimiento voluntario), nistagmus, disartria, adiadococinecia (discapacidad para ejecutar rápidamente movimientos alternos), fenómeno de rebote de Holmes (falta del reflejo de freno).²⁹ De forma específica se pueden presentar:

²⁶*Ibidem.* p. 39.

²⁷Patricia Alfaro Moctezuma. et.al *Op. cit.* p. 9.

²⁸ K Holt. Citado en: Patricia Alfaro Moctezuma. et.al *Op. cit.* p. 16.

²⁹ Valdez Fuentes. *Op. cit.* p. 41-45.

- Dificultades del movimiento para realizar actividades cotidianas.
 - Dificultades de desplazamiento.
 - Problemas para el auto cuidado y aseo personal.
 - Problemas de eliminación: Dificultad o retraso en el establecimiento de las funciones de eliminación.
 - Dificultades para jugar.
- **Deformaciones de la columna vertebral.** Como consecuencia de las malas posturas, el paciente con P.C. es candidato a presentar alguna de las siguientes alteraciones: Lordosis (curvatura excesiva hacia delante de la columna vertebral en el ámbito lumbar, entre las costillas y la pelvis), Cifosis (la espalda toma forma de joroba) y Escoliosis (curvatura de la columna hacia un lado desviándose de su posición normal).
 - **Dependencia de otro cuerpo para conocer su entorno.** No hay coordinación motriz fina y gruesa para poder realizar movimientos voluntarios y desplazarse libremente e ir conociendo su entorno, por lo que depende de los otros para conocerlo.
 - **Las manos se abren más tarde de lo esperado o no se abren.** Generalmente queda el dedo pulgar aprisionado, como síntoma de la lesión.
 - **Problemas para dormir.** Dificultades para conciliar el sueño, mantenerse dormido toda la noche, despertar llorando, dificultad para taparse y destaparse, dificultad para cambiar de posición, problemas para adaptarse a las cobijas, y a la cuna o cama.

1.5.2. Cognitivas.

En esta área del desarrollo se cubren dos aspectos, uno son las percepciones, en sus diversas variantes y dos los aspectos cognitivos, es decir aquellos que se relacionan con el conocimiento, ya que ambos aspectos permiten a cada persona conocer y comprender el mundo y los objetos que le rodean. Las principales características de un niño con P.C. en este aspecto son:

- **Problemas visuales.** Son comunes problemas de estrabismo (bizqueo) puede ser unilateral o bilateral, convergente o divergente; nistagmus, debilidad visual y ceguera.

Pueden presentar ambliopía. “Los niños con P.C. muestran distintos problemas con agudeza y enfoque, desarrollo oculomotor y percepción visual”³⁰.

- **Problemas auditivos.** Se pueden presentar 2 tipos de déficit auditivo, el primero es de tipo neurosensorial, se debe a una lesión en el oído interno, el nervio auditivo o ambos y el segundo de conducción, se debe a trastornos en el oído medio; estas alteraciones pueden variar de leves a profundas.
- **Inteligencia.** Este es el aspecto más estudiado e investigado en la población que presenta algún tipo de P.C. ya que es una situación que genera polémica creer que un caso de P.C. puro es aquel que presenta una capacidad intelectual normal. Sin embargo, se considera que “la incidencia de la P.C. con un C.I. inferior a 70 se ha situado en un margen del 30 al 50%. Entre el 10 y el 20% presentan un C.I. menor a 50”³¹.
- **Memoria.** “En sujetos con P.C. se han obtenido puntuaciones similares a sujetos no afectados de P.C. en tareas de memoria a corto plazo, concretamente memoria verbal inmediata”³². Pero en términos generales de retención tiene dificultades.
- **Déficit de la atención.** Principalmente en la atención selectiva (prestar atención al estímulo pertinente, discriminación de estímulos ambientales), atención sostenida (mantener la atención, concentrarse y no distraerse) primordialmente visual y auditiva, imitación, seguimiento de instrucciones.
- **Alteración de la percepción.** El niño con P.C. tiene problemas para percibirse a sí mismo y formar su esquema corporal, así como problemas para percibir el ambiente que le rodea y darle significado. Hay dificultades para integrar las partes en un todo, hay inversión figura-fondo del campo visual y las dificultades para establecer relaciones espaciales y temporales. Las áreas perceptuales más afectadas son:
 - **Esquema corporal.** Identificación de partes gruesas y finas. Identificación de órganos internos. En su propio cuerpo, en otra persona, en un muñeco y en un dibujo.
 - **Coordinación viso motriz.** Óculo-manual, ojo-pie, seguimiento visual de un objeto, coordinación manual y movimientos finos.
 - **Discernimiento perceptual.** Identificación de forma, color y tamaño.

³⁰ Duckman, citado en: Helen Hopkins. et.al. *Op. Cit.* p. 438.

³¹Roser Pueyo Benito. *Op. cit.* p. 1080.

³²Roser Pueyo Benito. *Op. cit.* p. 1081.

- **Constancia de la forma y posición en el espacio.** Identificar una forma en cualquier posición.
- **Relaciones espaciales.**
- **Relaciones temporales.**
- **Percepción auditiva.** Discriminación de sonidos por su timbre, tono, intensidad, distancia, ritmo. Identificación de sonidos.
- **Percepción táctil.** Identificación de temperatura, textura y dolor.
- **Percepción estereognósica.** Reconocimiento de los objetos mediante el tacto, al identificar las propiedades físicas.
- **Percepción cinestésica.** Noción de posición con los ojos vendados, noción de resistencia.
- **Percepción quimioestésica.** Identificar los estímulos químicos olfatorios y gustativos.

1.5.3. Comunicativas.

A este rubro se le considera de aspectos comunicativos más que de lenguaje, ya que el niño con P.C. no siempre es capaz de establecer algún tipo de lenguaje, pero si presenta algún tipo de comunicación que le permite dar a conocer minimamente sus necesidades básicas, las principales características propias de este aspecto son:

- **Problemas de alimentación.** Desde los primeros días, posterior al nacimiento es probable que se presenten dificultades para realizar la adecuada alimentación, hay una “tendencia a sufrir cólicos y estreñimiento, además de dificultades para succionar el pezón o el biberón; cuando succionan lo hacen más rápido de lo que pueden tragar, con riesgo de aspiración traqueobronquial, manifestado por tos y cianosis perioral. En casos graves puede existir un periodo transitorio de hipoxia cerebral con rigidez generalizada, seguida de hipotonía generalizada y disminución de la reactividad durante 10-15 segundos. Estos eventos que amenazan la vida pueden ocurrir después de alimentar al

niño como resultado de reflujo gastroesofágico, un hallazgo común en ellos³³. Existen otras características que afectan la alimentación en el niño con P.C., estas son:³⁴

- Salivación excesiva.
 - Mantenimiento de boca abierta.
 - Protrusión de lengua (sacar la lengua).
 - Hipersensibilidad bucal.
 - Dificultades de masticación, succión, deglución y respiración.
 - Discapacidad para auto alimentarse.
 - Requerimientos de cubiertos y trastos especiales.
 - Paladar elevado o hendido.
-
- **Trastornos de la respiración.**
 - **Sialorrea.**
 - **Dificultades para expresar ideas y sentimientos.**
 - **Problemas de habla.** Problemas de articulación del lenguaje oral (disartrias y anartrias).
 - **Baja capacidad de comprensión.** Problemas de comprensión de lenguaje (afasia).

1.5.4. Socio-afectivas.

En este rubro se engloban las características emocionales que puede presentar algún niño con P.C., las principales son:

- **Frustración.** Dadas sus dificultades motrices no puede moverse y esto genera sentimientos de frustración, además de ser menos tolerantes a ella.
- **Sentimientos:** Temor, ansiedad, depresión, irritabilidad, hipersensibilidad emocional, necesidad de: atención, afecto y comprensión; baja autoestima, auto devaluación, auto concepto inadecuado, sentimientos de culpa e invalidez física y emocional.

³³ Oscar Papazian. *Op. cit.* p. 242.

³⁴ José Valdez Fuentes. *Op. cit.* p. 85.

- **Problemas de socialización.** Dificultad para relacionarse con otras personas, niños y/o adultos diferentes a los padres, hermanos y familiares; dificultad para adaptarse al ambiente social.
- **Dependencia afectiva.** Dependen emocionalmente de los padres, en especial de la persona que los cuidan, comúnmente la madre.
- **Conductas indeseables.** Destructividad-agresividad, hiperactividad, déficit en conductas deseables.
- **Personalidad.** Comúnmente se presenta inadecuada formación de la personalidad.
- **Ambiente familiar desfavorable.** Generalmente los padres se sienten culpables, avergonzados, desesperados y autocompasivos; establecen aislamiento social de sus vecinos y amigos. Los padres se culpan entre sí distanciándose; incluso dejan de procrear para evitar tener mas hijos con algún trastorno, siendo el niño con P.C. el único o el más pequeño en muchos casos. Los padres no aceptan la condición de su hijo y lo manifiestan por rechazo o bien por sobreprotección y por ello esperan mucho o poco de un tratamiento rehabilitador. Se les ayuda en todo o bien se les dejan tareas imposibles de realizar por sí mismos. Los hermanos sienten celos de los cuidados y atenciones que recibe el niño con P.C. y generalmente establecen nulas o escasas relaciones con ellos.
- **Dificultades de adaptación.** El niño recibe poca estimulación ambiental y experiencias de vida limitadas, permaneciendo mucho tiempo en el mismo lugar y salen poco, por lo que su adaptación a los cambios de ambiente es lenta.

1.6. Necesidades terapéuticas del niño con parálisis cerebral.

Como se mencionó anteriormente el niño con P.C. presenta una amplia variedad de dificultades y características específicas, de entre ellas es importante mencionar que no tiene cura; no obstante, se han establecido diferentes pautas o modalidades de tratamiento, las cuales si se le proporcionan adecuadamente pueden cambiar significativamente la calidad de vida y la integración social de las personas que presentan algún tipo de P.C.; estos tratamientos en su mayoría tienen su origen en el ámbito médico, los más importantes son:

- **Tratamiento farmacológico.** “El uso de fármacos para los problemas asociados a la P.C. tienen una historia relativamente reciente y no siempre satisfactoria. Los relajantes

musculares y los tranquilizantes han mostrado beneficio limitado para reducir el tono muscular y el movimiento involuntario pero también pueden mostrar algunos efectos colaterales”³⁵. Uno de los medicamentos más utilizados en el tratamiento de la P.C. es la administración intramuscular de la toxina botulínica, el cuál se emplea para interrumpir parcial o totalmente el reflejo de estiramiento muscular, produciendo disminución del tono muscular, mejora del equilibrio de fuerza en la articulación, disminución de las deformidades dinámicas y mejoría en la marcha y la postura. El tratamiento neurológico es muy importante para el control de convulsiones y su uso como relajantes musculares.

- **Uso de ortesis.** “La principal función del uso de aparatos es evitar deformidades y mejorar la función”³⁶. El ortopedista se encarga de evitar y corregir posturas, contracturas y deformaciones a través de técnicas y aparatos ortopédicos. También permiten inhibir movimientos patológicos. Son comunes posterior a la cirugía.
- **Cirugía.** Actualmente se dispone de una amplia variedad de recursos quirúrgicos como son: la elongación de tendones, las tenotomías (corte de un tendón), las desinserciones musculares, neurotomías, estabilizaciones óseas de articulaciones y las transposiciones tendinosas (transplantes).
- **Terapia ocupacional.** El terapeuta ocupacional se encarga del desarrollo y entrenamiento de actividades de auto cuidado, actividades cotidianas y habilidades manuales como preparativos para la futura independencia y productividad económica.
- **Terapia de lenguaje y comunicación.** El terapeuta del lenguaje aplica técnicas y métodos para tratar dichos problemas. Estos procedimientos se encaminan a mejorar la respiración y el control bucal de la alimentación (lengua, paladar, faringe, maxilar, etc.) en la masticación, deglución e ingestión de sólidos y líquidos; facilitar el dominio del aparato fono articulador corrigiendo los defectos de pronunciación; proporciona al niño los medios para la expresión gestual, corporal, oral, algún instrumento de comunicación alternativa, para hacerlo capaz de comunicar necesidades y sentimientos.

³⁵ Helen Hopkins. et.al. *Op. cit.*. p.445.

³⁶Oscar Papazian. *Op. cit.* p.246.

1.6.1. Intervención en Rehabilitación.

Uno de los aspectos terapéuticos más importantes para atender a un niño, joven o adulto con P.C. es el de la terapia física la cual “Esta orientada a la prevención de contracturas y patrones motores anormales, manejo del tono muscular, desarrollo de la fuerza muscular y la promoción de posturas y movimientos fisiológicos”³⁷.

El terapeuta físico estudia el cuerpo en el aspecto músculo-esquelético, para detectar problemas y anomalías del funcionamiento muscular-articular con relación al tono, los reflejos, las reacciones de enderezamiento, la postura y el movimiento. Contribuye al tratamiento de diferentes aspectos físicos y motrices del cuerpo a través de diferentes técnicas, masajes y ejercicios para mejorar la función muscular en los reflejos, el tono, la postura, el movimiento, previniendo deformidades, consiguiendo habilidades motrices diversas y obteniendo el dominio de algunas habilidades manuales, así como utilizar eficientemente los equipos especializados.

Se han desarrollado a lo largo de la historia una amplia variedad de técnicas y modalidades de intervención encaminadas a mejorar la situación motriz de los pacientes con P.C., de entre ellas sobresalen:

- **Terapia Bobath o Neurodesarrollo.** Este es un método empleado en Inglaterra y Estados Unidos, “Se basa en la inhibición de la acción refleja anormal y de los patrones anormales de movimiento, superponiendo la facilitación de movimientos más normales y automáticos. La meta es que los niños sean capaces de utilizar estos movimientos de forma independiente y funcional. Ello se consigue principalmente a través de técnicas de manipulación y posición corporal, que permite que los niños experimenten la sensación de movimientos normales, con énfasis en obtener las secuencias normales del desarrollo... Se ha demostrado que este método mejora el control postural y que los movimientos son más rápidos y delicados, pero carece de efecto sobre el tono muscular o los reflejos primitivos”³⁸.

³⁷ Mariana Weitzman, “*Terapias en rehabilitación en niños con o en riesgo de Parálisis Cerebral*”. Revista Pediatría Electrónica. Chile, 2005, Vol.2, No.1, p. 48.

³⁸ Oscar Papazian. *Op. cit.* p.244-245.

- **Terapia Vojta.** “Se basa en el desarrollo de patrones locomotores reflejos e integración sensitivo motora”³⁹.
- **Método Phelps.** Se basa en el desarrollo ontogenético, de tal forma que lo que busca es que el niño vaya alcanzando las respuestas esperadas en el desarrollo motor de un niño de desarrollo regular.
- **Método Kabat.** Se centra en los principios de facilitación neuromuscular propioceptiva, la cual facilita la ejecución del movimiento por medio de la repetición del movimiento combinado y voluntario.

³⁹*Ídem.*

*“La educación constituye algo parecido a una obra de arte colectiva que da forma a seres humanos”
Fernando Savater.*

2.LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL.

2. LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL.

2.1. Situación educativa actual de los niños con parálisis cerebral.

La educación es considerada como uno de los medios más importantes para socializar al hombre, entre otros muchos fines que se le han encomendado; por esto prácticamente a lo largo de la historia de la humanidad siempre se ha tratado de educar a los miembros de cada sociedad bajo diferentes formas y modalidades. Sin embargo, no todos los miembros de una sociedad presentan las condiciones idóneas para acceder a los diferentes componentes de la educación, uno de estos sectores son algunos niños que presentan algún tipo de discapacidad.

A lo largo de los tiempos las personas, en especial los niños con alguna discapacidad, han enfrentado sistemas educativos incapaces de educarlos, durante mucho tiempo han sido prácticamente ignorados y víctimas de títulos despectivos y discriminación de diferentes tipos.

Una vez que se les ha tomado en cuenta han tenido que asistir a hospitales, internados y escuelas en las que se les ha dado la atención según sus necesidades y las características propias de cada tipo de discapacidad, es decir, acudir a centros de atención educativa para cada condición específica.

Bajo el término de **Educación Especial** (también denominada anteriormente, como: pedagogía terapéutica, pedagogía correctiva) se ha buscado brindar educación a aquellos niños y adolescentes con dificultades para acceder al currículo regular. En 1983 la UNESCO la definía como: “Una forma de educación destinada a aquellos sujetos que no alcanzan o es improbable que alcancen, a través de las acciones educativas normales, los niveles educativos, sociales y otros apropiados a su edad, y que tiene por objetivo promover su progreso hacia estos niveles”⁴⁰. Durante mucho tiempo la educación especial fue un sistema paralelo a la educación general, pero en los últimos años la literatura, la legislación y algunos acuerdos internacionales han tratado de integrar la educación especial en el mismo marco de la educación general y con ello se

⁴⁰ Isabel Paula Pérez. *Educación Especial. Técnicas de Intervención*. Madrid: McGraw-Hill /Interamericana de España, 2003. p.7.

ha buscado la forma de incorporar a su población al sistema educativo al que asisten el resto de los niños que no presentan algún tipo de discapacidad, partiendo de la siguiente premisa:

“La integración educativa es el proceso que implica que los niños, las niñas y los jóvenes con necesidades educativas especiales (N.E.E.) asociadas con alguna discapacidad, con aptitudes sobresalientes o con otros factores estudien en aulas y escuelas regulares, recibiendo los apoyos necesarios para que tengan acceso a los propósitos generales de la educación”⁴¹.

Con esta intención se ha reestructurado la Misión de la Educación Especial en el mundo y específicamente en México, siendo esta:

Favorecer el acceso y permanencia en el sistema educativo a niños, niñas y jóvenes que presenten necesidades educativas especiales, particularmente a aquellos con alguna discapacidad, con los recursos que les permitan desarrollar sus potencialidades al máximo e integrarse educativa, social y laboralmente”⁴² y su objetivo es: “Garantizar una atención educativa de calidad para los niños, las niñas y los jóvenes con necesidades educativas especiales mediante el fortalecimiento del proceso de integración educativa y de los servicios de educación especial”⁴³.

De acuerdo al artículo 41 de la Ley General de Educación, la educación especial debe propiciar la integración de estos niños y jóvenes a los planteles de educación regular, aplicando métodos, técnicas y materiales específicos, así como dando orientación tanto a los padres de familia como al personal docente de las escuelas regulares.

En el caso de aquellos que por sus características no puedan acceder al currículo de la escuela regular, la educación especial esta obligada a trabajar sobre la autonomía personal, la socialización y en la medida de lo posible la integración laboral, elaborando para ello programas y materiales pertinentes.

⁴¹ SEP. Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa. México, 2002. p. 10.

⁴² SEP. Resumen del Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa. México, 2002. p. 7.

⁴³ *Ibidem*. p. 7-8.

La literatura señala como población prioritaria aquella que presenta alguna discapacidad y esta población puede requerir de recursos específicos tales como:

- a) Técnicos y/o materiales: auxiliares auditivos, computadoras, libros de texto en sistema Braille, entre otros.
- b) Humanos: personal de educación especial, asistentes e intérpretes de lenguaje manual.
- c) Curriculares: Elaboración de adecuaciones curriculares para dar una respuesta educativa adaptada a las necesidades del alumno. Estas adecuaciones pueden ser en la metodología, en la evaluación, en los contenidos y/o en los propósitos.

Para determinar los recursos que cada niño necesitara, así como la modalidad educativa más acorde a sus características, será necesario realizarle una evaluación psicopedagógica.

Actualmente hay diversas opciones para que un niño con discapacidad, específicamente con algún tipo de Parálisis Cerebral, acceda a alguna modalidad educativa. En México la SEP es quien está obligada a brindar estos servicios; es importante señalar que no es la única alternativa existente en nuestro país para brindar educación a este sector, existen también Asociaciones Civiles, el DIF, ONG y servicios particulares, que proporcionan servicios educativos; pero, si estos pertenecen a la educación básica están supervisados e incorporados por la SEP, ya que el artículo tercero constitucional señala que: “El ejecutivo federal determinara los planes y programas de estudio de la educación primaria, secundaria y normal para toda la República”⁴⁴. Así pues la SEP ha creado diversas modalidades y servicios para atender a la población perteneciente a la educación especial, estos son:

- o **USAER.** Significa Unidad de Servicios y Apoyo a la Escuela Regular, su objetivo es promover la integración de las niñas y niños con Necesidades Educativas Especiales a las aulas y escuelas de educación inicial y básica regular. Es la estructura técnico operativa de apoyo a la atención de los alumnos con N.E.E. con y sin discapacidad; está integrado a las escuelas de educación básica. Sus funciones son: La orientación y asesoría al personal docente, directivo y a los padres de familia, proporcionar atención

⁴⁴ Juan Francisco Arroyo Herrera. *Legislación Educativa Comentada*. México: Porrúa, 2002. p. 234.

individualizada a los alumnos con Necesidades Educativas Especiales (con y sin discapacidad) en el aula de apoyo o fuera de ella.

- **CAM.** Cuyas siglas significan Centro de Atención Múltiple, son instituciones educativas que ofrecen educación básica para alumnos que presenten necesidades educativas especiales, con o sin discapacidad. El CAM ofrece los distintos niveles de la educación básica utilizando, con las adaptaciones pertinentes, los planes y programas de estudio generales de educación inicial, preescolar y primaria general, así como con los de los Centros de Educación y Capacitación para el Trabajo Industrial. Los grupos están divididos de acuerdo a la edad de los alumnos, sin importar el tipo de discapacidad y las N.E.E. que presente. Hay que señalar que en algún CAM, se han rechazado a niños y niñas con discapacidad severa o múltiple, con el argumento de que por sus características no pueden acceder al currículo básico y al no ser aceptados en un servicio escolarizado de educación especial, estas niñas o niños se quedan, prácticamente, sin opción educativa. Para el 2002 existían en México 1,316 Centros de Atención Múltiple de los cuáles “809 cuentan con la modalidad de educación inicial, 879 de educación preescolar, 1,125 de educación primaria y 546 la de capacitación laboral”⁴⁵.
- **UOP.** Son Unidad de Orientación al Público y se crearon para proporcionar información y orientación a padres de familia y maestros referente a la integración educativa. Las UOP son el servicio de educación especial con menos precisión en sus funciones, a veces el personal de las UOP realiza evaluaciones psicopedagógicas a alumnos integrados en escuelas de educación regular, o bien desempeña funciones propias de un servicio de apoyo a la educación regular, atendiendo a los alumnos, a los maestros y a los padres en el contexto de las escuelas regulares.
- **CAPEP.** Sus siglas significan: Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar, su propósito es brindar servicios de evaluación y diagnóstico interdisciplinario a los alumnos de los jardines de niños oficiales que presenten problemas en su adaptación al proceso educativo, así como dar atención psicopedagógica a quienes muestren dificultades en el aprendizaje, en el lenguaje o en su desarrollo psicomotriz.

⁴⁵ SEP. *Op. cit.* p. 21.

A continuación se muestra una tabla de la población atendida en el 2002 por los servicios de Educación Especial:⁴⁶

| Población atendida en los principales servicios de educación especial. Cifras aproximadas | | | | | | | | |
|--|---------|--------------------------|--------------------------|--|-----------------------|---------------------|--------------------------|---------|
| Servicio | Total | Alumnos sin discapacidad | Alumnos con discapacidad | Porcentaje aproximado por discapacidad | | | | |
| | | | | Discapacidad visual | Discapacidad auditiva | Discapacidad motora | Discapacidad intelectual | Autismo |
| USAER | 319,843 | 287,859 | 31,984 | 7% | 14% | 11% | 51% | 17% |
| CAM | 101,776 | 30,523 | 71,253 | 2.7% | 13% | 15% | 69% | 0.4% |
| CAPEP | 99,500 | 92,535 | 6,965 | 6% | 16% | 31% | 47% | --- |
| Otros servicios | 4,113 | 2,585 | 1,528 | | | | | |
| TOTAL | 525,232 | 413,502 | 111,730 | | | | | |

Fuente: información aportada por los responsables de los servicios de educación especial de las entidades federativas.

⁴⁶Tomado de: SEP. *Op. cit.* p. 16.

En la siguiente tabla se pueden observar la distribución de los servicios de educación especial por estado en el año 2002:⁴⁷

Tabla 2. Datos sobre el número de servicios de educación especial en las entidades.

| Estado | Servicios de Educación Especial | | | | |
|---------------------|---------------------------------|-------|-----|-------|-------|
| | USAER | CAM | UOP | CAPEP | OTROS |
| Total | 2 275 | 1 296 | 67 | 198 | 54 |
| Aguascalientes | 28 | 13 | -- | 5 | 11 |
| Baja California | 97 | 39 | 7 | 5 | 1 |
| Baja California Sur | 36 | 11 | 1 | 1 | 2 |
| Campeche | 35 | 15 | -- | -- | 4 |
| Coahuila | 148 | 46 | 7 | -- | 9 |
| Colima | 31 | 8 | -- | 8 | 1 |
| Chiapas | 52 | 39 | 1 | 4 | -- |
| Chihuahua | 109 | 37 | 1 | 26 | -- |
| Distrito Federal | 269 | 100 | 9 | 29 | 4 |
| Durango | 36 | 28 | 4 | NI | -- |
| Estado de México | 196 | 102 | -- | 11 | -- |
| Guanajuato | 65 | 43 | -- | -- | -- |
| Guerrero | 85 | 63 | 2 | -- | -- |
| Hidalgo | 28 | 24 | -- | 6 | -- |
| Jalisco | 112 | 134 | 2 | -- | -- |
| Michoacán | 5 | 27 | -- | 13 | 3 |
| Morelos | 36 | 18 | -- | 7 | 1 |
| Nayarit | 29 | 12 | 3 | 11 | -- |
| Nuevo León | 164 | 69 | -- | -- | 1 |
| Oaxaca | 56 | 35 | 3 | 1 | -- |
| Puebla | 74 | 30 | 17 | 8 | -- |
| Querétaro | 17 | 17 | -- | 8 | -- |
| Quintana Roo | 22 | 19 | -- | 2 | 1 |
| San Luis Potosí | 24 | 32 | 1 | 6 | -- |
| Sinaloa | 105 | 41 | 2 | 6 | 1 |
| Sonora | 112 | 59 | -- | -- | -- |
| Tabasco | 60 | 20 | -- | 14 | 1 |
| Tamaulipas | 48 | 43 | -- | -- | -- |
| Tlaxcala | 49 | 17 | 1 | 5 | -- |
| Veracruz | 84 | 80 | 2 | 18 | -- |
| Yucatán | 27 | 48 | 4 | 4 | -- |
| Zacatecas | 36 | 27 | -- | -- | 14 |

NI - No se cuenta con la información

⁴⁷ Ídem.

Independientemente del nivel y la modalidad cursada para acceder a los contenidos educativos la educación de las personas con P.C. deberá considerar que: “Cuando estamos ante un niño...Como sujeto de educación, nos toca encarar... los conflictos que surgen en el niño... al entrar en contacto con la vida, cuando se produce el desplazamiento de los sistemas que definen todas las funciones del comportamiento social del niño. Y por eso me parece que, desde el punto de vista pedagógico, la educación de ese niño se reduce a enderezar completamente esas dislocaciones sociales”⁴⁸. Es decir, desde la perspectiva de Vigotsky, las carencias de un niño con discapacidad sólo se harán evidentes cuando ese niño pretenda establecer relaciones sociales, por lo que la principal meta de la educación en un niño con limitaciones físicas será primordialmente integrarlo al ámbito social, disminuyendo en la medida de lo posible sus limitaciones, las cuáles en el caso de la P.C. son de tipo motor, por lo que todo proceso educativo para esta población deberá de considerar:

- La eliminación de barreras arquitectónicas. Al ser común el uso de andaderas, sillas de ruedas y otras herramientas que facilitan el desplazamiento, la escuela deberá contar con rampas, elevadores; salones de clases, baño e instalaciones en general que permitan el desplazamiento lo más independiente y participativo posible del alumno con P.C..
- Planeación de los espacios y ubicación de los materiales del aula que le permitan acceder a ellos cuando sea necesario.
- Espacios para actividades complementarias como el juego, por lo que se requieren espacios con colchonetas, hamacas, juguetes adaptados y juegos de mesa, en especial en edades tempranas.
- Adecuación de material didáctico y otros necesarios para su estancia en la escuela. Dependiendo de la edad de los alumnos será el material a utilizar, por ejemplo si es en la edad temprana serán necesarios: sonajeros, muñequeras, móviles y materiales con ventosas incorporadas para facilitar la prensión. Cuando los niños inician el proceso de lecto-escritura necesitarán cuadernos grandes que les permitan trazar letras y diversos auxiliares que le premitirán tomar el lápiz y realizar actividades como trazar o recortar.
- Recursos físicos, tales como sillas con sistemas de sujeción pélvica, escapular o reposa cabeza, bipedestador, estabilizadores, etc; estos elementos permitirán al niño con P.C.

⁴⁸ Lev. S Vigotsky. *Fundamentos de defectología*. Trad. Julio Guillermo Blank. Madrid: Visor, 1997. p. 60.

estar cómodo, con la postura adecuada y con ello mejorara su nivel de atención y se evitaran deformidades físicas.

- El uso de tableros u otros elementos de comunicación que sustituyan el lenguaje oral. El maestro o educador deberá de estar muy pendiente a descifrar gestos, sonidos vocálicos o movimientos específicos con la finalidad de comunicarse; existen herramientas que facilitan la comunicación, estas se denominan sistemas aumentativos de comunicación.

Estas son algunas importantes consideraciones para educar a un niño con P.C. definitivamente se requieren más elementos materiales en la práctica cotidiana, pero se demanda aún más interés y disposición para enfrentar el reto de enseñar a una persona con importantes limitaciones para moverse de forma voluntaria.

Finalmente cuando nos enfrentamos a la educación de una persona con P.C. deberemos considerar, que: “Un paciente con parálisis cerebral no es un “paralítico cerebral” sino una persona con múltiples necesidades y potencialidades, que deben ser consideradas en su conjunto”⁴⁹.

2.2. Legislación y educación especial.

A lo largo del siglo XX y lo transcurrido del siglo XXI se han promulgado diferentes leyes, declaraciones o normas internacionales y nacionales a favor de la igualdad y la atención a las necesidades de las personas con algún tipo de discapacidad, siendo de nuestro interés aquellas que enmarcan la educación de la población con discapacidad y otras condiciones de vulnerabilidad, siendo las más relevantes:

○ *Artículo tercero constitucional.*

Todo individuo tiene derecho a recibir educación... La educación que imparta el estado tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él, a la vez él amor a la patria y la conciencia de la solidaridad internacional, en la independencia y la justicia... Contribuirá a la mejor convivencia humana, tanto por los elementos que aporte a fin de robustecer en el educando, junto con el aprecio de la dignidad de la persona y la

⁴⁹ Mariana Weitzman. *Op. cit.* p. 48.

integridad de la familia, la convicción del interés general de la sociedad, cuanto por el ciudadano que ponga en sustentar los ideales de fraternidad de los derechos de todos los hombres, evitando los privilegios de raza, de religión, de grupos, de sexo o de individuos... Toda educación que imparta el estado será gratuita.⁵⁰

○ ***Ley General de Educación (México, 1993)***.

Artículo 39. -“En el sistema educativo nacional queda comprendida la educación inicial, la educación especial y la educación para adultos. De acuerdo con las necesidades especiales específicas de la población también podrá impartirse educación con programas o contenidos particulares para atender dichas necesidades”⁵¹.

Artículo 41. -“La educación especial está destinada a individuos con discapacidades transitorias o definitivas, así como a aquellos con aptitudes sobresalientes. Atenderá a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones con equidad social.

Tratándose de menores con discapacidades, esta educación propiciará su integración a los planteles de educación regular mediante la aplicación de métodos, técnicas y materiales específicos. Para quienes no logren esa integración, esta educación procurará la satisfacción de las necesidades básicas de aprendizaje para la autónoma convivencia social y productiva, para lo cual se elaborarán programas y materiales de apoyo específicos.

Esta educación incluye orientación a los padres o tutores, así como también a los maestros y personal de escuelas de educación básica regular que integren a alumnos con necesidades especiales de educación”⁵².

○ ***Declaración Mundial sobre Educación para Todos Jomtien Tailandia: Satisfacción de las Necesidades Básicas de Aprendizaje (1990)***. Toda persona debe contar con las posibilidades para satisfacer sus necesidades básicas de aprendizaje.

○ ***Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (1993)***. Se debe reconocer el principio de igualdad de oportunidades de educación en los niveles primario, secundario y superior para los niños, jóvenes y adultos con discapacidad en entornos

⁵⁰ Juan Francisco Arroyo Herrera. *Op. cit.* .p. 233-234.

⁵¹ *Ibidem.* p.249.

⁵² *Ibidem.* p.250.

integrados, además de velar porque la educación de las personas con discapacidad ocupe una parte importante en el sistema de enseñanza.

○ ***Declaración de Salamanca (1994)***. El eje central es: Educación para todos, es urgente impartir la enseñanza a todos los niños, jóvenes y adultos con necesidades educativas especiales dentro del sistema común de educación.

○ ***Conferencia Nacional. Atención Educativa a Menores con Necesidades Educativas Especiales: equidad para la diversidad (SEP-SNTE. Huatulco, México, 1997)***. Compromiso de la Secretaría de Educación Pública y del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación para ofrecer una educación de calidad a la población con necesidades educativas especiales. Las principales conclusiones son⁵³:

- Que la acreditación y certificación de estudios sea la misma para los alumnos escolarizados en servicios de educación especial o en escuelas regulares, eliminando las boletas específicas de educación especial.
- Que la evaluación del aprovechamiento de los alumnos, tanto en servicios escolarizados de educación especial como en escuelas de educación regular, tenga como referencia el Acuerdo 200 (respecto a las normas de evaluación del aprendizaje en educación primaria, secundaria y normal) de la Secretaría de Educación Pública.
- Que las escuelas que se construyan cuenten con las adecuaciones de acceso físico e hidrosanitarias necesarias.
- Que las partidas presupuestales de los servicios de educación especial se ubiquen en educación básica para garantizar las condiciones de obligatoriedad de los servicios.
- Que los alumnos escolarizados en servicios de educación especial sean considerados en la distribución de los libros de texto gratuitos y que la planta

⁵³ SEP. Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa. México, 2002, p. 14-15.

docente tenga acceso a los materiales de apoyo para la enseñanza (programas, avances programáticos y libros para el maestro, entre otros).

- Que se cuente con formatos estadísticos específicos para organizar y sistematizar la información relacionada con los alumnos con discapacidad.
- Que se favorezca la programación detallada para el CAM y las USAER.
- Que se recategoricen las plazas de educación especial, para lo cual es necesario definir las funciones de los profesionales en los distintos servicios de educación especial.
- Que los servicios de educación especial lleguen a poblaciones y comunidades en condiciones de rezago social.
- Que los centros educativos cuenten con un proyecto escolar que considere la atención de los alumnos con necesidades educativas especiales.
- Que los Consejos de Participación Social apoyen la atención educativa de estos alumnos.

○ *Ley general de las personas con discapacidad (México, 2005)* ⁵⁴

Artículo 1.- Las disposiciones de esta Ley son de orden público, de interés social y de observancia general en los Estados Unidos Mexicanos. Su objeto es establecer las bases que permitan la plena inclusión de las personas con discapacidad, en un marco de igualdad y de equiparación de oportunidades, en todos los ámbitos de la vida.

De manera enunciativa y no limitativa, esta Ley reconoce a las personas con discapacidad sus derechos humanos y mandata el establecimiento de las políticas públicas necesarias para su ejercicio.

Artículo 2.- Para los efectos de esta Ley se entenderá por:

IV. Educación Especial.- Conjunto de servicios, programas, orientación y recursos educativos especializados, puestos a disposición de las personas que padecen algún tipo de discapacidad, que favorezcan su desarrollo integral, y faciliten la adquisición de habilidades y destrezas que les capaciten para lograr los fines de la educación...

⁵⁴ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. *Ley General de las personas con Discapacidad*. México, 2005. p.1-2, 4-5.

VII. Estimulación Temprana.- Atención brindada al niño de entre 0 y 6 años para potenciar y desarrollar al máximo sus posibilidades físicas, intelectuales, sensoriales y afectivas, mediante programas sistemáticos y secuenciados que abarquen todas las áreas del desarrollo humano, sin forzar el curso natural de su maduración...

XI. Persona con Discapacidad.- Toda persona que presenta una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social...

XIII. Rehabilitación.- Proceso de duración limitada y con un objetivo definido, de orden médico, social y educativo entre otros, encaminado a facilitar que una persona con discapacidad alcance un nivel físico, mental, sensorial óptimo, que permita compensar la pérdida de una función, así como proporcionarle una mejor integración social...

Artículo 5.- Los principios que deberán observar las políticas públicas en la materia, son:

- a) la equidad;
- b) la justicia social;
- c) la equiparación de oportunidades;
- d) el reconocimiento de las diferencias;
- e) la dignidad;
- f) la integración;
- g) el respeto, y
- h) la accesibilidad...

Artículo 7.- Las personas con discapacidad tienen derecho a servicios públicos para la atención de su salud y rehabilitación integral. Para estos efectos, las autoridades competentes del Sector Salud, en su respectivo ámbito de competencia, realizarán las siguientes acciones:

I. Diseñar, ejecutar y evaluar programas para la orientación, prevención, detección, estimulación temprana, atención integral y rehabilitación para las diferentes discapacidades...

Capítulo III. De la Educación

Artículo 10.- La educación que imparta y regule el Estado deberá contribuir a su desarrollo integral para potenciar y ejercer plenamente sus capacidades, habilidades y aptitudes. Para tales efectos las autoridades competentes establecerán entre otras acciones, las siguientes:

I. Elaborar y fortalecer los programas de educación especial e integración educativa para las personas con discapacidad;

II. Garantizar la incorporación y oportuna canalización de las personas con discapacidad en todos los niveles del Sistema Educativo Nacional; así como verificar el cumplimiento de las normas para su integración educativa;

III. Admitir y atender a menores con discapacidad en los centros de desarrollo infantil y guarderías públicas y privadas.

Las normas o leyes antes mencionadas no son las únicas que tratan de la educación como un derecho fundamental para cualquier persona; sin embargo, a mi parecer, son las más representativas; es necesario conocerlas para darnos cuenta que educar a un niño con P.C. no es un trabajo de tipo caritativo o filantrópico, si no que es un derecho fundamental y es obligación de quienes las conocemos, tomarlas en cuenta, orientar a los padres y sobre todo buscar siempre la mejor opción para cada niño sin aferrarnos en integrar o segregar a todos, es importante saber que cada niño con o sin P.C. es importante como persona y con ello posee con características y necesidades específicas, por lo que estas reglamentaciones no las debemos considerar como recetas de cocina aplicables a toda la población, simplemente hay que tomarlas como punto de partida.

*“Por medio de los estímulos... todo
en la sociedad humana tiene una
intención decididamente pedagógica”
Fernando Savater*

3. LA INTERVENCIÓN TEMPRANA, COMO UNA PRÁCTICA EDUCATIVA.

3. LA INTERVENCIÓN TEMPRANA, COMO UNA PRÁCTICA EDUCATIVA.

3.1. Definición.

A lo largo de la historia de la humanidad las personas encargadas de atender y cuidar al recién nacido y al niño en edad temprana, principalmente la madre, se han dedicado a estimular de diversas formas a los niños con el entendimiento y sentido común de que le ayudará a mejorar su desarrollo, favorecer su crecimiento y calidad de vida; es así como nace la estimulación temprana herramienta que en la actualidad beneficia a una gran cantidad de niños de diversas razas, culturas y niveles socioeconómicos. Centrada en una visión en la que no solo cada niño es el resultado de una carga genética y una predisposición biológica, si no que el ambiente y los estímulos que se reciben de él, son primordiales para el adecuado funcionamiento físico, intelectual y social de cada niño y formación del futuro adulto.

Para iniciarnos en el estudio de este instrumento educativo es importante iniciar por definir como estímulo: "Todo cambio producido en el medio ambiente situado alrededor de un organismo, de tal modo que este lo capte total o parcialmente y, consecuentemente sus acciones se modifiquen en cierto grado"⁵⁵, es por ello que los estímulos deben estar presentes en el momento adecuado, en cantidad y calidad; estos pueden ser físicos y afectivos.

Así pues la Estimulación Temprana, esta:

“Basada principalmente en las neurociencias, en la pedagogía y en las psicologías cognitiva y evolutiva, que se implementa mediante programas contruidos con la finalidad de favorecer el desarrollo integral del niño. La estimulación temprana hace uso de experiencias significativas en las que intervienen los sentidos, la percepción y el gozo de la exploración, el descubrimiento, el autocontrol y el juego y la expresión artística. Su finalidad es desarrollar la inteligencia, pero sin dejar de reconocer la importancia de unos vínculos afectivos sólidos y una personalidad segura. Un aspecto a destacar es que, al menos en la mayoría de las propuestas de estimulación

⁵⁵ Tomado de: Diccionario Enciclopédico Universal Océano Color. Tomo 3. Barcelona, 1994.

temprana, el niño es quien genera, modifica, demanda y construye sus experiencias, de acuerdo con sus intereses y necesidades”⁵⁶.

La estimulación temprana puede darse en casa o bien en centros especializados bajo programas establecidos por edad u otras categorizaciones con la finalidad de potencializar las capacidades de cada niño en edades tempranas.

Existen en la literatura otras formas de denominar la estimulación temprana y a continuación se mencionan con la finalidad de no caer en confuciones ya que se trata de la misma actividad, además de que algunas de estas acepciones ya no se emplean, estas son: atención temprana, educación temprana, atención o estimulación precoz.

Desgraciadamente no para todos los niños es suficiente un programa de estimulación temprana, existen niños que por diferentes circunstancias necesitan un apoyo especial para lograr establecer funciones o patrones de conductas específicos y este apoyo es denominado Intervención Temprana, la cuál de alguna forma se deriva de la Estimulación Temprana, ya que funciona por medio de estímulos que son programados y se establecen para niños pequeños, aunque su población y características son diferentes. A continuación se presentan algunas definiciones:

“El término de Intervención Temprana tiene diferentes significados, según el contexto en que se utilice...es un sistema comunitario, amplio y coordinado para niños pequeños en desarrollo vulnerable o con retraso del desarrollo desde el nacimiento hasta los 3 años y para sus familias. La intervención temprana consiste en servicios multidisciplinarios diseñados para aumentar el desarrollo infantil, minimizar los retrasos potenciales, remediar los problemas existentes, prevenir un mayor deterioro, limitar la adquisición de otros trastornos discapacitantes y promover un funcionamiento familiar adaptativo. Los objetivos de la intervención temprana se logran proporcionando servicios de desarrollo y terapéuticos para niños, y apoyo e instrucciones para su familia... Para que las intervenciones sean significativas y eficaces, deben reflejar

⁵⁶ Ma. Del Carmen Ordóñez Legarda, et.al. *Enciclopedia: Estimulación Temprana. Inteligencia emocional y cognitiva*. Madrid: Cultural, 2004. p. 5.

características individuales, culturales y ambientales específicas y las necesidades de la familia”⁵⁷.

“La Intervención Temprana es una amplia variedad de apoyos educativos, asistenciales, de atención del niño y de su familia destinados a reducir los efectos de la discapacidad o a prevenir los problemas del desarrollo-aprendizaje en etapas posteriores de la población con alto riesgo”⁵⁸.

“Conjunto de técnicas psicopedagógicas encaminadas a potenciar al máximo las potencialidades del niño que presenta déficits o dificultades en su desarrollo, tanto en el ámbito motor, cognitivo, social, perceptivo, lingüístico o afectivo”⁵⁹.

“Conjunto de técnicas educativas que tienen por finalidad paliar la falta de estímulos y los problemas de aprendizaje en niños con deficiencias claras o, simplemente, los niños incluidos en el grupo de los denominados de alto riesgo, pretendiendo potencializar al máximo las posibilidades psicofísicas del niño mediante la intervención regulada, sistemática y continuada llevada a cabo en todas las áreas del desarrollo, sin forzar el curso lógico de la maduración del sistema nervioso central, incluyendo como sujetos susceptibles de recibir dicha técnica a toda la población comprendida entre los 0 y los 3 años”⁶⁰.

“La Intervención Temprana es un término general que se ha usado para describir programas para niños que presentan algún problema en su desarrollo, y hace referencia a tratamientos educativos o terapéuticos diseñados para prevenir o para mejorar posibles alteraciones o una deficiencia ya existente en una población determinada de niños”⁶¹.

Así pues la Intervención Temprana, en adelante IT, se refiere a aquellos programas de tipo educativo y/o terapéutico diseñados para niños que presentan o pueden presentar algún problema en el desarrollo, con la finalidad de prevenir consecuencias significativas de la condición que

⁵⁷ Helen Hopkins. et.al. *Op. cit.* p. 458-459.

⁵⁸ William Heward. *Niños excepcionales. Una introducción a la educación especial.* Trad. Ángeles Espinosa Bayal, Madrid: Prentice Hall, 1998. p. 526.

⁵⁹ Zulueta. Citado en: Isabel Paula Pérez. *Op. cit.* p. 301.

⁶⁰ Santiago Sáenz. Citado en: Isabel Paula Pérez. *Ibidem.* p.302.

⁶¹ Isidoro Candel. *Programa de Atención Temprana. Intervención en niños con síndrome de Down y otros problemas del desarrollo.* Madrid: CEPE, 2002. p. 17.

presenten o mejorar las capacidades del niño; utilizando para ello técnicas específicas, recursos materiales y humanos, así como un amplio respaldo teórico en diversas disciplinas científicas.

Algunas características que requiere un programa de IT, para ser considerado educativo, son:

- Ser planificado y sistematizado.
- La estructura curricular debe estar basada en principios de enseñanza-aprendizaje.
- Considera vital la participación activa del niño, ya que es considerado el responsable de su aprendizaje.
- Se considera al niño con discapacidad, como niño, con características comunes a las de todos los niños en primer lugar y sólo después como niño con una discapacidad.
- Se consideran los intereses, progresos y observaciones del niño, como eje central para establecer los objetivos.
- Las actividades y materiales de aprendizaje deben ser coherentes con la vida del niño.
- Tener establecidos con claridad y de forma secuenciada los objetivos generales y específicos y que estos a su vez puedan ser evaluables.
- Saber que “Las conclusiones surgidas en los conocimientos diagnósticos...nunca son definitivas”⁶². Y se trabaje para potencializar las funciones deficientes o mantenerlo en su menor expresión.
- Considera la inteligencia como una entidad susceptible de cambios a partir de intervenciones educativas.
- Considere las características de la alteración a tratar.
- Introducir, asesorar y capacitar a la familia en el proceso de intervención, empleando para ello un lenguaje claro y comprensible.
- Una de las metas finales es la integración social y ambiental en que se desenvuelve cada niño.

⁶² Gerhard Heese. et.al. *La estimulación temprana en el niño discapacitado*. Trad. Raúl Ernesto Walder. México: Panamericana, 1998. p. 21.

3.2.Sustento teórico.

“La intervención temprana se fundamenta en la creencia de que las experiencias tempranas son útiles para el futuro desarrollo del niño...estas experiencias son esenciales para el desarrollo posterior porque existe una continuidad entre la conducta temprana y la posterior”⁶³.

La IT se considera una alternativa terapéutica y educativa ya que es un programa sistematizado y con una estructura curricular centrada en las primeras etapas de la vida, por lo que la educación infantil se presenta como tema central para sustentar la práctica de la IT.

Otro elemento importante a conocer es el componente biológico del que cada niño esta estructurado, así como la formación del Sistema Nervioso y como este recibe los estímulos provenientes del exterior para realizar y compensar funciones que le permitan desenvolverse lo mejor posible, ya que el Sistema Nervioso es el enlace entre el interior y el exterior del niño por lo que estructurar el ambiente del niño por medio de organizadores externos permitirá que funcionen como canalizadores para mejorar el desarrollo y estos organizadores son sociales al 100% por lo que el componente biológico del niño, el medio ambiente y el desarrollo del niño son temas que se desarrollan a continuación para sustentar la práctica de la IT.

3.2.1.Educación en la primera infancia.

En su sentido más amplio hablar de educación es referirse a cualquier acción en la que se busca producir un cambio mediante el control sistemático de las circunstancias proporcionadas por el medio ambiente. Así pues organizar y controlar el medio ambiente con la finalidad de producir un aprendizaje en el niño y su familia es un proceso educativo.

Si consideramos que el aprendizaje se produce a lo largo de toda la vida, entonces sabemos que si iniciamos un proceso educativo en las primeras etapas de la vida obtendremos logros ya que el niño por pequeño que sea posee la capacidad de recibir la información, estructurarla y proporcionar un cambio visible, de hecho se considera que entre más temprana se inicie la

⁶³Diane Bricker. *Educación temprana de niños en riesgo y disminuidos. De la primera infancia a preescolar*. Trad. Pilar de Anta López y Eduardo Godínez de Arce. México: Trillas, 1991. p. 27.

aplicación de dicho programa, mejores serán los resultados obtenidos ya que el niño presentará una mayor disposición al aprendizaje, pero este tema se profundizará más adelante.

Dos grandes investigadores y educadores: Vigotsky y Piaget sostenían que los niños construyen de forma activa su conocimiento del mundo y esto es pues el principio central para educar al niño desde el inicio de su vida.

Respecto a los precursores educativos de los programas de Intervención Temprana, se encuentran: Roberto Owen, Friedrich Froebel y Montessori, ya que aunque ellos no trabajaron bajo la perspectiva de la IT, fueron los primeros en hacer programas de tipo educativo para niños en los primeros años de vida y cuyas condiciones sociales y físicas los ponían en desventaja, con el objetivo de ayudar a esos niños a mejorar su condición de vida.

En nuestro país y casi en todo el mundo, actualmente existen programas de educación inicial, para la SEP, la “Educación Inicial es el servicio educativo que se brinda a niñas y niños menores de seis años de edad, con el propósito de potencializar su desarrollo integral y armónico, en un ambiente rico en experiencias formativas, educativas y afectivas, lo que le permitirá adquirir habilidades, hábitos, valores, así como desarrollar su autonomía, creatividad y actitudes necesarias en su desempeño personal y social”⁶⁴.

O bien existen programas de educación comunitaria, encabezados por CONAFE, en los cuales educadores especializados forman y capacitan a los padres de familia para mejorar sus sistemas y métodos de crianza.

Sin embargo, aunque este tipo de programas se aproxima a la IT, no son lo mismo ya que la IT, esta diseñada para una población diferente y lamentablemente en México no existen muchos programas sistematizados de este tipo, lo más aproximado a ello son los servicios que el CAM proporcionan o algunos hospitales o centros especializados en rehabilitación, pero estos últimos son más bien de tipo terapéutico y no educativo.

⁶⁴ SEP. www.sep.gob.mx. Consultado el 14-Julio-2006.

Generalmente los programas de IT se deben centrar en actividades lúdicas y de interés general para el niño, uno de los elementos centrales es el juego el cuál es considerado como una actividad esencial para propiciar el crecimiento y desarrollo del niño.

La educación en edades tempranas tiene como finalidad que los niños generen una percepción positiva de sí mismos y de su entorno, favorecer el lenguaje, el movimiento voluntario, la socialización y la vida independiente, así como generar interés y preparar para el ingreso a la escuela formal, primordialmente con actividades previas a la lectura, la escritura y el cálculo.

Ya Vigotsky en su época hablaba de que las escuelas especiales se centran en el déficit que presentan sus alumnos y no en introducirlo en la verdadera vida, siendo a mi parecer el que debiera ser el objetivo primordial en cualquier programa educativo para poblaciones vulnerables. “Todo lo que se haga a nivel escolar es fundamental, todo lo que se haga para evitar que el niño inicie su escolaridad, ya con desventajas, es más importante aún”⁶⁵.

Cabe destacar que, lo ideal es que la educación regular se sustituyan lo menos posible por los programas de educación especial, por eso es importante que el niño con riesgo probable o establecido inicie un programa de IT antes de iniciar su escolaridad formal y con ello aumentar las posibilidades de que asista a una escuela regular.

Finalmente, hay que mencionar que una de las aportaciones que hizo Vigotsky a la educación para facilitar la enseñanza, la Zona de Desarrollo Próximo (ZDP) que “Es el término que utilizó Vigotsky para el rango de las tareas que resultan difíciles para que los niños las realicen solos, pero que pueden aprender con la guía y asistencia de los adultos o de otros niños mas cualificados”⁶⁶. Esto se menciona en este apartado ya que será uno de los ejes centrales para la propuesta pedagógica que se presenta en el siguiente capítulo.

⁶⁵ Guadalupe Nieto Ríos. *Op. cit.* p. 9

⁶⁶ John Santrock. *Op. cit.* p. 221.

3.2.2. Postura orgánica.

Durante la etapa prenatal e infantil temprana, el cerebro experimenta periodos rápidos de desarrollo y es importante conocer esto ya que “Es el cerebro en realidad con el cuál el hombre aprende, comunica, oye y ve”⁶⁷ por lo que el desempeño de cada persona esta condicionado por el adecuado funcionamiento del cerebro: “El desarrollo humano es la historia de los extraordinarios cambios que se producen dentro de la cabeza del niño”⁶⁸. El desarrollo cerebral se puede dividir en 4 etapas, algunas de estas se pueden superponer temporalmente, estas son:⁶⁹

1. Periodo en el cuál se generan las células nerviosas (neuronas) y se reproducen. Este periodo se ubica entre las semanas gestacionales 15 y 25. Los estudios demuestran que un recién nacido cuenta con aproximadamente 10 billones de neuronas.
2. Periodo en que se generan las células gliales, las cuáles constituyen el entorno de las neuronas y son importantes para el funcionamiento de dichas células. Se forman entre las 28 semanas de gestación y fines del primer año de vida.
3. Diferenciación de las neuronas, las neuronas forman sinapsis permitiendo al cerebro cumplir con su cometido: incorporar información, elaborarla, almacenarla para tenerla disponible y liberarla, asignándose una especialización a cada neurona. Este periodo comienza alrededor de la fecha del parto y finaliza al principio del cuarto año de vida.

“Al principio las neuronas no hacen más que aproximarse a su forma y funcionamiento adulto; la precisión se alcanza según van respondiendo a los estímulos”⁷⁰.

“Las sinapsis son espacios entre las neuronas y donde las conexiones entre los axones y las dendritas tienen lugar. A medida que el desarrollo del niño se produce, las conexiones sinápticas entre los axones y las dendritas proliferan”⁷¹. A través del uso repetido de ciertas sinapsis, las neuronas sufren cambios en su estructura, haciéndose más estables, seguras y automáticas.

⁶⁷ Gerhard Heese. et.al. *Op. cit.* p. 23.

⁶⁸ Ann Barnet. et.al. *El pensamiento del bebé*. Trad. Edith Zilli. Buenos Aires: Ediciones B Argentina, 2000. p.21.

⁶⁹ Gerhard Heese. et.al. *Op. cit.* p. 23.

⁷⁰ Ann Barnet. et.al. *Op. cit.* p. 26.

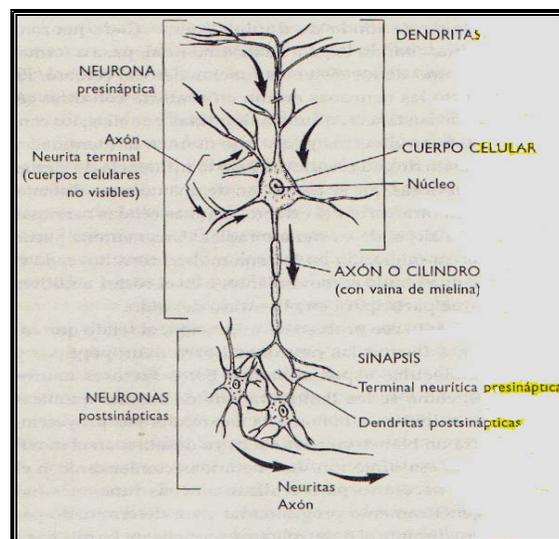
⁷¹ John Santrock. *Psicología del desarrollo en la infancia..* Trad. Brenda Navarro Castellet. Madrid: Mc Graw Hill, 2003. p. 120.

Se sabe que la mitad de estas conexiones no serán nunca utilizadas, ya sea que desaparezcan o sean sustituidas por las que sí son utilizadas, muriendo aquellas que no tienen éxito en la competencia por vincularse con otras. Las experiencias tempranas juegan un papel crítico para determinar cuáles sinapsis sobrevivirán, ya que se cree que lo que no se utiliza se pierde.

4. Las fibras nerviosas se hacen funcionales, al recubrirse por vainas aislantes, proceso que se denomina mielinización, esto permite que los impulsos excitatorios pueden ser transportados a través del nervio, sin causarse corto circuito, además de acelerar la transmisión de los impulsos. Esta etapa inicia con el nacimiento y se mantiene con intensidad hasta el sexto año de vida, para extinguirse alrededor de los 15 años de edad.

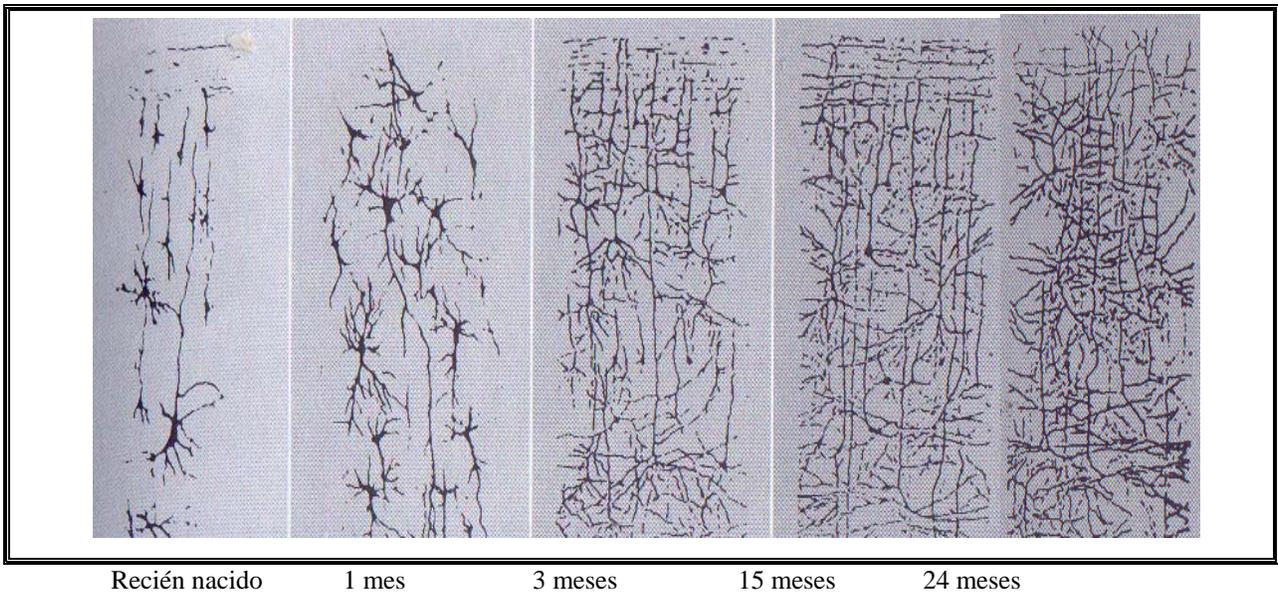
Si observamos con atención lo antes mencionado, podemos ver que tres de las cuatro fases ocurren en el primer año de vida, siendo el momento de mayor vulnerabilidad pero también el más importante para establecer las bases fisiológicas para un adecuado desarrollo.

A continuación se muestra un esquema de una neurona y de la sinapsis para comprender como las dendritas reciben información desde otras neuronas, músculos o glándulas, a través del axón y estos a su vez transmiten la información desde el cuerpo celular⁷².



⁷² Tomado de: Ann. Barnet. et.al. *Op. cit.* p. 24.

El siguiente esquema muestra como se dá la expansión de las dendritas y con ello el aumento de conexiones nerviosas durante los primeros dos años de vida.⁷³



Se considera que “Entre el nacimiento y el fin del primer año, la masa encefálica aumenta prácticamente un 50 %”⁷⁴, alrededor de los 3 años el cerebro pesa aproximadamente el 75% de su peso adulto y para los 5 años habrá alcanzado el 90% de su crecimiento total. Es importante señalar que de la abundancia de conexiones dependerá el tamaño, la flexibilidad y fuerza del cerebro.

La formación de sinapsis durante este tiempo depende del medio ambiente, por lo que sí los estímulos que se presentan durante esta época y los años siguientes son variados y abundantes serán promotores del desarrollo. Esto se sustenta mediante investigaciones⁷⁵ realizadas con animales los cuales eran insertados en ambientes ricos en estímulos y otros sin estímulos, comprobándose que los que crecieron en medios estimulantes presentaban mejor desarrollo cerebral, sus cerebros pesaban más, tenían capas más gruesas, más conexiones neuronales y aun mayor nivel de actividad neuroquímica.

⁷³ Tomado de: John Santrock. *Op. cit.* p. 121.

⁷⁴ Gerhard Heese. et.al. *Op. cit.* p. 25.

⁷⁵ Citadas en: John Santrock. *Op. cit.* p. 124.

Por lo que, el cerebro del bebé esta esperando las experiencias que se le presenten del entorno para determinar la realización de sinapsis, es de gran ayuda: sonidos, olores, el lenguaje y el contacto físico; para determinar la forma de las conexiones neuronales posterior al nacimiento ya que antes del nacimiento la estructura cerebral estará dada en términos de la genética de cada persona.

Para comprender la genética, sabemos que los seres humanos poseemos un mecanismo para transmitir nuestras características de una generación a otra, esto se da a través de un código genético que heredamos de nuestros padres y éstos a su vez de sus padres, por medio de células denominadas genes que contienen dicha información.

Se conoce de una variedad de estudios de niños que por diferentes razones tuvieron una carencia significativa de estímulos ambientales (él mas conocido es el de Víctor, en Francia) y presentaron logros importantes, pero no radicales, esto nos puede hablar de las posibilidades de recuperación del cerebro, pero también del poder que tiene un ambiente rico en estímulos para favorecer el desarrollo y cómo cuando éste falla deja como secuela un daño irreversible; además de que la edad en que se estimule será de capital importancia pues el cerebro inmaduro de un niño es capaz de tener una recuperación en mejor grado que el de un adulto.

El cerebro humano es maleable, los investigadores han observado la capacidad que tiene de reorganizarse ante una lesión cerebral. “El cerebro se organiza y reorganiza a lo largo de toda la vida... pero se reconoce ampliamente que, en los dos o tres primeros años de la vida, el cerebro se moldea a una velocidad que jamás será igualada”⁷⁶.

“Si a causa de una minusvalía morfológica o funcional algún órgano no puede cumplir plenamente sus tareas, el Sistema Nervioso Central y el aparato psíquico del hombre asumen la tarea de compensar el funcionamiento dificultado de ese órgano”⁷⁷.

Uno de los elementos para fundamentar a la IT es la plasticidad cerebral y esta es la capacidad del cerebro para reorganizarse y compensar las funciones alteradas o perdidas como

⁷⁶ Ann. Barnet. et.al. *Op. cit.* p. 360.

⁷⁷ Lev. S. Vigotsky. *Op. cit.* p. 15.

consecuencia de una lesión cerebral. Sin embargo como pedagogos desconocemos realmente como se dan los cambios en las estructuras fisiológicas del cerebro, nosotros solo podemos determinar cambios en la funcionalidad de las personas con discapacidad y estos cambios los atribuimos a la educación especial que proporcionamos.

Existen dos leyes que rigen el desarrollo del SN, estas son:⁷⁸

1. Ley de la plasticidad. Se cree que en las primeras etapas del desarrollo las células nerviosas son susceptibles de desempeñar funciones de suplencia o de sustitución de otras células, en el caso de niños que han sufrido alteraciones importantes en su cerebro, se observa que el cerebro muestra cierta flexibilidad pero en determinados momentos limita los avances, a pesar de la estimulación constante, por lo que aún queda mucho por investigar y descubrir al respecto.
2. Ley de la especialización. La especialización de las células nerviosas en las primeras etapas del desarrollo es mínima, pero va aumentando progresivamente. De aquí que a cada estructura o segmento cerebral se le asignen diferentes funciones las cuales se van especializando conforme pasan los años.

“El medio del individuo se relaciona o esta unido a sus propensiones genéticas”⁷⁹ por lo que los genes y el entorno están presentes en todos y trabajan juntos para producir la personalidad, inteligencia y todas las características de una persona y es necesario considerarlos en conjunto, ya que dependiendo del ambiente será como se comporten los genes, por lo que una alteración de tipo biológico o un entorno pobre en estímulos pueden generar alteraciones en el desarrollo regular de un niño.

3.2.3.Desarrollo infantil.

A lo largo del siglo pasado, principalmente, se originaron diversas teorías acerca de cómo se da el desarrollo de la infancia, desde diferentes posturas; estas teorías generalmente están centradas

⁷⁸ Isabel Paula Pérez. *Op. cit.* p. 309.

⁷⁹ John Santrock. *Op. cit.* p. 69.

en escalas o medidas de progresión en las que se mencionan las habilidades o conductas que cada niño, cuyo desarrollo no ha presentado alteraciones, debe realizar a determinada edad y estas son cada vez más complejas. Dichas escalas son también de utilidad para detectar retrasos u otras alteraciones en el desarrollo. Estas herramientas de evaluación tratan de determinar el desarrollo del niño en seis áreas claves, las cuales no necesariamente están presentes en todas las escalas existentes, estas son:

1. Capacidades cognitivas.
2. Habilidades motoras.
3. Capacidades de comunicación y lingüísticas.
4. Habilidades sociales y lúdicas.
5. Desarrollo emocional y afectivo.
6. Capacidades adaptativas y de autonomía personal.

Las áreas del desarrollo son interdependientes. La adquisición de habilidades o su interrupción en alguna área afecta el desarrollo de otras.

“El desarrollo incluye cambios de la conducta, los pensamientos, los sentimientos y la competencia en múltiples áreas de funcionamiento. El desarrollo se deriva en parte de la maduración y en parte de las interacciones con el entorno social y físico”⁸⁰.

Algunas definiciones de desarrollo, nos dicen que:

El desarrollo es “un producto de interacciones dinámicas y continuas del niño y las experiencias que proporciona su familia”⁸¹.

“Por desarrollo consideramos a los cambios que se presentan a lo largo de la vida del individuo en función del tiempo, la maduración y los aprendizajes producto de la interacción de la herencia, el medio ambiente y el sí mismo”⁸².

⁸⁰ Bailey. Citado en: William Heward. *Op. cit.* p. 547.

⁸¹ Helen Hopkins. *Op. cit.* p. 459.

⁸² Ma. Cristina Bolaños. *Aprendiendo a estimular al niño. Manual para padres y educadores con enfoque humanista.* México: Limusa, 2003. p. 19.

“El desarrollo normal es una guía útil de intervención, y el patrón según el cuál se mide las necesidades y adelantos de los individuos. La curricula se propone enseñar a los niños discapacitados todas las capacidades que los niños normales desarrollan sin entrenamiento específico o pueden evaluar las necesidades que los niños ya han aprendido para enseñarles solo lo que les falta; en ambos casos su objetivo final es ayudarles a desarrollar todas las capacidades de sus compañeros no discapacitados de la misma edad”⁸³.

Existe una creencia acerca de la continuidad según la que se cree que las conductas evolucionan, de tal forma, que se requieren las conductas anteriores para realizar otras más complejas, esto por una idea de permanencia, es decir, una conducta determinada proporciona las bases para el desarrollo de la próxima y ésta a su vez afectará en la siguiente. “El aprendizaje de la mayoría de los niños sigue unas pautas desarrollo, o al menos unas progresiones lógicas, que los impulsan a tener repertorios de respuestas cada vez más complejos”⁸⁴.

Para Gesell el desarrollo avanza según planes preestablecidos, los cuáles desde su punto de vista son difíciles de interrumpir, él pensaba que el comportamiento no se da forma arbitraria o por casualidad si no que este ya esta determinado, de aquí su utilidad para diagnosticar anomalías en el desarrollo de un niño, también consideraba que el comportamiento tiene su origen en el desempeño cerebral. Para él: “Comportamiento o conducta son términos adecuados para todas las reacciones del niño, sean ellas reflejas, voluntarias, espontáneas o aprendidas”⁸⁵, Gesell decía que: “Los productos conductuales finales de la totalidad del proceso del desarrollo son la consecuencia de la continúa interacción entre la dotación genética y el ambiente”⁸⁶.

Gesell determino 5 áreas de la conducta, como representativas de los diferentes aspectos del desarrollo, estas son:

1. Conducta adaptativa. Se refiere a como el niño percibe y organiza los estímulos, como los descompone o los reúne para formar una totalidad y la capacidad que presente para

⁸³William Heward. *Op. cit.* p. 542-543.

⁸⁴ Diane Bricker. *Op. cit.* p. 14.

⁸⁵ Arnold Gesell. *Op. cit.* p. 29.

⁸⁶*Ibidem.* p. 30.

resolver problemas simples. Esta conducta es precursora de la inteligencia ya que es la referente al uso de la experiencia para solucionar problemas.

2. Conducta motriz gruesa. Son aquellas habilidades y reacciones posturales que involucran a los grandes segmentos corporales.
3. Conducta motriz fina. Consiste en el uso de las manos y los dedos para realizar determinada actividad.
4. Conducta del lenguaje. Comprende todas las formas de comunicación que pueda establecer el niño a determinada edad, incluyéndose la expresión, comprensión e imitación.
5. Conducta personal-social. Se refiere a como de forma individual reacciona el niño ante un contexto social y cultural en el que se desenvuelve.

El desarrollo sigue dos tipos de leyes: céfalo-caudal y próximo distal, el primero se refiere a que la secuencia del desarrollo inicia en la parte superior del cuerpo y desciende gradualmente a la parte inferior del cuerpo; es decir, inicia con la cabeza, siguen el cuello y el tronco para finalizar con las extremidades inferiores; el segundo patrón del desarrollo indica mayor maduración y crecimiento del centro del cuerpo hacia las extremidades, por ejemplo primero se presenta el control de los brazos y posteriormente manos y dedos.

En niños con discapacidades u alteraciones graves del desarrollo es necesario emplear las secuencias del desarrollo como guía general y aplicar consideraciones a favor de la funcionalidad a la hora de seleccionar los objetivos educativos para cada niño, se piensa que “La presencia de patologías específicas puede influir en las formas de respuesta que surgen, de manera que produzcan desviaciones significativas en el curso del desarrollo seguido por un infante”⁸⁷.

“La reorganización del daño neurológico sigue las mismas leyes que el desarrollo neurológico”⁸⁸. Se piensa que aún en casos de lesiones importantes y con desorganización se siguen las mismas leyes del desarrollo, de tal forma que aún en el desorden hay un orden a seguir.

⁸⁷ Diane Bricker. *Op. cit.* p. 16.

⁸⁸ Norma del Río. *Creciendo juntos. Un modelo de intervención temprana para prevenir alteraciones del desarrollo basado en el sistema madre-hijo.* México: UAM y UNICEF, 1999. p. 9.

“La mayoría de los niños siguen la ruta estipulada, pero eso no significa que el especialista que hace la intervención no pueda o no deba considerar variaciones cuando un niño tiene una incapacidad que le posibilita avanzar por la ruta común. El modelo del desarrollo es útil solo cuando se considera y aplica con un entendimiento fundamental de las diferencias individuales. Su valor radica en que proporciona una visión general del curso que sigue el desarrollo en esferas importantes de la conducta”⁸⁹

Vigotsky, también consideraba que el niño con alteraciones en el desarrollo debe ser medido y evaluado con los mismos patrones que los que presenta un niño con desarrollo regular.

“Si tenemos por delante los principios que rigen el desarrollo, podremos incorporar a nuestro trabajo elementos de la historia del sujeto para anclar las conductas sobre las que nos proponemos intervenir”⁹⁰ y esta será parte de la propuesta pedagógica que en este documento se presenta.

3.2.4. Factores sociales y ambientales.

A lo largo de la historia de la humanidad han existido tres filosofías o formas de visualizar la naturaleza del niño y enfrentar su proceso de aprendizaje, una primera perspectiva nos dice que los niños eran percibidos como malos por naturaleza y el objetivo de la educación era darles la salvación para librarlos del pecado original, una segunda visión nos habla de la tabula rasa propuesta por el filósofo inglés John Locke argumentando que los niños son como una página en blanco y dependiendo las experiencias de la infancia se determinan las características del adulto y finalmente la visión de la bondad innata propuesta por Rousseau en la que se postulaba que el niño es un ser bueno por naturaleza.

Partiendo de estas tres ideas, el fundamento de la intervención temprana se relaciona con la segunda visión en la que se considera que el niño es un ser neutral, y el medio es crucial para determinar la dirección y la velocidad en que se presentará su crecimiento posterior.

⁸⁹ Diane Bricker. *Op. cit.* p. 17.

⁹⁰ Norma del Río. *Op. cit.* p. 1.

Es necesario conocer las limitaciones genéticas y el desarrollo ya que puede verse mejorado o disminuido por las características del medio en que se desenvuelve:

“El crecimiento y desarrollo del niño de corta edad depende, en parte, de su primer ambiente, con el cuál adquieren importancia el contexto y la disposición de los sucesos ocurridos durante los años de formación”⁹¹.

“Las funciones que se desarrollan y la rapidez con que se adquieren dependen del grado de influencia de los factores del ambiente y de la cantidad de información recibida”⁹².

Por lo antes mencionado debemos tener en cuenta que las características, el desarrollo y el crecimiento de cada niño, estarán dados en proporción por su condición biológica pero de manera muy significativa por la calidad y cantidad de estímulos que reciba en el medio ambiente en el que se desenvuelve.

Vigotsky, creador de la teoría sociocultural del aprendizaje consideraba que el aprendizaje se construye a partir de relaciones sociales y culturales que cada cual establece desde edades muy tempranas por lo que estas relaciones son necesarias para el desarrollo del niño, ya que consideraba que el conocimiento se favorece a través de la interacción con los otros y en actividades que requieren cooperación.

“Entre el mundo y el hombre está, además, el medio social que refracta y orienta todo lo que parte del hombre hacía al mundo y del mundo hacía el hombre... Por eso la carencia... implica, ante todo, la pérdida de las más importantes funciones sociales”⁹³.

De aquí que para él la educación especial era un problema de índole social ya que es en este aspecto dónde el niño con discapacidad encuentra mayores dificultades para desenvolverse.

⁹¹ Diane Bricker. *Op. cit.* p. 46.

⁹² *Ibidem.* p. 133.

⁹³ Lev. S. Vigotsky. *Op. cit.* p 74.

3.3. Población candidata a recibir intervención temprana.

Existen 3 grupos de niños que son los beneficiarios directos para recibir y formar parte de un programa de IT, así como sus familias, por lo que estos programas se dirigen a:

- **Niños con riesgo ambiental.** A esta población pertenecen aquellos niños que generalmente son biológicamente sanos, pero viven en condiciones de pobreza y marginalidad extrema y por ello están privados de recibir experiencias vitales, por ejemplo: falta de hogar, agresión u otras negligencias por parte de los padres, madres jóvenes, padres alcohólicos o drogadictos, niños de familias muy desestructuradas. Es uno de los sectores que más se benefician de ser parte de un programa de Intervención Temprana ya que tiene más posibilidades de salir adelante a su carencia, por no presentar alteración en su estructura biológica.

“A la mayoría de los niños de corta edad que viven en la pobreza puede dárseles el impulso necesario para que se desempeñen bien dentro de la escuela pública y después como ciudadanos productivos”⁹⁴.

- **Niños con riesgo biológico.** En este grupo entran aquellos niños que, aunque no presentan ninguna discapacidad, se considera que tienen posibilidades de mostrar futuros problemas a corto o largo plazo en el desarrollo. Este término se aplica con frecuencia a bebés y niños que por las condiciones que rodearon su nacimiento, ya sean problemas durante los periodos prenatales, perinatales o neonatales presentan un historial de probable daño biológico por lo que se cree pueden presentar problemas en etapas posteriores, estas condiciones pueden ser de la madre o del bebé. Una de las situaciones más comunes de riesgo biológico es la prematurez o el bajo peso al nacer.

La mayoría de estos niños recibieron atención al momento de su nacimiento en la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales) lo cuál les permite vivir, pero con

⁹⁴ Diane Bricker. *Op. cit.* p. 49.

posibilidades de presentar alteraciones. Esta una causa de discapacidad en la actualidad, pero finalmente permite al niño vivir, aunque a un elevado costo.

Lamentablemente no existen en todos los hospitales públicos o privados que brindan los servicios necesarios para el parto, ya que es en estas unidades donde se brindan cuidados médicos especiales y cuentan con equipos especializados para monitorear y mantener con vida al bebé, y la carencia de estas unidades también puede aumentar las posibilidades de presentar riesgos biológicos a niños que si hubiera UCIN no lo serían.

Es importante señalar que actualmente la tecnología y los avances médicos han propiciado que los recién nacidos con riesgo biológico vayan en aumento ya que brindan la oportunidad de vivir a niños que presentan condiciones médicas muy complejas.

Se cree existe baja relación entre las condiciones de vida durante los primeros meses y el desarrollo de los años posteriores: “No todos los niños calificados como de alto riesgo desarrollan discapacidades. Algunos crecen y desarrollan una vida normal sin ayudas especiales”⁹⁵.

- **Niños con alguna alteración en el desarrollo o algún tipo de discapacidad.** Esta clasificación también se conoce como niños con riesgo establecido y que presentan desde edades tempranas un desarrollo atípico y se aplica a aquellos niños que presentan alteraciones *genéticas y cromosómicas*, tales como: Sx. de Down, Sx. de Turner, Sx. *cri du chat*, etc; *Trastornos metabólicos*, como son: fenilcetonuria, mal de Tay Sach, galactocemia, entre otros; *daños neurológicos*, como: Parálisis Cerebral, espina bífida, hidrocefalia, epilepsia; y *alteraciones físicas* en este rubro se agrupan anomalías ortopédicas: distrofia muscular, osteogénesis imperfecta, artritis reumatoide y deformaciones de la columna o los huesos; alteraciones de la salud: diabetes, infecciones, hepatitis, nefrosis, fibrosis quística, *trastornos sensoriales*: auditivos, visuales, hiper e hiposensibilidad y finalmente niños con *retraso en el desarrollo*, en cualquiera de las

⁹⁵ William Heward. *Op. cit.* p. 541.

áreas del desarrollo: comunicación, motriz, cognitiva y social y que no tienen una etiología determinada claramente.

Se consideran al Dr. Itard y a Alfred Binet como los iniciadores en la realización de trabajos educativos con niños con discapacidad.

Algunas investigaciones arrojan como resultado de la aplicación de programas de IT, que: “La intervención preescolar acelera el ritmo del desarrollo mental y social, mientras que si se carece de ella a esa edad el desarrollo mental y social tiende a ser más lento”⁹⁶.

“Quizá no se desempeñan nunca completamente dentro de los límites de normalidad en algunas áreas conductuales, pero hay datos que indican que es posible ayudar a estos niños disminuidos a que lleguen a ser más adaptados e independientes”⁹⁷.

- **Madres o principal cuidador del niño con alguna de las 3 condiciones citadas anteriormente.** A partir de considerar a la madre uno de los vínculos más importantes para la formación de cada persona y que la estrecha relación entre madre e hijo no termina con el nacimiento, si no que sigue en proceso y a partir de diversas investigaciones en la que la madre se involucra en el programa de IT los resultados son más notables, por lo que en la actualidad muchos programas consideran a la mamá como una coterapeuta importantísima para la mejora de cada uno de los niños.

Además los programas de IT, presentan un generalizado interés por el medio en que se desenvuelve el niño, siendo la figura más importante la madre y en los casos en lo que no se presente, estos programas se dirigirán a la persona más cercana al niño que se responsabilice de su atención durante la mayor parte de tiempo, ya que estas personas organizarán el medio y darán atenciones y cuidados al niño en su vida cotidiana. Será la persona que lleve a la casa y a los otros entornos del niño el programa y lo aprendido en él.

⁹⁶ Diane Bricker. *Op. cit.* p. 55.

⁹⁷ *Ibidem.* p. 60.

La relación que se establece entre el niño y la persona que lo cuida es considerada una relación en la que cada uno influye decisivamente en el comportamiento del otro y cuando los niños presentan alto riesgo, los expertos en IT señalan que esta relación está alterada y en algunos casos ausente, por lo que es vital rescatar dicha relación. “Los bebés privados del contacto afectuoso de una figura parental no crecen bien, aunque se satisfagan sus otras necesidades básicas”⁹⁸.

Es común que la madre se enfrente a la dificultad para interpretar las señales comunicativas del niño, con inseguridad para moverlos y realizar las actividades de higiene, cuidados y alimentación por lo que los programas permitirán apoyar a la madre para que se adapte y maneje de la mejor forma al niño dando para ellos las habilidades necesarias, así como aprender formas para interpretar las emociones del niño.

- **Familia.** En un principio son los más necesitados de información y éste es uno de los factores de mayor importancia para mejorar la vida de los niños en riesgo por ser el apoyo emocional e inclusive económico que se da en la familia en momentos de tensión.

El programa de IT, para apoyar a la familia deberá: Brindar información clara y orientación acerca de las características y necesidades del niño, así como ubicar respecto a los servicios sociales que necesita recibir, así como el tipo de asistencia médica y cuidados que necesita. Se sabe que entre mayor conocimiento presente la familia respecto a la situación del nuevo bebé, esta presentará más interés en el niño.

La pareja y padre del niño será el apoyo de la madre, inclusive puede ser el que se responsabilice de asistir y trabajar en el programa de IT, los hermanos serán una de las principales fuentes de aprendizaje para el niño por medio de la imitación y motivación para realizar determinadas conductas y finalmente los abuelos representan un apoyo familiar vital por lo que es importante integrarlos al programa. De todos ellos depende el éxito e impacto a largo plazo, ya que serán quienes trabajen con el niño a lo largo de su vida, inclusive estimulándolo de forma inconsciente y sobre todo dando el afecto que el niño necesita.

⁹⁸ Ann Barnet. et.al. *Op. cit.* p. 158.

3.4. Beneficios de un programa de intervención temprana.

Hay dos variables relacionadas con la eficacia de la IT: La intensidad de la intervención y el nivel de participación. “Cuanto antes empiece el tratamiento de un niño discapacitado, mas probabilidades habrá de retornarlo a la normalidad”⁹⁹.

“El objetivo fundamental de la Intervención Temprana será que se constituya en un servicio preventivo ya que a través de las diferentes experiencias en este nivel educativo... se hace evidente que la estimulación oportuna de las potencialidades del niño, no solo favorece notable el proceso de desarrollo de aquellos niños que presentan ya un daño específico; cuando es utilizado en niños en los que presume la presencia de un daño, la mejoría y recuperación de los niveles del desarrollo son francamente notables”¹⁰⁰.

De manera general, los principales beneficios que se pueden presentar en un niño que es participe de un programa de IT, son:

- Mejorar al máximo el desarrollo final del niño.
- Ayudar a prevenir incapacidades posteriores, asociadas al primer daño neurológico.
- Apoyar y educar a la familia lo antes posible para encarar las situaciones a las que se enfrenta la familia. Reducir la tensión familiar. Mejorar la relación del niño con los padres y los hermanos.
- El costo de los tratamientos disminuye. De tal forma que se considera que la educación especial es más costosa que la educación regular, se minimiza la necesidad de E.E. además de que un programa de IT es menos costoso que otros servicios que puede necesitar como internados, terapias particulares, etc. Además al buscar que los niños se integren en educación regular y esto es más económico. “Impedir que surjan incapacidades asociadas y apoyar e instruir a las familias se vuelve más convincente cuando se toman en cuenta los beneficios económicos”¹⁰¹.

⁹⁹ Carlos Wernicke en: Gerhard Heese. et.al. *Op. cit.* p. 7.

¹⁰⁰ Guadalupe Nieto Ríos. *Una guía para estimular los primeros años de desarrollo del niño*. México: Aguirre y Beltrán, 1987. p. 32.

¹⁰¹ Diane Bricker. *Op. cit.* p. 63.

- Se sabe que el niño que acude a IT presenta mayores posibilidades de éxito escolar, al integrarse a un programa de educación formal, ya que se considera va mejor preparado.
- Optimizar destrezas para la vida independiente
- Favorecer la identificación personal y posteriormente la capacidad de socialización del niño.

A nivel conductual, los logros que pueden estar presentes en todos los casos son:

- Mejor desarrollo cognitivo.
- Mayor capacidad lingüística.
- Control socio emocional.
- Mejor desempeño motor.
- Incremento en capacidades de autonomía personal.

White y otros investigadores realizaron una exploración de las revisiones de la literatura e investigaciones especializadas y descubrieron que “El 94 % había llegado a la conclusión de que la Intervención Temprana produce notables beneficios inmediatos en niños con discapacidades, en los niños con riesgo de padecerlas y en los que viven en entornos desfavorecidos”¹⁰².

Hay que estar conscientes de que dependiendo el daño biológico serán los resultados obtenidos: “La estimulación ambiental eficaz reduce el efecto de la incapacidad, pero en los disminuidos, de leves a graves, los efectos de daños biológicos... no pueden suprimirse completamente”¹⁰³. Para los niños con algún tipo de discapacidad, un buen comienzo ayuda a atenuar el efecto de su condición de impedimento.

“El efecto del programa esta determinado por diversas variables. La duración, la calidad y el contenido de una labor de IT, afectarán indudablemente la duración del efecto”¹⁰⁴. Se cree que si

¹⁰² Citado en: William Heward. *Op. cit.* p. 530.

¹⁰³ Diane Bricker. *Op. cit.* p. 18.

¹⁰⁴ *Ibidem.* p. 40.

los programas son adecuados y se aplican durante periodos largos, el pronóstico puede ser optimista.

Es necesario señalar que las experiencias tempranas que se le proporcionen a un niño con algún daño neurológico probable o establecido serán sólo el inicio de las múltiples terapias y apoyos que el niño necesitará a lo largo de toda su vida, sin embargo estamos tratando de que estas sean las menos posibles y es importante saber que si después de que el niño participe en un programa de IT, no recibe mas apoyos a lo largo de su vida el trabajo realizado se vera disminuido o nulificado, por lo que siempre hay que concientizar a los padres que el programa de IT sólo es el comienzo, además de que su efecto dependerá de la calidad, la duración y el contenido de dicho programa.

Es importante señalar que la Intervención Temprana es sólo el primer paso de mucho que necesitaran los niños con discapacidad, de alto riesgo biológico o ambiental a lo largo de toda su vida para fomentar su desarrollo, por lo que no se debe pensar que si el niño es parte de un programa de IT, en los años posteriores ya no necesitará de terapias y apoyos extras, ya que si después de un programa de IT el niño no recibe mas servicios educativos y terapéuticos es probable que el trabajo realizado venga en decaimiento.

*“El proceso de enseñanza nunca es una mera
transmisión de conocimientos objetivos o destrezas prácticas
si no que se acompaña de un ideal de vida y de un proyecto de sociedad”*

Fernando Savater

4. PROPUESTA PEDAGÓGICA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA PARA NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL.

4. PROPUESTA PEDAGÓGICA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA PARA NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL.

4.1. Generalidades del programa.

El presente programa de trabajo es una propuesta pedagógica para trabajar Intervención Temprana en niños con Parálisis Cerebral, respondiendo a la necesidad existente por la carencia de estos programas.

Este programa lo podrán llevar a la práctica pedagogas, psicólogas, docentes o bien personas interesadas en trabajar en centros de atención dónde se atiende a niños con P. C., por ejemplo, algunos de los padres.

El programa está dirigido a niños de un mes de nacidos hasta los seis años de edad y que han sido diagnosticados con cualquier tipo de Parálisis Cerebral. Este grupo de edades no se escoge sin una razón aparente, si no que en el primer mes se le da al niño la oportunidad de adaptarse a su entorno y establecer horarios de sueño y vigilia, además de que en el caso de los niños con P.C. es muy común que los primeros meses presenten significativas alteraciones de salud y que ésto no les permita acudir a recibir la atención que requieren por lo que es necesario empezar el programa en cuanto el estado de salud del niño sea el óptimo y el límite son los 6 años ya que hasta esta edad se considera intervención temprana (independientemente de sus características) y posterior a esta edad el niño tiene otras necesidades y ya no debe estar con niños más pequeños, aunque sus características correspondan al desarrollo regular de niños más pequeños.

Es importante aclarar que como pedagogos no contamos con los conocimientos para diagnosticar la Parálisis Cerebral, este ejercicio corresponde a otros especialistas, principalmente a neurólogos y serán ellos los indicados para canalizar a programas de IT. El pedagogo puede detectar la presencia de alteraciones en el desarrollo, pero jamás diagnosticar.

Puede trabajarse de forma individual o bien grupal. Sugiero que sea la mamá o quien funja como cuidador quien realice las actividades y no la encargada del grupo o maestra, ya que es importante que sea la madre o el cuidador quien aprenda a trabajar con el niño con la finalidad de que se motive a trabajar en casa y con esto los estímulos que reciba el niño sean mas frecuentes y se obtengan mejores resultados, ya que así llegaran al cerebro estímulos con mayor frecuencia y éste a su vez se ira activando con ellos.

4.1.1.Ubicación y naturaleza.

Este programa se puede realizar de preferencia en un centro especializado o bien en las casas de algunos de los niños, si no es posible que asistan al centro, pero para ello es necesario orientar a la mamá y supervisar su trabajo en medida de lo posible, por parte de una alguna especialista.

Sugiero que sea en un centro especializado ya que ahí se contará con las características mínimas requeridas del espacio, las cuales se mencionan más adelante.

Se puede aplicar en algún hospital que brinde atención a poblaciones en riesgo, en algún DIF, CAM o cualquier otro centro de educación especial o rehabilitación que tenga como función atender a los niños con Parálisis Cerebral.

La naturaleza de este programa es eminentemente práctica ya que está estructurado de tal forma que quien lo tenga en sus manos lo puede aplicar de forma sencilla; aunque si es importante conocer acerca del tema y de las características de la población con la que se va a trabajar, información que se encuentra en los capítulos precedentes a este.

4.1.2. Duración.

Hablar de tiempos en este tipo de programas es sumamente complicado, iniciaré por mencionar que es un trabajo complicado, lento y que requiere de mucha paciencia ya que los cambios esperados tardan generalmente en llegar y varían significativamente en cada niño, dependiendo del nivel de daño neurológico que presenten, de las características del entorno, de la aceptación a

la discapacidad que muestre la familia, entre otras variables por lo que nunca sabremos en cuanto tiempo alcanzaremos cada objetivo que nos proponemos.

El programa esta estructurado en tres etapas y estas a su vez de ocho sesiones cada una, por lo que son un total de 24 sesiones, las cuales propongo que se trabajen una por semana, con esto no me refiero a una vez cada semana, si no que durante la misma semana se trabaje la misma sesión, de preferencia, todos los días, una vez al día, recordemos que a medida que más se trabaje se obtendrán mejores resultados y la constancia será nuestra mejor aliada.

Las 24 sesiones son la propuesta que se presenta en este documento, pero bajo ninguna circunstancia afirmo que en estas sesiones se alcanzaran los objetivos esperados, habrá casos en que si se logren los objetivos, pero en otros casos, será más lento el avance y las 8 sesiones propuestas por etapa serán insuficientes, por lo que dejo al criterio de quien lo aplique si repite todas o algunas sesiones, o bien a partir de los mismos objetivos realiza nuevas programaciones y con ellas propone nuevas actividades para alcanzar las mismas metas y si es así, este programa funcionará solo como una guía de trabajo, para identificar los objetivos a trabajar, pero nunca se vera como un programa concluido.

Algunos programas de Intervención Temprana señalan algún tiempo para realizar cada actividad, ya sea expresado en minutos o en número de repeticiones por actividad; no obstante esto es muy difícil de controlar en la práctica diaria de la Intervención Temprana, pues se depende del animo, estado de salud y otras condiciones por lo que no se puede aplicar en un tiempo exacto cada actividad y esto lo dejo a la consideración de cada persona que lo aplique.

4.1.3. Objetivos.

Objetivo general:

- Introducir al niño con Parálisis Cerebral y a su familia al desarrollo de una vida armónica y de calidad tanto individual como social como sea posible.

Objetivos específicos:

- Habituarse al niño con P.C. en las relaciones sociales con las personas de su entorno, desarrollando el autoconocimiento y posteriormente la identificación de los otros.
- Familiarizar al niño con P.C. en las primeras actividades de vida diaria. En la medida de lo posible el niño podrá realizar las actividades más sencillas de autonomía personal, las cuales a largo plazo le permitirán depender lo menos posible de otras personas.
- Iniciar el trabajo comunicativo con el niño con P.C., familiarizándolo con la necesidad de comunicarse e identificando la forma más sencilla para el niño de expresarse y de comprender el lenguaje verbal.
- Motivar al niño con P.C. a desarrollar alguna forma de desplazamiento o bien la capacidad de realizar de forma intencionada cambios de postura, fortaleciendo para ello los músculos pertinentes.
- Introducir al niño en el uso intencionado de sus brazos, manos y dedos, con la finalidad de que alcance la coordinación motriz fina esperada para el nivel de madurez que presente al momento de trabajar el programa de IT.
- Favorecer la relajación emocional de la familia, apoyándola y orientándola sobre las necesidades y en el adecuado manejo del niño. Ayudándola a superar la presencia de la discapacidad en la familia, favoreciendo las relaciones entre el niño con Parálisis Cerebral y su familia.
- Visualizar la posibilidad de que el niño reciba escolaridad formal con el menor nivel de desventaja y según sus posibilidades, aumentando las posibilidades de que sea un niño integrado, iniciando el trabajo de precurrentes básicas como son: atención visual, atención y discriminación auditiva, reconocimiento de la familia, memoria y seguimiento de instrucciones.

4.1.4. Indicaciones generales para realizar el programa.

Para quien aplique este programa se sugiere empezar, ubicando las características de la población con la que va a trabajar, las condiciones de los asistentes y las características del contexto en el que se encuentra inmersa la población.

Posteriormente es necesario conocer de forma específica a cada niño y su contexto familiar y social, por lo que sugiero realizar la entrevista propuesta en el Anexo 2 y continuar con una evaluación del desarrollo del niño, a partir de las escalas de Gesell, siguiendo las indicaciones y llenando las tablas que se presentan en el Anexo 1, ya que esto permitirá identificar las características evolutivas de cada niño, es decir, la Zona de Desarrollo Próximo en la que se encuentra cada niño al identificar lo que puede realizar y lo que realiza con ayuda, así como cuales serán las siguientes destrezas a desarrollar.

La edad cronológica se señala, ya que así se encuentra estructurada la prueba de Gesell, pero para fines de este programa no será tomada en cuenta, simplemente se identificará lo que el niño es capaz de hacer sin ayuda, lo que realiza con apoyo y lo que no puede realizar y así se identificará la etapa correspondiente para trabajar con cada niño, identificando en que edades, según Gesell, el niño presenta el mayor número de conductas.

La etapa I equivale a las conductas desarrolladas por un niño de desarrollo regular en las semanas 4 y 16, la etapa II abarca las conductas de las semanas 28 y 40 y finalmente la etapa III presenta los objetivos de lo que un niño de 12 y 18 meses puede realizar. Sólo se considera como guía del desarrollo hasta los 18 meses para fines de este programa, ya que sabemos que en los niños con alteraciones del desarrollo hay un significativo desfase y es muy ambicioso esperar que un niño con P.C. sea capaz de alcanzar antes de los 6 años destrezas más complejas como pueden ser saltar o subir escaleras, por citar algunas. En caso de trabajar con niños que presentan destrezas más complejas requerirán de otro programa ya que lo propuesto en este no representará un reto para ellos.

Una vez terminada cada etapa se sugiere realizar la misma evaluación y verificar si se alcanzaron los objetivos esperados para pasar a la etapa siguiente de lo contrario habrá que buscar otras actividades hasta alcanzar el objetivo propuesto e introducir a la siguiente etapa.

4.2. Materiales requeridos y condiciones del espacio y los participantes.

Pareciera poco importante conocer las características del lugar y de los involucrados en el trabajo educativo en un programa de IT; pero, no es así, son de vital importancia para el óptimo desempeño de cada actividad y para el logro de los objetivos propuestos, por lo que a continuación y de manera clara se presentan las condiciones mínimas necesarias para desarrollar el programa de IT.

Los materiales necesarios deberán ser accesibles tanto económicamente como de localización para las mamás o quienes se responsabilicen de trabajar el programa de IT, en cada sesión se mencionan los materiales necesarios para realizar cada actividad, pero enseguida se enlistan los materiales necesarios para aplicar el programa:

- Colchonetas cuadradas forradas de lona en colores llamativos o bien algunos sustitutos de estas pueden ser: cobijas gruesas, alfombra (no se recomiendan mucho ya que guardan polvo el cual les puede afectar a los niños las vías respiratorias), tapetes gruesos.
- Un espejo grande preferentemente colocado de forma fija en la pared, del techo al piso, y con las esquinas cubiertas para evitar accidentes.
- Material para terapias: rodillos de diferentes tamaños, cuñas, pelotas grandes, medianas y pequeñas, barras paralelas, escaleras.
- Juguetes, varios: Muñecos de diferentes tamaños y texturas, una sonaja, carritos, etc; los cuales deberán de tener las siguientes características: Si son de plástico que sean de plástico blando ya que no daña al niño y pueden ser lavables, de tamaño adecuado, que no tengan partes pequeñas que se puedan safar y emplear aquellos que se puedan utilizar para diferentes actividades, manipulables y que no sean tóxicos.
- Móviles, dependiendo de la etapa en que se encuentre el niño será el tipo de figuras y materiales necesarios.
- Una campana de metal, pero no muy pesada para el niño.

- Cuentos infantiles (varios) en diferentes materiales, grosores, tamaños y contenidos.
- Materiales de rehúso: telas, papel de diferentes tipo, listones, revistas viejas, cordones, imágenes, fotografías, botellas, botes, vasos, plato, cuchara, rollos de papel higiénico, semillas y otros materiales en polvo.
- Material de papelería: papel, tijeras, resistol, brochas, pinturas, plástilina, regla.
- Material de costura: aguja (varios tamaños), hilo.

Es importante que no haya objetos demasiado pequeños que los pueda introducir en su boca, contactos de luz descubiertos y juguetes rotos o con picos, de tal forma que no haya objetos que puedan dañar al niño.

Respecto al espacio, es necesario que tenga las siguientes características:

- Iluminación adecuada.
- Que sea un lugar ventilado.
- Limpio.
- Seguro.
- Que tenga un olor agradable para el niño.

Los participantes involucrados son: el responsable de la IT, podemos llamarle monitor o monitora o maestro o maestra, la mamá o el cuidador principal del niño y el niño, estos participantes deberán tener como características:

Monitor.

- Conocer los principios básicos del desarrollo regular del niño, ya que esto le permitirá comprender las escalas naturales del crecimiento y la edad en que las diferentes destrezas conductuales son adquiridas.
- Lograr un adecuado nivel de empatía, esto significa comprender los deseos y necesidades del niño, así como comprender las inquietudes y necesidades del cuidador.
- Saber observar, ya que la observación es imprescindible para conocer al niño.

- Saber flexibilizar el programa dependiendo de la situación que se presente al momento de llevarlo a la práctica.

Mamá o cuidador.

- Tener disposición hacia el aprendizaje.
- Conocer las formas de comunicarse del niño.
- Estar consiente de la importancia que tiene para el desarrollo del programa de IT.

Niño con Parálisis Cerebral.

- El niño tendrá que estar en una condición lo más ideal posible, es decir, no tendrá que estar somnoliento o dormido, enfermo, llorando o enojado.
- Tener cubiertas sus necesidades básicas de alimentación e higiene.
- Estar familiarizado con el espacio dónde se realiza el programa.
- Es necesario que el niño tolere e inclusive disfrute cada actividad, pues debe ser un momento agradable para él.

Finalmente se presenta un listado de las **indicaciones generales** para trabajar con los niños de la mejor forma y con ello obtener mejores resultados:

- La base de toda actividad es establecer una estrecha relación entre el niño, su cuidador y el responsable de la actividad basado en la comprensión, el amor y una visión positiva ante el trabajo.
- Los ejercicios siempre deberán representar un reto para el niño, cuando el ejercicio se ha vuelto rutinario y ya no le interesa será el momento de buscar otra actividad.
- Mantener frecuentemente contactos de piel con piel.
- Seguir una disciplina en los horarios de trabajo.
- No cargarlo sin razón.
- Permitirle expresar libremente sus emociones.
- Tratar en la medida de lo posible que cada actividad sea un juego para el niño y así la actividad sea placentera para él.
- Es importante considerar los intereses y motivaciones del niño. Nunca forzarlo a hacer algo que no desea.

- Marcarle el inicio y fin de la sesión por medio de canciones.
- Se recomienda dejar entre actividad y actividad aproximadamente un minuto con la finalidad de que el niño tenga la atención adecuada ante cada actividad.
- Es importante llevar la sesión en tres momentos uno introductorio, donde el niño se familiarice con el espacio y los involucrados, así como con la actividad que va a realizar, un momento de desarrollo dónde se hagan las actividades propuestas y finalmente hacer un ejercicio a modo de cierre ya sea un canto u otra actividad para relajar al niño; nunca se debe dejar al niño con la intensidad de las actividades.
- Tratar con cada actividad estimular varios canales sensoriales simultáneamente, hablarle de lo que se está haciendo (siempre cara a cara), mostrarle los objetos, permitir que los manipule y conozca por medio de su tacto, etc.
- Hay que llamarlo frecuentemente por su nombre. Nombrar los objetos sin utilizar diminutivos ni apodos, vocalizar correctamente.
- Cuidar que no este en la misma posición durante mucho tiempo o en posiciones patológicas, ya que esto le puede generar contracturas.
- Procurar que el niño este siempre en posiciones cómodas y dónde se sienta seguro contando para ello con el equilibrio necesario, si aún no lo logra, se le pueden dar apoyos, por ejemplo, acostar sobre pelotas, almohadas o rodillos, sentar sobre llantas inflables, dentro de cajas o sillas especiales; por lo que independientemente de la actividad y la posición sugerida hay que colocar al niño como él se sienta seguro.
- Acompañar de canciones, de música infantil o clásica las actividades el mayor número de veces posible, cuidando variarlas con frecuencia.
- Si durante la aplicación del programa se identifica la lateralidad del niño respetarla en todo momento.

4.3. Programa de trabajo propuesto.

4.3.1. Etapa I.

OBJETIVOS GENERALES:

- **PROMOVER EN EL NIÑO CON P.C. LA CAPACIDAD DE FIJAR LA MIRADA Y REALIZAR RASTREO VISUAL DE FORMA HORIZONTAL.**
- **REFORZAR EN EL NIÑO LA HABILIDAD MOTRIZ DE CONTROLAR LA CABEZA E INICIARLO EN LOS CAMBIOS DE DECUBITO Y EL RODADO.**
- **MOTIVAR AL NIÑO A SUJETAR OBJETOS LIGEROS EN SU MANO, DE FORMA VOLUNTARIA.**
- **ESTABLECER LA SONRISA COMO MEDIO DE COMUNICACIÓN DE AGRADO Y SATISFACCIÓN EN EL NIÑO CON P.C.**
- **FAVORECER LA IDENTIFICACIÓN DE OTRAS PERSONAS EN SU AMBIENTE Y RESPONDER A LOS ESTIMULOS QUE LE BRINDEN.**

SESION 1.

| AREA DEL DESARROLLO | OBJETIVO ESPECIFICO | | ACTIVIDADES | RECURSOS DIDACTICOS |
|----------------------------|--|--|---|---|
| | Según escala Gesell | Funcional | | |
| ADAPTATIVA | Mirará únicamente una sonaja cuando esta en línea de visión. | Estimular al niño a observar cualquier objeto que se le coloque frente a los ojos. | Realizar un móvil sencillo para el niño y mostrárselo colocándolo arriba del niño en momentos de actividad para el bebé. | -Móvil. Puede hacerse de una cara humana, círculos o tridimensionales y/o de colores contrastantes. |
| MOTRIZ GRUESA | Predominará la posición lateral de la cabeza. | Fortalecer los músculos del cuerpo. | Realizar la siguiente rutina de ejercicios, en supino: Alternar los brazos hacia arriba y abajo, doblar y estirar las piernas juntas, hacer girar las articulaciones de todo el cuerpo. | -Colchoneta o equivalente. |
| MOTRIZ FINA | Ambas manos estarán fuertemente cerradas y apretadas. | Relajar el tono muscular en las manos del niño. | Dar un masaje suave en las manos del niño, del dorso hacia los dedos, empleando presión media. Tocar, presionar y hacer girar cada dedo. | - Aceite de bebé. |
| LENGUAJE | El niño presentara una faz inexpresiva. | Estimular la gesticulación en el niño como medio de comunicación. | Darle a probar una pizca de azúcar y, enseguida unas gotas de limón, observar e imitar sus gestos. Hacer caras chistosas y manifestaciones de estado de animo frente al niño repetidamente. | -Pizca de azúcar. -Gotas de limón. |
| PERSONAL-SOCIAL | Mirará al examinador y la actividad disminuirá. | Lograr manifestación motriz del niño, como respuesta a la presencia de una estímulo en su medio. | Ponerle música al niño en volumen bajo e ir aumentándolo paulatinamente observar su respuesta hasta que detenga su movimiento ante la música. | -Cd. De música clásica: Mozart o Vivaldi (cualquiera). - Grabadora. |

SESION 2.

| AREA DEL DESARROLLO | OBJETIVO ESPECIFICO | | ACTIVIDADES | RECURSOS DIDACTICOS |
|----------------------------|---|--|--|---|
| | Según escala Gesell | Funcional | | |
| ADAPTATIVA | Seguirá con la mirada hacía la línea recta un aro colgando. | Estimular el rastreo visual de un objeto llamativo. | Hacer movimiento con una lámpara que se refleje en el techo o en la pared y promover en el niño el rastreo. Recuerda que la habitación debe estar oscura. | - Lámpara de baterías. |
| MOTRIZ GRUESA | Rodará parcialmente al costado. | Favorecer los cambios de postura medios. | Estando el niño en supino hacer sonar una caja con semillas en un costado de su cara (sin que la vea) y esperar a que intente girarse, si requiere apoyo dárselo jalándole los brazos a ese costado. | - Colchoneta. - Caja de cigarras rellena de arroz o lentejas y decorada. |
| MOTRIZ FINA | Ambas manos estarán fuertemente cerradas y apretadas. | Relajar el tono muscular en las manos del niño. | Colocar las manos del niño en una bandeja con aserrín, posteriormente otra con harina y finalmente en una con agua fría. Motivar al niño a mover sus manos. | -Tres bandejas de plástico de 30 cm. De diámetro aprox. -Aserrín, harina y agua fría (que el niño la tolere) |
| PERSONAL-SOCIAL | Mirará en derredor de modo indefinido. | Concientizar al niño de las características de su espacio. | Cargar al niño sobre los hombros de su cuidador y mostrar los objetos del espacio en el que se encuentran. Repetir el ejercicio en casa y en la calle. Siempre cuidador que tenga algo agradable que observar. | -Espacio de trabajo. - Habitaciones de la casa, en especial la del niño. |
| LENGUAJE | Su mirada será vaga e indirecta. | Establecer contacto visual con su cuidador. | Para finalizar la sesión mecer al niño de un lado a otro suavemente, hacerle caras tiernas y hablarle o cantarle para familiarizar al niño con su cuidador y este lo mire. | - Canciones de cuna. |

SESION 3.

| AREA DEL DESARROLLO | OBJETIVO ESPECIFICO | | ACTIVIDADES | RECURSOS DIDACTICOS |
|---------------------------------|---|--|--|---|
| | Según escala Gesell | Funcional | | |
| ADAPTATIVA | Escuchará una campana y la actividad disminuirá. | Asociar el sonido con el movimiento. | Hablarle al niño a un lado y al otro de la cara, cuidar que no lo vea, e esperar a que él de una respuesta al intentar buscarlo o parar su movimiento. Tocar diversos instrumentos u objetos con sonido con las indicaciones anteriores. | -Campana. -Sonajas (varias) -Instrumentos musicales (varios). |
| MOTRIZ GRUESA | En prono levantará la cabeza. | Favorecer el control cefálico en prono, por un tiempo corto. | Acostado en prono mostrarle objetos, para llamar su atención y hacer que la cabeza se levante. | -Algún juguete con sonido y llamativo a la vista. |
| MOTRIZ FINA Y ADAPTATIVA | La mano se cerrará al contacto con la sonaja. | Ante la presencia de un objeto ligero desarrollar en el niño la prensión de objetos. | Colocar en sus manos objetos de diferentes tamaños. Ejercer sobre sus palmas presión firme aunque suave para que trate de sostenerlos. | -Sonaja. -Pelotitas. -Un cubo. -Un aro. |
| LENGUAJE | Emitirá pequeños ruidos guturales. | Reforzar la emisión de sonidos. | Emitir frente al niño diferentes sonidos guturales, cuando el niño repita cualquiera de ellos reforzar por medio de la imitación y motivación. | |
| PERSONAL-SOCIAL | Sonreirá espontáneamente como medio de socialización. | Ampliar el uso de la sonrisa como medio para establecer relaciones sociales. | Dar un suave masaje en las comisuras de los labios para ayudarlo a sonreír y ante una actividad agradable manifestar agrado, motivándolo a sonreír para expresar agrado y alegría. | |

SESION 4.

| AREA DEL DESARROLLO | OBJETIVO ESPECIFICO | | ACTIVIDADES | RECURSOS DIDACTICOS |
|---------------------------------|---|--|--|--|
| | Según escala Gesell | Funcional | | |
| ADAPTATIVA | Mirará inmediatamente la sonaja o el aro colgante. | Promover la identificación visual de objetos en línea media. | Con listones de celofán atraer la atención del niño, colocándolos en medio de sus ojos a unos 20 cm. de distancia, quitar por unos segundos y volver a mostrárselos. | -Listones hechos con papel celofán en colores llamativos, sujetos como mechudos. |
| MOTRIZ GRUESA | Su postura será simétrica, y la cabeza estará en línea media. | Favorecer el control cefálico. | Poner al niño boca abajo, sobre una pelota y mecerlo hacía adelante y atrás y luego a un lado y otro, muy despacio para dar al niño la oportunidad de que su cuerpo reaccione. | -Pelota muy grande, de plástico resistente. -Espejo. -Colchoneta. |
| MOTRIZ FINA Y ADAPTATIVA | La mano se cerrará al contacto con la sonaja. | Ante la presencia de un objeto ligero desarrollar en el niño la prensión de objetos. | Poner una sonaja en forma de pesa, sobre su mano y lograr que la sujete si se le cae colocársela de nuevo en las manos, hasta que logre sujetarla por un tiempo indefinido. | -Sonaja ligera en forma de pesa, de preferencia en dos colores. |
| LENGUAJE | Emitirá pequeños ruidos guturales. | Reforzar la emisión de sonidos. | Mostrar al niño la imagen de un objeto con sonido característico y sencillas y repetir varias veces sus onomatopeyas buscando que las imite. | -Imágenes de los objetos de los que se enseñara la onomatopeya. |
| PERSONAL-SOCIAL | Al intentar sentarlo vocalizará o sonreirá. | Asociar nuevos conocimientos con sus gustos. | Con mucho cuidado y con la ayuda de cojines sentarlo y esperar que de alguna respuesta de agrado o desagrado. Repetir. | - Colchonetas. - Cojines grandes y cómodos. |

SESION 5.

| AREA DEL DESARROLLO | OBJETIVO ESPECIFICO | | ACTIVIDADES | RECURSOS DIDACTICOS |
|----------------------------|---|---|--|---|
| | Según escala Gesell | Funcional | | |
| ADAPTATIVA | El aro colgante, cubos o la sonaja provocarán actividad de miembros superiores. | Promover el movimiento de extremidades superiores. | Colocar un globo frente a él en línea media y motivarlo a tocarlo, estirando sus brazos, apoyar en caso de ser necesario. | - Globos medianos en colores llamativos. |
| MOTRIZ GRUESA | Las manos se encontrarán en línea media. | Reforzar la búsqueda de objetos en línea media con las manos. | Colocar un muñeco en la línea media y estimular a que intente tocar con ambas manos. | - Muñeco mediano (15 a 30 cm.) atractivo para el niño. |
| MOTRIZ FINA | Retendrá un aro colgando. | Desarrollar la destreza de dirigir la mano en dirección de un objeto y agarrarlo. | Con un pañuelo o mascada colgados sobre el cuello del cuidador, motivar al niño a jalarlo y sujetarlo. | -Pañuelo o mascadas largos en colores llamativos, pero no brillantes. |
| LENGUAJE | Se entusiasmará fácilmente. | Motivar su estado de animo mediante un estimulo nuevo. | Colocar una pulsera de cascabeles en cada mano o en los pies y motivarlo a que las mueva para escuchar el sonido que se produce. | -Pulsera de cascabeles. |
| PERSONAL-SOCIAL | Se anticipará a la vista de alimentos. | Promover la manifestación de interés por lo que ocurre en su ambiente. | Sin que el niño vea, hacer diferentes sonidos, desconocidos para él y esperar que manifieste interés hacía ellos. | - Emisores de sonidos: campana, instrumentos musicales, voces nuevas, la televisión, etc. |

SESION 6.

| AREA DEL DESARROLLO | OBJETIVO ESPECIFICO | | ACTIVIDADES | RECURSOS DIDACTICOS |
|----------------------------|---|---|--|--|
| | Según escala Gesell | Funcional | | |
| ADAPTATIVA | Establecerá fijación ocular definida sobre un objeto. | Que el niño observe atentamente un estímulo. | Con una tela de colores y el niño acostado abajo de ella, promover la atención visual, moviéndola hacia arriba y hacia abajo y haciéndola girar lentamente. | -Una persona extra. -Tela en colores llamativos, se puede hacer pegando cuadros de colores de diferentes telas. |
| MOTRIZ GRUESA | Al sentarlo la cabeza estará firme y dirigida hacia adelante. | Fortalecer los músculos del cuello y la espalda. | Tomar al bebé de sus manos y hacer que se enderece poco a poco ir jalándolo, para que haga fuerza en el cuello, espalda y abdomen. | - Colchoneta. -Espejo grande. |
| MOTRIZ FINA | Retendrá un aro colgando. | Desarrollar la destreza de dirigir la mano en dirección de un objeto y agarrarlo. | Mostrar al niño una sonaja, sostenida sobre un listón y una vez captada la atención del niño irla subiendo para que estire los brazos y la sujete. | -Una sonaja amarrada a un listón largo. |
| LENGUAJE | Respirará fuertemente. | Enseñar al niño a controlar su respiración, para favorecer la alimentación y el lenguaje. | En p. Supina colocar 1 costalito de ¼ de Kg. relleno con semillas en el abdomen y motivar al niño a subirlo y bajarlo de su abdomen, controlando su respiración. | -Un costalito de ¼ de Kg. relleno de arroz o lentejas, por niño. |
| PERSONAL-SOCIAL | Con ayuda permanecerá sentado 10 a 15 minutos. | Favorecer el conocimiento y la confianza en posición sedente. | Colocar al niño sentado sobre un rodillo en forma de caballo y sostenerlo, mostrarle la imagen frente al espejo e irlo balanceando poco a poco. | -Espejo. -Rodillo. -Juguete llamativo. |

SESION 7.

| AREA DEL DESARROLLO | OBJETIVO ESPECIFICO | | ACTIVIDADES | RECURSOS DIDACTICOS |
|------------------------|--|---|---|--|
| | Según escala Gesell | Funcional | | |
| ADAPTATIVA | Mirará la sonaja sosteniéndola en la mano. | Desarrollar la coordinación óculo-manual. | Frente al niño mostrar un cascabel, moverlo lentamente para que lo siga con la mirada e intente agarrarlo con sus manos. | - Un cascabel grande preferentemente en un color llamativo o una pelotita con un cascabel adentro. |
| MOTRIZ GRUESA | La cabeza estará sostenida en prono con las piernas extendidas o semiextendidas. | Favorecer el control cefálico en prono. | Colocar al niño en prono sobre el estomago de su cuidador, llamarlo por su nombre y alzarlo un poco para que levante la cabeza para verlo. | -Colchoneta. -Espejo grande. |
| MOTRIZ FINA | En posición supina tanteará, arañará y agarrará: cabello, vestimenta o a otros. Mayor movimiento de dedos. | Ampliar el uso y manejo de las manos y los dedos, estando acostado. | Mostrar una argolla suspendida al frente del niño y una vez interesado en ella írsela subiendo lentamente para que la tome con sus manos. | -Aro o argolla. -Hilo grueso, cordón o listón. |
| LENGUAJE | Reirá fuertemente. | Establecer la risa como forma de manifestar agrado a un estímulo. | Captar la atención del niño y dejar caer objetos al suelo repetidamente. Si el niño ya presenta prensión de objetos permitir que él los deje caer, cargándolo de pie. | -Objetos varios: llaves, muñecos, juguetes. |
| PERSONAL-SOCIAL | Se observará en el niño un recreo manual con mutuo contacto de los dedos. | Favorecer la manipulación de objetos, empleando los dedos. | Entregar al niño un trozo grande de papel celofán o un plástico y motivar a que juegue con este material, arrugándolo y estirándolo, haciéndolo bolita, etc. * | -Papel celofán (de preferencia de color) de aprox. 50 x 30 cm. o una bolsa de plástico. |

*Esta actividad requiere mayor supervisión para evitar un accidente.

SESION 8.

| AREA DEL DESARROLLO | OBJETIVO ESPECIFICO | | ACTIVIDADES | RECURSOS DIDACTICOS |
|------------------------|--|--|---|---|
| | Según escala Gesell | Funcional | | |
| ADAPTATIVA | Llevará a la boca el aro colgante. | Promover la coordinación mano-boca. | Entregar al niño una galleta gruesa y motivarlo a que la lleve a la boca, mostrarle como hacerlo o bien guiarle su mano. Hacerlo frente a un espejo. | - Espejo. - Galletas gruesas (tipo sándwich). |
| MOTRIZ GRUESA | Presentara una tendencia a rodar. | Favorecer el rodado independiente. | Sobre telas con diferentes texturas, desnudar al niño y hacer que ruede de un lado a otro, al principio ayudarle flexionando su pierna e impulsando el giro al lado contrario, poco a poco motivar a que lo haga sólo. Emplear un juguete para motivarlo. | -Colchoneta. -Telas grandes. Toalla, cobijas, tapetes u otras. -Juguete llamativo para el niño. |
| MOTRIZ FINA | En posición supina tanteará, arañará y agarrará: cabello, vestimenta o a otros. Mayor movimiento de dedos. | Ampliar el uso y manejo de las manos y los dedos, estando acostado. | Tomar los dedos de ambas manos y llevarlas a diferentes partes de su cuerpo tocándolas y dando movimientos suaves, apoyarse de crema o aceite. | -Aceite de bebé u otro para masaje o crema en un olor suave. |
| LENGUAJE | Reirá fuertemente. | Establecer la risa como forma de manifestar agrado a un estímulo. | Mostrar diferentes objetos con aromas agradables y desagradables y esperar si el niño sonríe o muestra desagrado. | -Obj. : perfume, talco, orégano, alcohol, crema, frutas, vinagre, etc. |
| PERSONAL-SOCIAL | Tirá la ropa sobre el rostro. | Familiarizar al niño con actividades lúdicas propias de la etapa del desarrollo que cursa. | Colocar una prenda sobre el rostro del niño, en caso de q no consiga jalarla, ponérsela en la mano y ayudarle. Repetir varias veces. | -Una telita. -Ropa pequeña y ligera. |

4.3.2.Etapa II

OBJETIVOS GENERALES:

- **INCREMENTAR EN EL NIÑO CON P.C LAS HABILIDADES DE: ALCANZAR, SUJETAR Y MANIPULAR LIBREMENTE OBJETOS.**
- **ENTABLAR EL SENTADO INDEPENDIENTE Y EL GATEO COMO DESTREZAS MOTRICES QUE LE PERMITIRAN INICIAR SU INDEPENDENCIA.**
- **PROMOVER EN EL NIÑO LA PRESIÓN GLOBAL DE OBJETOS, CON LA INTENCIÓN DE MANIPULARLOS.**
- **DESARROLLAR EN EL NIÑO LA EXPRESIÓN DE DOS PALABRAS SIMPLES CON INTENCIÓN COMUNICATIVA.**
- **ENTABLAR EN EL NIÑO LA IDENTIFICACIÓN DE SÍ MISMO FRENTE A UN ESPEJO.**

SESION 1.

| AREA DEL DESARROLLO | OBJETIVO ESPECIFICO | | ACTIVIDADES | RECURSOS DIDACTICOS |
|----------------------------|--|---|---|--|
| | Según escala Gesell | Funcional | | |
| ADAPTATIVA | Intentará acercarse a la sonaja o campana y asir con una mano. | Incentivar al niño a aproximarse a un objeto y sujetarlo. | Colocar al niño en prono y enfrente de su mirada colocar una pelota, motivarlo a alcanzarla arrastrándose y posteriormente sujetarla. | -Espejo. -Pelota de tela o plástico de aprox. 15 cm. de diámetro. |
| MOTRIZ GRUESA | Se sentará brevemente, inclinado hacía adelante, apoyado sobre las manos. | Desarrollar el equilibrio y la capacidad de sentarse. | Acostar al niño en p. Supina e irlo incorporando jalándolo delicadamente de sus manos y si es necesario sin soltarle las manos recargarlo en cojines. | -Cojines o almohadones. |
| MOTRIZ FINA | Pensionará con la palma un cubo. | Reforzar la prensión de objetos con la mano. | Darle objetos para que los tome con sus manos, si no realiza prensión apretar su mano para darle fuerza. | -Pelotas pequeñas de tenis o pin pon, cubos, galletas, etc. |
| LENGUAJE | Presentará la primera modulación activa del aire con los labios, por lo general durante el llanto (mum-mum-mum). | Motivar al niño a emitir los primeros sonidos con intención. | Cantar canciones con diferentes sonidos onomatopéyicos u otros simples, para que el niño aprenda a imitarlos. | -Canciones dónde se utilicen onomatopeyas de animales. |
| PERSONAL-SOCIAL | Tomará bien los sólidos. No echará afuera la lengua. | Estimular el control de la lengua para favorecer la alimentación. | Colocar alrededor de la boca mermelada y pedir que se limpie con la lengua. Repetir el ejercicio con otros alimentos. | -Mermelada. -Cajeta, yogurt, miel, etc. |

SESION 2.

| AREA DEL DESARROLLO | OBJETIVO ESPECIFICO | | ACTIVIDADES | RECURSOS DIDACTICOS |
|----------------------------|---|--|--|---|
| | Según escala Gesell | Funcional | | |
| ADAPTATIVA | Transferirá un cubo o una campana de una mano a otra. | Estimular la habilidad de cambiar un objeto ligero de una mano a otra. | Sentado el niño sobre las piernas de su cuidador, hacer un círculo con otros niños y darle cojines pequeños y pedir que los pasen de niño en niño, empleando las dos manos. | -Música rítmica rápida. -Cojines rellenos de semillas, dependiendo el número de niños. |
| MOTRIZ GRUESA | Al sentarse estará momentáneamente erecto. | Desarrollar equilibrio en p. Sedente. | Sentarlo sobre un rodillo o una pelota grande y una vez que este bien apoyado y tomándolo por los hombros balancearlo hacía adelante y atrás, a los lados y en círculo en ambas direcciones. | - Espejo. -Rodillo grande. -Pelota grande. |
| MOTRIZ FINA | Pensionará con la palma un cubo. | Reforzar la prensión de objetos con la mano. | Sentado con apoyo poner en el piso una campana y motivarlo a sujetarla. | -Espejo. -Campana ligera. |
| LENGUAJE | Emitirá sonidos vocálicos polisilábicos controlados (o-o-o, a-o-a-o). | Promover la emisión de sonidos vocálicos con intención comunicativa. | Con un globo inflado, el niño y el cuidador colocar sus labios en las paredes del globo y el cuidador emitirá sonidos vocálicos, para q el niño capte bien las vibraciones. | -Un globo mediano. |
| PERSONAL-SOCIAL | Tomará bien los sólidos. No echará afuera la lengua. | Estimular el control de la lengua para favorecer la alimentación. | Darle a comer papilla cuidando la posición del niño y la forma en que succiona, puede apoyarse en una cuña. | -Papilla. -Cuchara. -Cuña (opcional). |

SESION 3.

| AREA DEL DESARROLLO | OBJETIVO ESPECIFICO | | ACTIVIDADES | RECURSOS DIDACTICOS |
|----------------------------|---|--|---|--|
| | Según escala Gesell | Funcional | | |
| ADAPTATIVA | Sostendrá, sacudirá y golpeará la campanilla o la sonaja contra la mesa. | Promover la manipulación libre de objetos. | Colocar al niño sentado y frente a él una campana, enseñarlo a sujetarla y a manipularla y pedirle que lo intenta hasta lograrlo, al inicio se le puede ayudar. | -Campana. |
| MOTRIZ GRUESA | Parado, sostendrá gran parte del peso corporal. | Establecer el equilibrio en bipedestación, con ayuda. | Poner al niño de pie y dar una barra para que la sostenga a la altura de sus hombros el mayor tiempo posible. Repetir varias veces hasta que el niño lo logre. | - Espejo. -Barra: elaborada con un trozo de palo de escoba de aprox. 60 cm. y decorado. |
| MOTRIZ FINA | Barrera o rasguñará con toda la mano una bolita. El niño logrará tocarla. | Favorecer el movimiento voluntario de los dedos. | Dejar al niño meter sus dedos en texturas blandas y hacer diferentes movimientos. Embarrar sus manos con pintura y plasmarlas en un papel o embarrar la pintura. | -Recipiente de plástico (bandeja). -Harina, arroz, chocolate en polvo, etc. -Pintura digital. -Cartulina u otro papel grande. |
| LENGUAJE | Emitirá sonidos vocálicos polisilábicos controlados (o-o-o, a-o-a-o). | Promover la emisión de sonidos vocálicos con intención comunicativa. | Frente al espejo colocar la boca del niño en posición de emitir las vocales y enseñarle a decirlas. Arrullar con las vocales (aaaa-eee, etc.). Continuar los juegos de imitación. | -Espejo. |
| PERSONAL-SOCIAL | Se acercará a un espejo y acariciará la imagen que en este observa. | Reforzar la identificación de sí mismo al verse en un espejo. | Sentar al niño en sus piernas y frente a un espejo, tapar con sus manos los ojos del niño, preguntar dónde está el niño, quitar la mano y decir “ahí está.”. | -Espejo. |

SESION 4.

| AREA DEL DESARROLLO | OBJETIVO ESPECIFICO | | ACTIVIDADES | RECURSOS DIDACTICOS |
|----------------------------|--|---|---|--|
| | Según escala Gesell | Funcional | | |
| ADAPTATIVA | Apareará dos cubos, como si los comparara o los hará chocar. | Identificar 2 objetos iguales. | En un bote con bolitas de unicel meter pares de objetos pequeños y motivar al niño para que encuentre aquellos que son iguales. | -Bote de cartón. -Bolitas pequeñas de unicel. -Diferentes objetos, al menos dos de cada uno. |
| MOTRIZ GRUESA | Parado saltará activamente, al ser sostenido por el pecho. | Promover la habilidad de saltar con apoyo. | Con la ayuda de un columpio especial, colgar al niño y motivarlo a brincar. | - Columpio especial (de los que se cuelgan del techo y permiten sujetar al niño) |
| MOTRIZ FINA | Soltará toscamente un cubo. | Motivar al niño para soltar objetos solicitados. | Enseñar al niño a abrir y cerrar las manos, una vez q lo logre sujetar aros, entregarle y pedir que los sujete uno por uno cuando se le del tercero tendrá que soltar uno y así continuar la actividad. | -Aros de plástico o madera de diversos colores de aprox. 10 cm. De diámetro. |
| LENGUAJE | Expresará “papá” y “mamá” con sentido. Estas u otras combinaciones consonantes equivalentes. | Favorecer la emisión de palabras simples. | Con el muñeco favorito del niño, hacer que habla y canta en distintos tonos y timbres de voz, captando su atención y motivándolo a imitarlo. | -Muñeco favorito del niño. |
| PERSONAL-SOCIAL | Se acercará a un espejo y acaricia la imagen. | Reforzar la identificación de sí mismo al verse en un espejo. | Hacer muecas frente al espejo y pedir que las imite. Nombrar una parte del cuerpo y pedirle que sin dejar de mirar el espejo la toque con su mano. | -Espejo. |

SESION 5.

| AREA DEL DESARROLLO | OBJETIVO ESPECIFICO | | ACTIVIDADES | RECURSOS DIDACTICOS |
|----------------------------|--|---|--|---|
| | Según escala Gesell | Funcional | | |
| ADAPTATIVA | Tocará con los dedos un cubo dentro de una taza, pero no lo extraerá. | Reforzar la destreza para utilizar sus dedos en un espacio reducido. | Colocar en una cubeta, un bote y un vaso pelotas de plástico y pedir que independientemente las toque y juegue con ellas, ir de lo grande a lo pequeño. | -Cubeta. -Bote. -Vaso de plástico. -Pelotas de diferentes tamaños. |
| MOTRIZ GRUESA | Sentado permanecerá firme indefinidamente. | Fortalecer el sentado independiente. | Estando el niño en p. Supina, mostrarle un objeto atractivo para que intente tomarlo extendiendo las manos y eleve cada vez más el tronco hasta que quede sentado, una vez sentado dejarlo jugar con el juguete, cuidando q no pierda el equilibrio. | -Espejo. -Juguete llamativo para el niño. |
| MOTRIZ FINA | Presentará prensión precaria tipo pinza. Entre el pulgar y la punta del índice (o del dedo medio); | Favorecer la prensión tipo pinza, con oposición digital. | Entregar papel china y pedir que lo rompa en diferentes tamaños, lo más pequeño que el niño pueda. | -Papel china en un color llamativo para el niño. |
| LENGUAJE | Expresará “papá” y “mamá” con sentido. Estas u otras combinaciones consonantes equivalentes. | Favorecer la emisión de palabras simples, con intención de comunicarse con su cuidador. | Colocar la mano del niño sobre la garganta del cuidador y captar la atención para que vea los labios y producir las palabras “mamá” y “papá”, mostrar fotos de sus papás, para facilitar la asociación. | -Espejo. -Fotos de sus papás o cuidadores. |
| PERSONAL-SOCIAL | Llevará el pie a la boca en posición supina. | Establecer el control de los movimientos de las extremidades inferiores. | Untar un alimento agradable para el niño en sus pies y motivarlo para que los lleve a su boca. | -Alimento: miel, cajeta, gerber, danonino, etc. |

SESION 6.

| AREA DEL DESARROLLO | OBJETIVO ESPECIFICO | | ACTIVIDADES | RECURSOS DIDACTICOS |
|------------------------|---|---|---|--|
| | Según escala Gesell | Funcional | | |
| ADAPTATIVA | Se observará un acercamiento preferente al objeto más pequeño al tener dos objetos frente a él. | Iniciar la familiarización del niño con las nociones de tamaño. | Cortar rollos de papel de dos tamaños diferentes y formar 4 pares, pintándolos de 4 colores diferentes (1 x par), mostrarle cual es el pequeño y cuál el grande y poner en ese orden, con el primer par, con el segundo ayudarle a que los ordene y con los siguientes dejar que el niño los acomode. | -8 rollos de papel higiénico. - Tijeras. -Pintura de 4 colores llamativos. - Brocha. |
| MOTRIZ GRUESA | De estar sentado pasará a la posición prona. | Establecer cambios de posición de sentado a acostado. | Estando el niño sentado y con la ayuda de su biberón (en caso de q el niño ya no lo utilice hacerlo con otro alimento agradable para él) incentivarlo a que se acueste e intente tomarlo. | -Biberón. |
| MOTRIZ FINA | Presentará prensión precaria tipo pinza. Entre pulgar e índice. | Favorecer la prensión tipo pinza, con oposición digital. | Entregar al niño flores de pétalos grandes y pedir que las deshoje, dejarlo darle cuerda a un juguete, enseñarlo a pelar un plátano. | -Flores de pétalos grandes. -Juguetes de cuerda. -Plátano. |
| LENGUAJE | Empleará una palabra como sonido persistente para referirse a una acción u objeto. | Establecer en el niño una palabra como medio de comunicación. | Dar el nombre de todos los objetos y personas con que esta familiarizado el niño y cuando él logre emitir una de estas palabras, reforzar para que la utilice. | -Objetos y personas que el niño conoce y cuyo nombre le puede ser fácil de pronunciar. |
| PERSONAL-SOCIAL | Con un aro o una cinta se agitará y abandonará el intento. | Motivar al niño a alzar sus brazos para sujetar algún objeto. | Forrar un bastidor con listones de diferentes colores y colocarlo arriba del niño, sentar al niño sobre una pelota, motivarlo a querer alcanzar y sujetar uno o varios listones. | - Bastidor. -Listones de aprox. 2 cm. de ancho x 35 cm. -Una pelota grande para terapia. |

SESION 7.

| AREA DEL DESARROLLO | OBJETIVO ESPECIFICO | | ACTIVIDADES | RECURSOS DIDACTICOS |
|----------------------------|---|---|--|--|
| | Según escala Gesell | Funcional | | |
| ADAPTATIVA | Tomará una campanilla por el mango y la sacudirá, sentado, con un amplio movimiento de brazo. | Desarrollar el amplio movimiento del brazo. | Entregar pintura y una brocha y pedirle que pinte una caja, moviendo el brazo hacía arriba y hacía abajo y de un lado a otro, si no sujeta bien la brocha guiarle su mano. Se sugiere hincar al niño. | - Pintura comercial. -Brocha de aprox. 10 cm de ancho. - Caja de rejas de madera o caja de cartón. |
| MOTRIZ GRUESA | Se parará apoyándose en un barandal con los pies firmes. | Favorecer la bipedestación con apoyo de algún objeto. | Motivar al niño a ponerse de pie sujetándose de un barandal o bien de la barra colocada en posición vertical, puede mostrársele como para que él lo imite. | -Espejo. -Barandal o barra de madera. |
| MOTRIZ FINA | Tomará una bolita en el primer o segundo intento. | Establecer prensión fina. | Hacer bolitas pequeñas de papel y pedir que tome una por una y las meta en un recipiente. | -Bolitas pequeñas de papel. -Bandeja de plástico. |
| LENGUAJE | Cuando la madre utilice palabras el niño comprenderá y responderá apropiadamente. | Promover en niño la comprensión del lenguaje verbal. | Entregar al niño un pandero y con música rítmica pedir que lleve el ritmo, según se le va indicando: rápido, lento, fuerte, suave, hacer ruido, silencio; de tal forma que el niño vaya comprendiendo, apoyarlo. | -Pandero. -Grabadora. -Música rítmica. |
| PERSONAL-SOCIAL | El niño intervendrá en juegos si la madre le enseña primero, por ejemplo a expresar: “adiós”. | Desarrollar en el niño la capacidad de comprensión del saludo y la despedida. | Colocar al niño frente a un espejo y a un lado el cuidador, pedir que realice diferentes acciones y vaya explicándoselas al niño con la intención de que las comprenda y las imite: saludar y despedirse de diferentes formas. | - Espejo. |

SESION 8.

| AREA DEL DESARROLLO | OBJETIVO ESPECIFICO | | ACTIVIDADES | RECURSOS DIDACTICOS |
|------------------------|--|---|---|---|
| | Según escala Gesell | Funcional | | |
| ADAPTATIVA | Tratará o logrará asir la bolita mientras sostiene una botella. | Lograr la prensión de objetos pequeños, teniendo la otra mano ocupada. | Dar al niño recortes de telas de cualquier forma o tamaño y pida que los tome y ayudándolo a pegarlos sobre un papel (puede hacerse rellenando alguna figura). | - Recortes de telas (el tamaño dependerá de la prensión del niño). -Papel con un dibujo. |
| MOTRIZ GRUESA | Gateará. Los impulsos sobre las nalgas en posición sentada es una variante locomotriz equivalente. | Desarrollar en el niño la habilidad motriz del ganeo. | Enseñar al niño a avanzar en posición de hincado, colocar al niño en 6 puntos, hasta lograr la tolerancia a la posición, con un rebozo sujetar el abdomen y mover hacía adelante con la finalidad de que se desplace siguiendo algún juguete. | - Espejo. -Rebozo largo. Juguete cilíndrico, puede elaborarse uno con un bote forrado con una tela llamativa y un cascabel. |
| MOTRIZ FINA | Sostendrá una cinta con facilidad, presentando prensión precaria. | Favorecer la prensión de objetos delgados. | Hacer una especie de libro cerrado con botones grandes e un extremo y dentro del pegar una flor, pedir al niño que abra los botones para ver que hay dentro del libro. Después cerrar los botones. | -Fielto de 30 x 15 cm. Doblado a la mitad -Botones muy grandes. -Hilo, aguja, tijeras. -Flor disecada. |
| LENGUAJE | Cuando la madre utiliza palabras el niño comprenderá y responderá. | Promover en niño la comprensión del lenguaje verbal. | Leer al niño un cuento muy sencillo y con grandes ilustraciones, exagerando las expresiones y explicándole las imágenes. | -Cuento grande, de contenidos muy sencillos y con grandes y claros dibujos. |
| PERSONAL-SOCIAL | Intervendrá en juegos si la madre le enseña primero, por ejemplo a expresar: “adiós”. | Desarrollar en el niño la capacidad de comprensión del saludo y la despedida. | Al iniciar y finalizar cada sesión es importante cantar canciones que marquen acciones para saludarse y despedirse, pueden ser grupales o individuales. Repetir las mismas varias veces. | -Varias canciones de saludo y despedida. |

4.3.3. Etapa III.

OBJETIVOS GENERALES:

- **DESARROLLAR EN EL NIÑO CON P.C. LA MANIPULACIÓN INTENCIONADA DE OBJETOS Y LA COMPRENSIÓN DE LA PERMANENCIA DE LOS OBJETOS.**
- **INTRODUCIR AL NIÑO CON P.C. EN LA HABILIDAD DE CAMINAR, PREFERENTEMENTE DE FORMA INDEPENDIENTE.**
- **FAVORECER EN EL NIÑO CON P.C. LA PRENSIÓN FINA, TIPO PINZA E INICIAR AL NIÑO EN EL TRAZO INTENCIONADO.**
- **ESTABLECER EN EL NIÑO CON P.C. LA IDENTIFICACIÓN Y EL NOMBRAMIENTO DE ALGUNOS OBJETOS FAMILIARES PARA EL.**
- **PROMOVER EN EL NIÑO CON P.C LA REALIZACIÓN DE 2 O MÁS ACTIVIDADES DE VIDA INDEPENDIENTE.**

SESION 1.

| AREA DEL DESARROLLO | OBJETIVO ESPECIFICO | | ACTIVIDADES | RECURSOS DIDACTICOS |
|----------------------------|---|--|--|---|
| | Según escala Gesell | Funcional | | |
| ADAPTATIVA | Dejará caer un cubo dentro de una taza después de haberlo visto. | Favorecer la comprensión de la permanencia del objeto. | Esconder un juguete pequeño delante de él en la arena y pedir que lo busque, una vez encontrado pedir que lo guarde en una bolsa y mostrarle dos iguales para que distinga en que bolsa se encuentra el juguete. | -Juguete pequeño: carrito o muñequito. -Recipiente de plástico lleno de arena. -Dos bolsas de plástico oscuras. |
| MOTRIZ GRUESA | Realizará marcha, pero necesitará ser sostenido de una mano. | Incrementar la habilidad para caminar con apoyo. | Caminar con el niño, tomándole ambas manos y sobre sus pies los del niño avanzando hacia adelante. Dejar al niño que arrastre un carrito con barra para que se apoye. | -Carrito con barra para apoyo. |
| MOTRIZ FINA | Sostendrá una cinta con facilidad, presentando prensión precaria. | Favorecer la prensión de objetos delgados. | Enseñar al niño a desgajar una naranja. | -Una naranja. |
| LENGUAJE | Tendrá un vocabulario de dos palabras, además de “mamá” y “papá”. | Ampliar el vocabulario del niño. | Hacer tarjetas con imágenes de los objetos que el niño conozca, mostrar y nombrar una por una, en varias ocasiones, explicar lo más que se pueda sobre cada imagen y motivar a expresar algunos nombres. | -Varias cartulinas de 15 x 8 cm. Al menos 16. - Imágenes de objetos conocidos. -Pegamento. |
| PERSONAL-SOCIAL | Ofrecerá la pelota a la imagen en el espejo. | Reforzar la imagen del niño frente al espejo y captar su atención. | Colocar al niño frente al espejo con un muñeco sujetado por su brazo y pedir que vea al niño del espejo y que al mismo tiempo mueva de diferentes formas el muñeco, hasta que se identifique. | -Espejo. -Muñeco de mediano a grande. |

SESION 2.

| AREA DEL DESARROLLO | OBJETIVO ESPECIFICO | | ACTIVIDADES | RECURSOS DIDACTICOS |
|----------------------------|---|--|--|---|
| | Según escala Gesell | Funcional | | |
| ADAPTATIVA | Tratará de introducir una bolita en una botella, y al soltarla la bolita caerá fuera de la botella. | Facilitar la manipulación de objetos pequeños. | Introducir tapas en un popote, dejando espacio entre cada tapa, enseñar al niño a meterlas y sacarlas. | -3 o 4 tapas de vaso de plástico. - Un popote. |
| MOTRIZ GRUESA | Realizará marcha, pero necesitará ser sostenido de una mano. | Incrementar la habilidad para caminar con apoyo. | Utilizando un peto o una toalla sobre su pecho sujetadas por el cuidador y motivarlo a caminar. | -Peto con correas o una toalla doblada horizontalmente. |
| MOTRIZ FINA | Sostendrá una cinta con facilidad, presentando prensión precaria. | Favorecer la prensión de objetos delgados. | Con un tablero de agujeros y una aguja grande, enseñar al niño a meter y sacar la aguja, intentando formar figuras. | - Tablero con agujero de aprox. 25 x20 cm. -Aguja muy grande y gruesa. -Hilo grueso. |
| LENGUAJE | Tendrá un vocabulario de dos palabras, además de “mamá” y “papá”. | Ampliar el vocabulario del niño. | Pegar sobre un envase cilíndrico diferentes imágenes conocidas y atractivas para el niño, cuyo nombre sea una palabra simple. Hacer rodar el cilindro y enseñarle el nombre de cada imagen. Posteriormente pedir que mencione al menos una imagen. | -Envase cilíndrico. Imágenes: gato, perro, niña, casa, agua, leche, coche, silla, cama, mesa, taza, sopa, vaca, etc. |
| PERSONAL-SOCIAL | Cooperará para vestirlo. | Familiarizar al niño con la hora de vestirlo. | Vestir al niño frente a un espejo y nombrar las prendas y las partes del cuerpo dónde van, explicarle para que se viste y pedirle que colabore en la medida de sus posibilidades: “Mete tu pie”, “mete tu brazo”, etc. Reforzar en casa siempre. | -Prendas de vestir (las que se utilicen para vestir al niño). |

SESION 3.

| AREA DEL DESARROLLO | OBJETIVO ESPECIFICO | | ACTIVIDADES | RECURSOS DIDACTICOS |
|---------------------------------|---|---|--|--|
| | Según escala Gesell | Funcional | | |
| ADAPTATIVA | Sostendrá y sacudirá un aro colgante por una cinta. | Desarrollar la prensión y manipulación de objetos. | Entregar una tela al niño y pedir que la sujete con las dos manos y en el otro extremo estará otra persona y lo motivara a subir y bajar la tela y manipularla de otras formas según las posibilidades del niño. | - Tela grande en uno o varios colores llamativos. |
| MOTRIZ GRUESA | Realizará marcha adecuadamente, no es común que pierda el equilibrio y caiga. | Establecer marcha independiente. | Hacerlo pasar en un pasillo de 2 barras, sujetándose y motivándolo a avanzar. | -Espejo. -Barras paralelas de una altura cómoda para el niño. |
| MOTRIZ FINA Y ADAPTATIVA | Realizará una torre con tres o cuatro cubos, sin ayuda, se derrumbará con el cuarto cubo. | Establecer dominio de ambas manos y favorecer la coordinación óculo-manual. | Enseñar al niño a abrir y cerrar cajas de diferentes tamaños. | -Cajas de zapatos, de medicina, de cerrillos, etc. |
| LENGUAJE | Comprende el juego de “ten y dame”. Entregando un juguete si se le solicita. | Familiarizar al niño con el seguimiento de instrucciones simples. | Con la ayuda de su muñeco favorito, realizar juego de “ten y dame”, repetir hasta observar que ha comprendido. | -Muñeco favorito del niño. |
| PERSONAL-SOCIAL | Cooperará al vestirlo. | Motivar al niño a cooperar con el vestido. | Vestir un muñeco y pedir al niño que colabore; para que después el colaboré a la hr. de vestirlo, es necesario que para que colaboré tenga equilibrio y se haga en la posición que más domine el niño.* | -Un muñeco grande. -Prendas de vestir para el muñeco. |

*Para profundizar este tema y otros de actividades de vida independiente consultar el libro: “Atención en el hogar del niño con P.C” de Nancie Finnie.

SESION 4.

| AREA DEL DESARROLLO | OBJETIVO ESPECIFICO | | ACTIVIDADES | RECURSOS DIDACTICOS |
|---------------------------------|--|---|--|--|
| | Según escala Gesell | Funcional | | |
| ADAPTATIVA | Con un tablero de tres bloques, en figuras geométricas observará selectivamente el orificio circular. | Desarrollar la capacidad de identificar objetos circulares. | Hacer círculos, cuadrados, triángulos y rectángulos sobre fomy y colocar frente al niño un bote y una caja pedir que meta los círculos en el bote y el resto de las figuras en la caja. | -Fomy, tijeras, regla: para hacer diferentes figuras de aprox. 4 cm. cada una. aprox. 10 de cada tipo. -Un bote y una caja decorados. |
| MOTRIZ GRUESA | Realizará marcha rápida o carrera rígida. | Establecer marcha independiente. | Puesto el cuidador a un metro de distancia del niño y frente a él animar para que llegue hasta él, sin ayuda. | |
| MOTRIZ FINA Y ADAPTATIVA | Realizará una torre con tres o cuatro cubos, sin ayuda, se derrumbará con el cuarto cubo. | Establecer dominio de ambas manos y favorecer la coordinación óculo-manual. | Enseñar al niño a aplaudir. Amasar harina y agua y con la pasta formada, elaborar diferentes figuras. | -Bandeja de plástico. -Harina. -Agua. |
| LENGUAJE | Mirará selectiva mente un libro con imágenes. Identificará la imagen que se le solicita. | Reforzar la identificación del nombre de las cosas. | Hacer un listado de las palabras que conoce el niño y hacer un diccionario, pegando láminas sobre una cartulina y haciendo un libro, mostrar las imágenes y después pedir que las identifique. | -Cartulina. -Tijeras. -Laminas de personas, objetos y cosas. |
| PERSONAL-SOCIAL | Comerá parcialmente sin ayuda, con una cuchara; derramará. Al terminar su comida entregará el plato vacío. | Ejercitar la prensión y la autonomía a la hora de la alimentación. | Colocar pasas en un plato y enseñar al niño a tomarlos con sus manos y llevarlos a la boca, posteriormente intentar que lo haga con la cuchara, intentar con otros alimentos. | -Un plato amplio. -Pasas. - Una cuchara de mango grueso. |

SESION 5.

| AREA DEL DESARROLLO | OBJETIVO ESPECIFICO | | ACTIVIDADES | RECURSOS DIDACTICOS |
|---------------------------------|---|---|--|---|
| | Según escala Gesell | Funcional | | |
| ADAPTATIVA | Colocará diez cubos dentro de una taza, ya sea espontáneamente o mediante demostración. | Reforzar la capacidad de introducir objetos de forma espontánea. | Hincar al niño y darle bolitas de plástilina y colocar en el piso un botecito para que desde su posición intente meter las bolitas en el bote. Si lo requiere apoyar en un rodillo. | -Bolitas de plástilina, del tamaño q las pueda sujetar. -Bote pequeño. -Rodillo (opcional). |
| MOTRIZ GRUESA | Subirá escaleras, mientras se le toma de una mano, en posición erecta. | Enseñar al niño a subir escaleras con ayuda. | Usando una escalera especial para terapia enseñar al niño a subir y bajar, al inicio habrá q sujetarlo de las dos manos, después sólo una. | - Escaleras para terapia. |
| MOTRIZ FINA Y ADAPTATIVA | Realizará una torre con tres o cuatro cubos, sin ayuda, se derrumba con el cuarto cubo. | Establecer dominio de ambas manos y favorecer la coordinación óculo-manual. | Enseñar al niño a abrir botes de rosca de distintos tamaños. | -Botes de rosca, preferentemente de plástico. |
| LENGUAJE | Podrá realizar dos ordenes direccionales, con la ayuda de una pelota. | Fortalecer la comprensión y ejecución de ordenes simples. | Colocar al niño sentado en un rodillo, frente a él también sobre el rodillo a su cuidador y pedir al niño que realice lo que el cuidador va haciendo con un aro: subir, bajar, llevar a un lado, etc; primero ejecutar y nombrar la acción, dar tiempo a que el niño la imite y después dejar que lo haga solo frente al espejo. | -Rodillo grande y largo. - 2 aro uno para el niño y otro para el cuidador. -Espejo. |
| PERSONAL-SOCIAL | Durante el día el controlará esfínteres de forma regular. | Entrenar al niño en el control de esfínteres diurno. | Detectar la hr. aprox. En que el niño hace del baño, alrededor de esa hr. sentarlo en la bacinilla o directamente en la taza. | -Bacinilla para niño (el tamaño depende de la edad del niño) |

SESION 6.

| AREA DEL DESARROLLO | OBJETIVO ESPECIFICO | | ACTIVIDADES | RECURSOS DIDACTICOS |
|----------------------------|--|--|--|--|
| | Según escala Gesell | Funcional | | |
| ADAPTATIVA | Sacudirá o manipulará una botella, con la intención de extraer una bolita. | Reforzar la capacidad de utilizar las dos manos a la vez, con intencionalidad. | En una mano entregar al niño un botecito con pinzas de ropa y pedir que con la otra mano tome las pinzas y las coloque sobre un cordón y a lo largo del mismo, posteriormente pedir que las quite y las guarde en el bote. | -Bote con pinzas para tender ropa. -Cordón de aprox. 1 cm. de diámetro y 1 m. De largo. |
| MOTRIZ GRUESA | Se sentará sin ayuda en una silla pequeña. Se trepará a una silla grande y se sentará. | Incrementar las habilidades motrices gruesas. | Colocar una sillita frente al niño y motivarlo a que se suba, al principio ayudarle. | - Silla pequeña (tipo preescolar). |
| MOTRIZ FINA | Hojeará las paginas de dos o tres a la vez, en una u otra dirección; con intencionalidad. | Dominar los movimientos de los dedos. | Dar al niño periódico y después un libro de paginas gruesas y enseñarlo a hojear cada uno. | -Periódicos. -Cuentos infantiles de pg. Gruesas. -Revistas. |
| LENGUAJE | Nombrará o señalará objetos en una lámina con dibujos. Tenderá más a identificar. | Identificar los objetos que el niño conoce por su nombre. | Mostrar las mismas tarjetas de la sesión 1, colocarlas de 4 en 4 frente a él y pedir que señale al menos 2 de esas imágenes, ya sea que las señale o las nombre, intentar q 1º. las nombre. | -Tarjetas utilizadas en la sesión 1, de esta etapa. |
| PERSONAL-SOCIAL | Durante el día el controlará esfínteres de forma regular. No indicará sus necesidades pero esperará. | Entrenar al niño en el control de esfínteres. | Representar con unos muñecos una pequeña obra de teatro dónde los personajes estén entrándose en las funciones de eliminación. Motivar a que haga lo mismo. | -Teatro guiñol (de preferencia). -Muñecos. -Tazas o bacinillas de juguete. |

SESION 7.

| AREA DEL DESARROLLO | OBJETIVO ESPECIFICO | | ACTIVIDADES | RECURSOS DIDACTICOS |
|----------------------------|---|---|--|--|
| | Según escala Gesell | Funcional | | |
| ADAPTATIVA | Garabateará de modo espontáneo o a partir de una indicación o imitará un trazo. | Favorecer la realización de trazos libres. | En una bandeja con arena, otra con agua realizar caminos libres con la mano. Con pintura embarrada en sus dedos, pedir que imite diferentes trazos, sobre un papel. | -2 bandejas de plástico. -Agua y arena. -Pintura digital. -Cartulina. |
| MOTRIZ GRUESA | Arrojará una pelota estando parado. | Desarrollar la capacidad de aventar una pelota, con las manos, el niño puede hacerlo (en prono, sentado o parado) en la posición que le sea más sencilla. | Con botellas decoradas colocadas a cierta distancia del niño mostrar como se caen aventando una pelota (juego de bolo) pedir que lo intente y jugar varias veces, hasta que logre tirar muchas botellas. | -8 botellas grandes de plástico. - Una pelota grande de plástico. -Papel de colores y masking. |
| MOTRIZ FINA | Hojeará las paginas de dos o tres a la vez; con intencionalidad. | Dominar los movimientos de los dedos. | Mostrar al niño como tocar la mesa con la yema de los dedos. Con un palo de madera con cuentas pedir al niño q pase una por una de un extremo a otro. Repetir varias veces. | -Palo de madera. -Cuentas grandes, de preferencia circulares. |
| LENGUAJE | Nombrará a una pelota. | Asociar la verbalización a un objeto conocido para el niño. | Sentado el niño escoger tres de sus objetos favoritos, cuyos nombres sólo consten de una palabra. Levantar cada uno y nombrarlo y pedir que posteriormente nombre alguno de ellos. | - 3 Objetos conocidos por el niño y cuyo nombre sea sólo una palabra. |
| PERSONAL-SOCIAL | Al caminar o gatear arrastrará un juguete. | Establecer relación causa-efecto a través del juego. | Con un juguete de jalar, mostrar como se mueven las ruedas al jalarlo y pedir al niño que juegue con arrastrándolo, usando cualquier forma de desplazamiento. | - Juguete con rueditas y amarrado con un cordón. |

SESION 8.

| AREA DEL DESARROLLO | OBJETIVO ESPECIFICO | | ACTIVIDADES | RECURSOS DIDACTICOS |
|----------------------------|--|---|---|---|
| | Según escala Gesell | Funcional | | |
| ADAPTATIVA | Apilará los tres bloques en el tablero. | Estimular la capacidad de introducir objetos en pequeños espacios y con características determinadas. | Con un cubo grande con agujeros de diferentes figuras enseñar al niño a meter cada una dónde corresponde, si no mete todas adecuadamente esta bien conque lo logre con las figuras geométricas más sencillas basta. Jugar varias veces. | - Cubo con agujeros en diferentes formas básicas diseñados para introducir cada figura en su espacio. |
| MOTRIZ GRUESA | Empujará con el pie una pelota. | Fortalecer la capacidad de dar patadas. | Enseñar al niño a patear un pequeño rodillo y posteriormente colocar cerca del niño una pelota grande para que mueva los pies y la pelota a su vez, intentando patearla. | -Rodillo pequeño. -Pelota un poco pesada (sí es ligera es probable que pierda el equilibrio y patee en punta). |
| MOTRIZ FINA | Hojeará las paginas de dos o tres a la vez, en una u otra dirección; con intencionalidad. | Dominar los movimientos de los dedos. | Con un teléfono de disco pedir al niño que marque los números. | -Teléfono de disco de juguete o real. |
| LENGUAJE | Tendrá un vocabulario de diez palabras incluyendo nombres. No hace falta que la pronunciación sea clara. | Incrementar el conocimiento del nombre de los objetos del entorno. | Colocar una canasta vacía en el centro del salón y distribuir por todo el salón diferentes imágenes u objetos familiares al niño y pedir que coloque en la canasta los que se le van solicitando. | -Canasta grande. -Juguetes, fotografías, animales de peluche o plástico, etc. |
| PERSONAL-SOCIAL | Jugará a cargar o abrazar a un muñeco. Manipulando activamente el juguete. | Establecer en el niño el juego adecuado como actividad recreativa. | Mostrar al niño diferentes juguetes y la forma de jugarlos (dependiendo el sexo del niño), esperando a que escoja el que más le gusta y dejarlo jugar libremente. | Juguetes p/niño: carritos, balones, canicas, etc. -Juguetes p/niña: cocinas muñecas, trastecitos, etc. |

“El mejor maestro solo puede enseñar, pero es el niño quien realiza siempre el acto genial de aprender”

Fernando Savater.

CONCLUSIONES.

CONCLUSIONES.

A modo de conclusión hay que señalar que, se han cubierto las expectativas de este trabajo al dar a conocer las características de la Parálisis Cerebral, señalando que es un conjunto de síndromes originados por una lesión en un cerebro inmaduro (de etiología diversa) y cuya principal característica es alguna alteración de tipo motriz que puede expresarse de formas diversas, siendo una alteración no progresiva pero permanente.

La población con discapacidad y específicamente con Parálisis Cerebral en nuestro país representa un alto porcentaje, por lo que es necesario considerarla a la hora de realizar la planeación educativa, social, de servicios salud, laboral y recreativa de nuestro país.

Se aclaro que nos corresponde como pedagogos responder a las necesidades educativas realizando evaluaciones psicopedagógicas, programas y adecuaciones curriculares y materiales para el niño, joven y adulto con Parálisis Cerebral y cuánto antes se inicie este trabajo las posibilidades de recuperación aumentan significativamente, considerándolo como el responsable activo de su aprendizaje. El pedagogo y la pedagoga somos capaces de realizar dicho trabajo, ya que contamos con la capacidad de realizar evaluaciones sobre la base de escalas del desarrollo y elaborar programas específicos y sistematizados, individuales o grupales, con objetivos claros, con actividades interesantes y variadas para el niño y su acompañante, además de contar con el lenguaje adecuado para orientar a la familia; por lo que el pedagogo es necesario para la adecuada aplicación de la Intervención Temprana.

Sin embargo, el pedagogo no cuenta con todos los elementos teóricos y prácticos indispensables por lo que tiene que establecer un vínculo con médicos de diferentes especialidades, fisioterapeutas, terapeutas de lenguaje y otros especialistas para que en equipo se alcance un mejor desempeño del niño y futuro adulto con P.C.

Se describieron las diferentes modalidades de educación pública que actualmente existen para responder a las N.E.E. de los niños con Parálisis Cerebral, siendo las más comunes el CAM y las USAER; además de señalar diferentes leyes nacionales e internacionales cuya promulgación

principal es: Educación para todos y es la filosofía bajo la cuál sugiero se oriente nuestra labor, buscando dar a cada quien lo que necesita.

Se ha explicado porque, cuando se trata de programas de educación en edades tempranas para niños con algún tipo de desventaja y sus familias, se utiliza el término Intervención Temprana y no el de Estimulación Temprana ya que este tipo de programas se centran en niños para desarrollo regular; además de que la IT, se centra en principios educativos, neurológicos, de desarrollo y ambientales como ejes centrales de este tipo de trabajos y cuyos beneficios se ha demostrado contribuyen a mejorar la calidad de vida del niño con P.C. y cuyas investigaciones continúan, ya que las realizadas hasta ahora, han tenido limitantes: no se han sabido evaluar los resultados, mantener los grupos de investigación constantes y dar seguimiento a mediano y largo plazo y los especialistas que lo han hecho no han estado enfocados a los procesos educativos, por lo que en estos rubros se abre un campo de acción para la pedagogía.

En México y específicamente en el campo de la educación no contamos con instrumentos de evaluación aplicables a la población mexicana y específicamente a los niños con P.C. que permitan identificar sus potencialidades y necesidades, por lo que es necesario que se profundice en estos temas.

Finalmente se presentó un programa de IT, listo para llevarse a la práctica de forma económica, sencilla y práctica como una guía de trabajo para un centro educativo o rehabilitatorio cuya función sea atender las necesidades de niños con P.C..

Es necesario dar continuidad a este programa para aquellos niños que rebasan las habilidades descritas por Gesell hasta los 18 meses de edad y presentan otras necesidades, ya que el presente programa se limita hasta esta edad y aún hay muchas conductas por trabajar en niños mas avanzados.

Es necesario señalar, como trascendentales la empatía, el compromiso y el conocimiento por parte del profesional por lo que la Intervención Temprana no es una labor sencilla ni empírica, que para llevarse a la práctica requiere únicamente de conocer juegos y canciones, es un trabajo

científico y especializado que va mucho más allá de las actividades lúdicas; por el contrario, se requiere una especialización en cuestiones educativas y terapéuticas.

Hay que tomar en cuenta la disminución de los gastos en el ámbito nacional ya que los programas de IT, son simultáneamente educativos y preventivos por lo que la posibilidad de necesitar servicios especializados en el futuro, disminuye de manera importante y con esto los costos no sólo económicos, si no también emocionales, sociales y académicos se reducen considerablemente.

Son urgentes programas de prevención de la discapacidad, por medio de campañas masivas en los medios de comunicación, de orientar y educar a las mujeres embarazadas, incluso a aquellas que están en edad reproductiva; así como dotar de mayores y mejores servicios de salud a las comunidades de nuestro país, independientemente de sus creencias y ubicación geográfica. No es posible pensar que actualmente se sigan atendiendo a niños con discapacidades que pudieron ser prevenidas lo que representa que en los siguientes 50 años seguirá habiendo en nuestro país discapacidad que se pudo prevenir.

En fin, hoy por hoy el trabajo con los grupos vulnerables es más bien asistencialista y de tipo caritativo, en su mayoría, esto considero hay que renovarlo, pues tanto la educación especial como la rehabilitación debe ser considerados trabajos de tipo científico y de importante apoyo social; así mismo, hay que cambiar la visión de la discapacidad en México, es necesario considerar a las personas que presenten algún tipo de discapacidad como personas capaces de valerse por sí mismas en la medida de sus posibilidades físicas e intelectuales y con necesidades especiales, las cuales son sólo son un fragmento de lo que cada cual es y es una obligación del gobierno y otras instituciones cubrir estas necesidades de una manera lo más natural posible, sólo entonces podremos hablar de equidad en este país.

“Nos detenemos en los gramos de enfermedad y nos advertimos los kilos de salud”¹⁰⁵

¹⁰⁵ Lev. S. Vigotsky. *Op. cit.* p. 62.

ANEXOS.

ANEXO 1.

Evaluación diagnóstica del Desarrollo de la conducta en el niño de desarrollo regular del nacimiento a los 5 años, según las escalas de Gesell.*

DATOS GENERALES DEL NIÑO.

Nombre: _____

Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

Impresión Dx: _____

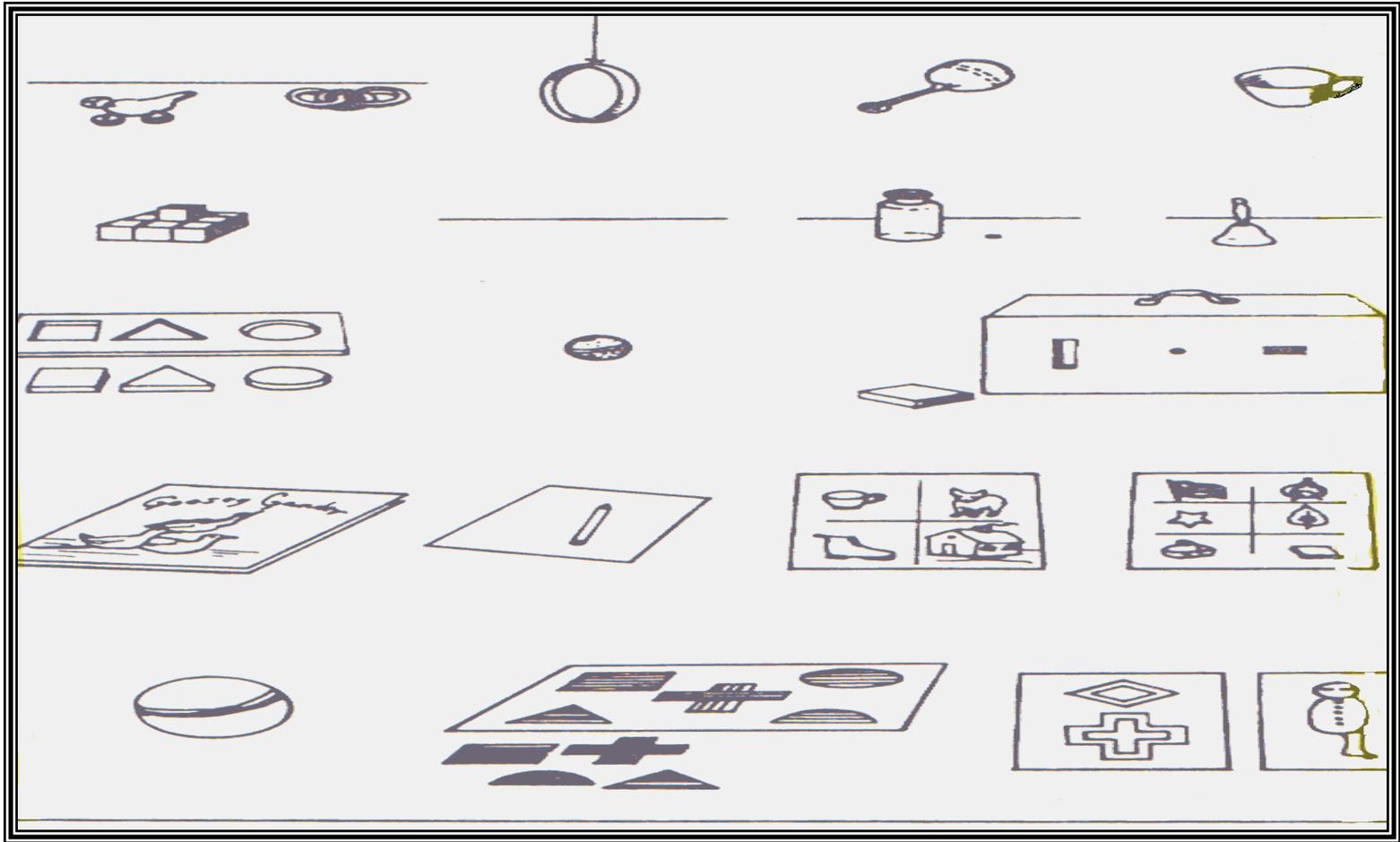
INSTRUCCIONES: Marcar en cada cuadro como corresponda.

| | |
|----------|---------------------------------------|
| R | Si realiza por sí sólo esa conducta. |
| A | Sí requiere de apoyo para realizarla. |
| N | Sí no realiza esa conducta. |

Descartar la prueba después de que el niño no sea capaz de realizar por sí solo o con ayuda 3 conductas continuas en cada área del desarrollo. Aplicar por columna de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo.

* Tomado de: Gesell, Arnold. et.al. *Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Evaluación y manejo del desarrollo neuropsicologico normal y anormal del niño pequeño y el preescolar* Trad. Bernardo Serebrinsk. México: Paídos, 1994. p. 54-137.

Materiales necesarios para la aplicación de la prueba.** : Cascabeles, aros de tres colores, aro colgante, sonaja, taza, cubos, bolita, botella, campanilla, tablero con tres bloques, pelota chica, caja de pruebas con bloque cuadrado, libro de imágenes, papel y lápiz, láminas con dibujos, pelota grande, formas coloreadas, rombo y cruz de doble trazo y dibujo de hombre incompleto.



** Tomado: Arnold Gesell. *Ibidem*. p.47.

CONDUCTA ADAPTATIVA

| 4 semanas | 16 semanas | 28 semanas | 40 semanas | 12 meses |
|---|--|---|--|---|
| Mira únicamente una sonaja cuando esta en línea de visión. <input type="checkbox"/> | Mira inmediatamente la sonaja o el aro colgante. <input type="checkbox"/> | Intenta acercarse a la sonaja o campana y asir con una mano. <input type="checkbox"/> | Aparea dos cubos, como si los comparara o los hace chocar. <input type="checkbox"/> | Intenta construir torre con cubos y fracasa. <input type="checkbox"/> |
| Sigue con la mirada hacía la línea recta un aro colgando. <input type="checkbox"/> | El aro colgante, cubos o la sonaja provocan actividad de miembros superiores. <input type="checkbox"/> | Sostiene dos cubos mas que momentánea-mente. <input type="checkbox"/> | Toca con los dedos un cubo dentro de una taza, pero no lo extrae. <input type="checkbox"/> | Deja caer un cubo dentro de una taza después de haberlo hecho el examinador. <input type="checkbox"/> |
| La sonaja cae inmediatamente que se le coloca en la mano. <input type="checkbox"/> | Baja La mirada a la mesa o a las manos. <input type="checkbox"/> | Transfiere un cubo o una campana de una mano a otra. <input type="checkbox"/> | Acercamiento preferente al objeto más pequeño al tener dos objetos frente a él. <input type="checkbox"/> | Trata de introducir una bolita en una botella la suelta y la bolita cae fuera de la botella, por lo que fracasa. <input type="checkbox"/> |
| Escucha una campana, la actividad disminuye. <input type="checkbox"/> | Hay fijación ocular definida sobre un objeto <input type="checkbox"/> | Sostiene y golpea la campanilla contra la mesa. <input type="checkbox"/> | Se aproxima a una bolita con el dedo índice. <input type="checkbox"/> | Sostiene y sacude un aro colgante por una cinta. <input type="checkbox"/> |
| | Mira la sonaja sosteniéndola en la mano. <input type="checkbox"/> | Sacude definitivamente la sonaja. <input type="checkbox"/> | Sacude la campanilla en posición de sentado, con un amplio movimiento de brazo. <input type="checkbox"/> | Con un tablero de tres bloques, en figuras geométricas observa selectivamente el orificio circular. <input type="checkbox"/> |
| | Lleva a la boca el aro colgante <input type="checkbox"/> | | Toma una campanilla por el mango. <input type="checkbox"/> | |
| | | | Trata o logra asir la bolita mientras sostiene la botella. <input type="checkbox"/> | |

| 18 meses | 2 años | 3 años | 4 años | 5 años |
|--|---|---|---|---|
| Realiza una torre con tres o cuatro cubos. Puede requerir una demostración para iniciarla y motivación. <input type="checkbox"/> | Torre de 6 o 7 cubos. Puede necesitar demostración para iniciar e incitación para continuarla. <input type="checkbox"/> | Elabora torres de 9 cubos y de 10 en tres intentos. Puede necesitar motivación. <input type="checkbox"/> | Imita un portal con cinco cubos. <input type="checkbox"/> | Con cubos construye dos peldaños. <input type="checkbox"/> |
| Coloca diez cubos dentro de una taza, ya sea espontáneamente o mediante incitación y demostración. <input type="checkbox"/> | Alinea dos o más cubos de forma horizontal formando un "tren". A partir de la demostración que de inmediato se destruye. <input type="checkbox"/> | Con 3 cubos imita un puente, requiere demostración y que el modelo quede frente al niño. <input type="checkbox"/> | Dibuja un hombre con dos partes del cuerpo. <input type="checkbox"/> | Realiza una figura inequívoca del hombre con cuerpo. <input type="checkbox"/> |
| Sacude o manipula una botella, con la intención de extraer una bolita. <input type="checkbox"/> | Imita un trazo vertical con correcta orientación direccional. <input type="checkbox"/> | Inserta 10 bolitas dentro de la botella en 30m seg. Tomando una por una. <input type="checkbox"/> | Copia una cruz. <input type="checkbox"/> | Es capaz de copiar un triángulo. <input type="checkbox"/> |
| Garabatea de modo espontáneo o a partir de una indicación. <input type="checkbox"/> | Imita trazo de un círculo, tras la demostración, clara diferencia con el trazo vertical. Es probable que garabatee un círculo espontáneamente. <input type="checkbox"/> | Nombra lo que dibuja, ya sea espontáneamente o si se le pregunta:¿Qué es? <input type="checkbox"/> | Al mostrarle el dibujo del hombre incompleto agrega tres partes. <input type="checkbox"/> | Agrega 7 partes al dibujo del hombre incompleto. <input type="checkbox"/> |
| Imita un trazo, aunque no atiende la dirección del modelo. <input type="checkbox"/> | Coloca indiscriminadamente todos los bloques sobre el tablero. <input type="checkbox"/> | Nombra un dibujo de un hombre incompleto, como una persona. <input type="checkbox"/> | Señala 8 formas geométricas. <input type="checkbox"/> | Cuenta 10 objetos señalándolos correctamente. <input type="checkbox"/> |
| Apila los tres bloques en el tablero. <input type="checkbox"/> | Tras 4 ensayos, inserta los bloques donde corresponde. <input type="checkbox"/> | Copia un círculo de un modelo en una tarjeta. <input type="checkbox"/> | Cuenta tres objetos señalándolos correctamente. <input type="checkbox"/> | Cuenta la cantidad correcta de dedos en la mano. <input type="checkbox"/> |
| | Introduce un bloque cuadrado en una caja. <input type="checkbox"/> | Imita una cruz previa demostración. <input type="checkbox"/> | Selecciona invariablemente el objeto más pesado. <input type="checkbox"/> | Es capaz de identificar lo mas pesado. <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | Señala 4 formas geométricas. <input type="checkbox"/> | | |
| | | Realiza adecuadamente el ejercicio del tablero, sin error ni rotación. <input type="checkbox"/> | | |
| | | Repite una serie de 3 dígitos después de dictársela. <input type="checkbox"/> | | |

CONDUCTA MOTRIZ GRUESA

| 4 semanas | 16 semanas | 28 semanas | 40 semanas | 12 meses |
|---|--|---|--|---|
| Predomina la posición lateral de la cabeza. <input type="checkbox"/> | Postura simétrica, cabeza en línea media. <input type="checkbox"/> | Levanta la cabeza. <input type="checkbox"/> | Sentado permanece firme indefinidamente. <input type="checkbox"/> | Realiza marcha, pero necesita ser sostenido de una mano. <input type="checkbox"/> |
| Predomina posición asimétrica. Reflejo t-c <input type="checkbox"/> | Las manos se encuentran en línea media. <input type="checkbox"/> | Se sienta brevemente, inclinado hacia adelante, apoyado sobre las manos. <input type="checkbox"/> | De estar sentado pasa a la posición prona. <input type="checkbox"/> | |
| Rueda parcialmente al costado. <input type="checkbox"/> | Al sentarlo la cabeza esta firme dirigida hacia adelante. <input type="checkbox"/> | Al sentarse esta momentánea-mente erecto. <input type="checkbox"/> | Se para apoyándose en un barandal, Los pies permanecen firmes. <input type="checkbox"/> | |
| Al intentar sentarlo, caída hacia atrás de la cabeza. <input type="checkbox"/> | Cabeza sostenida en prono. Piernas extendidas o semiextendidas. <input type="checkbox"/> | Parado, sostiene gran parte del peso corporal. <input type="checkbox"/> | Gatea. Los impulsos sobre las nalgas en posición sentada es una variante equivalente. <input type="checkbox"/> | |
| En suspensión ventral la cabeza cuelga hacia adelante y gira a un costado. <input type="checkbox"/> | Tendencia a rodar. <input type="checkbox"/> | Parado salta activamente, al ser sostenido por el pecho. <input type="checkbox"/> | | |
| En prono intenta levantar la cabeza. <input type="checkbox"/> | | | | |

| 18 meses | 2 años | 3 años | 4 años | 5 años |
|--|--|---|---|--|
| Realiza marcha adecuadamente, no es común que pierda el equilibrio y caiga. <input type="checkbox"/> | Corre bien sin caerse, no es muy ligero, mantiene el equilibrio en carrera, se detiene sin tomarse de ningún sostén.. <input type="checkbox"/> | Alterna los pies al subir las escaleras, como lo hace el adulto, un pie por peldaño. <input type="checkbox"/> | Desciende con un pie cada peldaño, en las escaleras. <input type="checkbox"/> | Salta utilizando un pie alternadamente. <input type="checkbox"/> |
| Realiza marcha rápida o carrera rígida. <input type="checkbox"/> | Sube y baja escaleras sin ayuda, puede tomarse del pasamanos, pone los dos pies en el escalón, porte erecto. <input type="checkbox"/> | Salta desde el escalón inferior, empleando ambos pies al mismo tiempo, termina el salto de pie. <input type="checkbox"/> | Salta sobre un pie, solamente. <input type="checkbox"/> | Se para sobre un pie más de 8 segundos. <input type="checkbox"/> |
| Sube escaleras, mientras se le toma de una mano, en posición erecta. <input type="checkbox"/> | Patea una pelota grande sin demostración, responde a la indicación verbal. <input type="checkbox"/> | Se monta sobre un triciclo usando los pedales. Impulsa y lo dirige solo. <input type="checkbox"/> | Si esta corriendo o esta parado salta en largo. <input type="checkbox"/> | |
| Se sienta sin ayuda en una silla pequeña. Se trepa a una silla grande y se sienta. <input type="checkbox"/> | | Se para momentáneamente sobre un pie. El examinador requiere hacer la demostración. Puede tomarse el tiempo mediante una cuenta en voz alta. <input type="checkbox"/> | Arroja una pelota por lo alto. <input type="checkbox"/> | |
| Arroja una pelota estando parado. <input type="checkbox"/> | | | Se para sobre un pie entre 4 y 8 segundos. <input type="checkbox"/> | |
| Empuja con el pie una pelota <input type="checkbox"/> | | | | |

CONDUCTA MOTRIZ FINA

| 4 semanas | 16 semanas | 28 semanas | 40 semanas | 12 meses |
|--|--|--|--|----------|
| Ambas manos fuertemente cerradas y apretadas. <input type="checkbox"/> | Retiene un aro colgando. <input type="checkbox"/> | Prensión palmar radial de un cubo. <input type="checkbox"/> | Suelta toscamente un cubo. <input type="checkbox"/> | |
| La mano se cierra al contacto con la sonaja. <input type="checkbox"/> | En posición supina tantea, araña y agarra, con su propio cuerpo, cabello, vestimenta o con los otros. Movimiento mas activo de los dedos. <input type="checkbox"/> | Barre o rasguña con toda la mano una bolita. El niño logra tocarla. <input type="checkbox"/> | Prensión precaria tipo pinza. Entre el pulgar y la punta del índice (o del dedo medio); la mano y el brazo recargados en la superficie de la mesa proporcionan un sostén. <input type="checkbox"/> | |
| | | | Toma una bolita en el primer o segundo intento. <input type="checkbox"/> | |
| | | | Sostiene una cinta con facilidad, presentando prensión precaria. <input type="checkbox"/> | |

| 18 meses | 2 años | 3 años | 4 años | 5 años |
|--|---|--|---|---|
| Realiza una torre con tres o cuatro cubos, sin ayuda, se derrumba con el cuarto cubo. <input type="checkbox"/> | Realiza una torre de seis cubos sin ayuda, en el séptimo cubo se derrumba. <input type="checkbox"/> | Realiza una torre de nueve cubos, la cual se mantiene el tiempo necesario. <input type="checkbox"/> | Inserta 10 bolitas dentro de la botella en 25 seg. <input type="checkbox"/> | Inserta 10 bolitas dentro de la botella en 20 seg. <input type="checkbox"/> |
| Hojea las paginas de dos o tres a la vez, en una u otra dirección; con intencionalidad. <input type="checkbox"/> | Con un libro con imágenes vuelve las paginas una por una en ambas direcciones. <input type="checkbox"/> | Inserta 10 bolitas dentro de la botella en 30 seg. El mejor tiempo se da con una u otra mano. <input type="checkbox"/> | | |

CONDUCTA DE LENGUAJE

| 4 semanas | 16 semanas | 28 semanas | 40 semanas | 12 meses |
|--|---|--|--|--|
| Faz inexpresiva. <input type="checkbox"/> | Se entusiasma fácilmente. <input type="checkbox"/> | Primera modulación activa del aire con los labios, por lo general durante el llanto (mum-mum-mum). <input type="checkbox"/> | Expresa “papá” y “mamá” con sentido. Estas u otras combinaciones consonantes equivalentes se utilizan específicamente para referirse al padre o la madre. <input type="checkbox"/> | Tiene un vocabulario de dos palabras, además de “mamá” y “papá”. <input type="checkbox"/> |
| Mirada vaga, indirecta. <input type="checkbox"/> | Respira fuertemente. <input type="checkbox"/> | Sonidos vocálicos polisilábicos controlados(o-o-o, a-o-a-o). <input type="checkbox"/> | Emplea una palabra como sonido persistente para referirse a una acción u objeto, aún cuando no lo articule reconociblemente. Pueden ser “hola”, “adiós” “no”, etc. <input type="checkbox"/> | Comprende el juego de “ten y dame”. Entregando un juguete si se le solicita. <input type="checkbox"/> |
| Pequeños ruidos guturales. <input type="checkbox"/> | Ríe fuertemente. <input type="checkbox"/> | | Cuando la madre utiliza palabras el niño comprende y responde apropiadamente. <input type="checkbox"/> | |

| 18 meses | 2 años | 3 años | 4 años | 5 años |
|--|---|---|--|---|
| Mira selectiva mente un libro con imágenes. Identifica la imagen que se le solicita. <input type="checkbox"/> | No usa la jerga, emplea palabras aunque estas no sean comprensibles, pero las emite con la intención en que se conviertan en vocablos. <input type="checkbox"/> | Al mostrarle un libro con imágenes, indica la acción, al preguntarle ¿Qué está haciendo? <input type="checkbox"/> | Nombra un color. <input type="checkbox"/> | Con monedas nombra tres valores distintos. <input type="checkbox"/> |
| Puede realizar dos ordenes direccionales, con la ayuda de una pelota. <input type="checkbox"/> | Conversa empleando frases de tres palabras. <input type="checkbox"/> | En su conversación usa los plurales con mas frecuencia que los singulares. <input type="checkbox"/> | Obedece 4 ordenes con una pelota o una silla. <input type="checkbox"/> | Nombra 4 colores. <input type="checkbox"/> |
| Nombra o señala objetos en una lamina con dibujos. Tiene más a identificar. <input type="checkbox"/> | En su conversación dice: “yo, mi, tu”, no necesariamente adecuadamente ni todos. <input type="checkbox"/> | Al mostrarle 10 imágenes de objetos, nombre 8 o hasta los 10. <input type="checkbox"/> | | Al mostrarle una figura hace un comentario descriptivo, con enumeración. <input type="checkbox"/> |
| Nombra a una pelota. <input type="checkbox"/> | Mostrándole láminas de dibujos nombra tres o más, en respuesta a ¿qué es esto?. <input type="checkbox"/> | Contesta a preguntas sencillas con una palabra. <input type="checkbox"/> | | Comprende y contesta preguntas un poco elaboradas. <input type="checkbox"/> |
| Tiene un vocabulario de diez palabras incluyendo nombres. No hace falta que la pronunciación sea clara. <input type="checkbox"/> | Mostrándole láminas de dibujos identifica 5 o más, respondiendo a “muéstrame la...” y el niño señala con el dedo. <input type="checkbox"/> | Dice adecuadamente su sexo. <input type="checkbox"/> | | Realiza 3 encargos en correcta sucesión. <input type="checkbox"/> |
| | Nombra dos de los siguientes objetos, al verlos: lápiz, zapatos, llave, moneda y pelota. <input type="checkbox"/> | Obedece dos ordenes respecto a una pelota y una orden referente al uso de una silla. <input type="checkbox"/> | | |
| | Realiza 4 ordenes con la pelota. <input type="checkbox"/> | | | |

CONDUCTA PERSONAL –SOCIAL.

| 4 semanas | 16 semanas | 28 semanas | 40 semanas | 12 meses |
|--|---|---|---|---|
| Mira al examinador, la actividad disminuye. <input type="checkbox"/> | Sonríe espontánea-mente como medio de socialización. <input type="checkbox"/> | Toma bien los sólidos. No hecha afuera la lengua. <input type="checkbox"/> | Interviene en juegos si la madre le enseña primero, por ejemplo expresa: “adiós” <input type="checkbox"/> | Ofrece la pelota a la imagen en el espejo. <input type="checkbox"/> |
| Mira en derredor de modo indefinido. <input type="checkbox"/> | Al intentar sentarlo vocaliza o sonríe. <input type="checkbox"/> | Se acerca a un espejo y acaricia la imagen. <input type="checkbox"/> | | Coopera para vestirlo. Extiende el pie para recibir el calzado, etc. <input type="checkbox"/> |
| Dos comidas por la noche. <input type="checkbox"/> | Anticipación a la vista de alimentos. <input type="checkbox"/> | Lleva el pie a la boca en posición supina. <input type="checkbox"/> | | |
| | Con ayuda permanece sentado 10 a 15 minutos. <input type="checkbox"/> | Con un aro o una cinta se agita y abandona el intento. <input type="checkbox"/> | | |
| | Recreo manual con mutuo contacto de los dedos. <input type="checkbox"/> | | | |
| | Tira la ropa sobre el rostro. <input type="checkbox"/> | | | |

| 18 meses | 2 años | 3 años | 4 años | 5 años |
|--|--|--|---|---|
| Al terminar su comida entrega el plato vacío. <input type="checkbox"/> | Inhíbe girar la cuchara al auto alimentarse, con adecuada estabilidad. <input type="checkbox"/> | Come solo usando la cuchara sin ayuda y derramando un poco. <input type="checkbox"/> | Se lava y se seca las manos y la cara. Se cepilla los dientes. <input type="checkbox"/> | Se viste y desviste sin ayuda. <input type="checkbox"/> |
| Come parcialmente sin ayuda con una cuchara, no usa los dedos; derrama. <input type="checkbox"/> | Expresa necesidades inmediatas. Habla sobre sus actividades mientras las realiza. <input type="checkbox"/> | Vierte bien líquidos con un jarrito o de un vaso a otro. <input type="checkbox"/> | Se viste y desviste con supervisión. <input type="checkbox"/> | Pide el significado de las palabras. <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| Durante el día el control de esfínteres es regulado. No indica sus necesidades pero espera la oportunidad de usar el baño. <input type="checkbox"/> | Verbaliza sus necesidades para que lo lleven al baño, en el momento oportuno, os accidentes son raros. <input type="checkbox"/> | Se calza los zapatos, no necesariamente en los pies apropiados. <input type="checkbox"/> | Se ata los zapatos. <input type="checkbox"/> | Juega disfrazándose con ropas adultas. <input type="checkbox"/> |
| Al caminar o gatear arrastra un juguete. <input type="checkbox"/> | Es capaz de ponerse prendas simples. <input type="checkbox"/> | Se desabrocha botones accesibles, ya no es desprendimiento masivo de botones. <input type="checkbox"/> | Distingue frente y dorso de la ropa. <input type="checkbox"/> | Escribe algunas letras de molde como forma de juego. <input type="checkbox"/> |
| Juega carga o abraza a un muñeco. Manipula activamente el juguete. <input type="checkbox"/> | Esta seco toda la noche, si se levanta temprano. <input type="checkbox"/> | Comprende que debe esperar su turno. <input type="checkbox"/> | Realiza juego cooperando con otros niños. <input type="checkbox"/> | |
| | Se refiere a sí mismo por el nombre. <input type="checkbox"/> | Conoce algunas rimas, los anuncios de televisión pueden ser equivalentes. <input type="checkbox"/> | Juega construyendo edificios con bloques. <input type="checkbox"/> | |
| | Pide "otro", "otra". <input type="checkbox"/> | | Cumple encargos fuera del hogar sin cruzar la calle. <input type="checkbox"/> | |
| | Entrega una taza llena de cubos. <input type="checkbox"/> | | Tiende a exceder los límites establecidos. <input type="checkbox"/> | |
| | Imita la rutina domestica. <input type="checkbox"/> | | | |
| | Realiza juego paralelo a otro niño. <input type="checkbox"/> | | | |

Anexo 2.

Formato de entrevista.

Fecha de entrevista: _____

Persona entrevistada: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: _____

Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

Impresión Dx: _____

Nombre de la madre: _____

Edad: _____

Ocupación: _____ Estado Civil: _____

Nombre del padre: _____

Edad: _____

Ocupación: _____ Estado Civil: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

MOTIVO DE VALORACIÓN.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.

En su familia ¿Algún familiar cercano al niño presenta o ha presentado algún trastorno en el desarrollo, cuál? _____

¿Algún familiar del niño consume en exceso drogas o alcohol? _____

ANTECEDENTES PRENATALES.

¿Cuál fue la edad de la madre durante el periodo de gestación? _____

¿Cuál era el estado de salud de la madre antes y durante las primeras semanas de gestación? _____

En términos emocionales, ¿Cómo define su embarazo? _____

¿Hay antecedentes de amenazas de aborto en la madre? _____

¿Qué número de embarazo fue? _____

¿Cómo se sintió con de salud, durante el embarazo? _____

¿Hubo consumo de alcohol o drogas por parte de la madre, antes o durante la gestación? _____

¿Hubo adecuados cuidados durante la gestación? _____

¿Asistió a revisiones periódicas durante el embarazo? _____

¿Se presentó alguna complicación durante el periodo de gestación? _____

¿Qué tratamiento o cuidados recibió? _____

¿Tomo algún medicamento, por alguna razón? _____

¿Recibió alguna preparación especial para el parto, cuál? _____

ANTECEDENTES PERINATALES.

¿A las cuántas semanas llegó a término el embarazo? _____

¿En qué lugar recibió atención para el parto? _____

¿Cómo se desarrolló el trabajo de parto? _____

¿Qué tipo de parto fue? _____

¿Respiró y lloró al nacer? _____

¿Hubo otras complicaciones a la hora del nacimiento? _____

El niño ¿Recibió atención hospitalaria inmediata? _____

¿En qué servicios? _____

¿Cuál fue la calificación obtenida de APGAR? _____

¿Se le aplicaron otras pruebas de recién nacido, cuáles? _____

¿Qué resultados se obtuvieron? _____

¿Cuáles fueron el peso y talla del niño a la hora del nacimiento? _____

ANTECEDENTES POST-NATALES.

¿Cuál fue el estado de salud del niño al ser dado de alta? _____

Después de salir del hospital ¿Recibió cuidados especiales? _____

¿Recibió lactancia, por cuánto tiempo? _____

¿En las primeras semanas el niño se mostró irritable? _____

¿Se observaron trastornos del sueño? _____

¿Cómo ha sido la respuesta a estímulos ambientales? _____

¿Qué vacunas le han sido aplicadas y que efectos han tenido sobre el niño? _____

¿Qué reflejos están presentes en el niño? _____

¿Cuáles reflejos han desaparecido y en que edad? _____

SITUACIÓN ACTUAL.

¿Cuál es su estado de salud, actualmente? _____

¿Tolera los cambios de postura, cuales es capaz de realizar de forma independiente? _____

¿Controla la cabeza. En que posición? _____

Logra sentarse, ¿como lo hace? _____

¿Qué otra habilidad motriz global ha logrado? _____

¿Qué habilidad de motricidad fina es capaz de realizar de forma independiente? _____

¿Cómo es el carácter del niño? _____

¿Actualmente produce sonidos el niño? ¿Cuáles? _____

¿Considera que el niño comprende lo que usted y otros adultos le expresan? _____

¿En qué lo nota? _____

¿Cómo es su alimentación? _____

¿Realiza fijación, rastreo visual y auditivo? _____

¿Realiza agarre, exploración y alcance de objetos? _____

¿Con quien vive el niño? _____

¿Tiene hermanos?, ¿Cuántos y qué número ocupa entre los hijos? _____

¿Cómo es la relación que lleva con sus hermanos? _____

¿Cómo es la relación que lleva con sus padres? _____

¿Tiene las mismas actitudes con todos los miembros de la familia? _____

¿Tiene obligaciones dentro de la casa (en caso de poder realizarlas)? _____

¿Cuáles son?, ¿Le gustan? _____

¿Realiza sus actividades higiénicas con agrado? ¿Qué tanta ayuda requiere para realizarlas? _____

¿Cómo definiría la personalidad del niño? _____

¿Cómo detecta usted que el niño esta contento? _____

¿Cómo detecta usted que el niño esta enojado? _____

¿Ha manifestado conductas agresivas, (en qué momento)?, ¿Cuáles y a qué cree que se deba? _____

¿Cuál es la mayor diversión para el niño? _____

¿En qué actividades recreativas le agrada estar? _____

¿Cómo es un día del niño? _____

OBSERVACIONES.

Aplicó: _____

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y HEMEROGRAFICAS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y HEMEROGRÁFICAS.

Alfaro Moctezuma, Patricia. et.al. *Efectos del daño neurológico perinatal en el acto motor*. México: UAM, Serie académicos CBS. 1994. 40 p.

Arroyo, Juan Francisco. *Legislación Educativa Comentada*.. México: Porrúa, 2002. pp. 233-265.

Barnet, Ann. et.al. *El pensamiento del bebé*. Trad. Edith Zilli. Buenos Aires: Ediciones B Argentina, 2000. 445 p.

Bobath, Kerel. *Base neurofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral*. Trad. Pablo Rubén Koval. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1996. pp. 13-17, 45-53, 69-95, 110- 123.

Bolaños, Ma. Cristina. *Aprendiendo a estimular al niño. Manual para padres y educadores con enfoque humanista*. México: Limusa, 2003. 76 p.

Bricker, Diane. *Educación temprana de niños en riesgo y disminuidos. De la primera infancia a preescolar*. Trad. Pilar de Anta López y Eduardo Godínez de Arce. México: Trillas, 1991. 454 p.

Calderón Alarcón, Viviana. et.al. *Enciclopedia: Estimulación Temprana. Guía para el desarrollo integral del niño*. Tomos 1 y 2. Colombia: Reymo, 2003.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. *Ley General de las personas con Discapacidad*. México, 2005. 13 p.

Campero, Marilupe. et.al. *Programa regional de estimulación temprana. Participación de la familia en el manejo y cuidado del niño con parálisis cerebral*. México: UNICEF, 1981. 124 p.

Candel Gil, Isidoro, *Programa de Atención Temprana. Intervención en niños con síndrome de Down y otros problemas del desarrollo*. Madrid: CEPE, 2002. pp.17-52.

Declaración de Salamanca. *De principios, política y práctica para las Necesidades Educativas Especiales*, 1994.

Del Río, Norma. *Creciendo juntos. Un modelo de intervención temprana para prevenir alteraciones del desarrollo basado en el sistema madre-hijo*. México: UAM y UNICEF, 1999. 133 p.

Deutsch Smith, Deborah. *Bases psicopedagógicas de la educación especial*. Madrid: Pearson Educación, 2003. pp.412-423.

Diccionario Enciclopédico Universal Océano Color. 6 Tomos. Barcelona: Océano, 1994.

Ferreiro Gravie, Ramón. “SEPARATA: ¿Estimulación Temprana o Estimulación Educativa?”, *Revista Mexicana de Pedagogía*, Número. 21, Volumen. 6. México. Enero-Febrero, 1995. p. 1S-4S.

Fodor, Elizabeth. et.al. *Todo un mundo de sensaciones. Método de autoayuda para padres y profesionales aplicado al periodo inicial de la vida*. Madrid: Pirámide. Colección: ojos solares, 1998. 428 p.

Finnie, Nancie. *Atención en el hogar del niño con parálisis cerebral*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1976. 340 p.

García, Navarro. M.E. et.al. “Influencia de la estimulación Temprana en la parálisis cerebral”. *Revista de Neurología*, 2000. 31 (8), pp. 716-719.

_____et.al. “Afectación del desarrollo psicomotor y respuesta al tratamiento en la parálisis cerebral espástica”. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 2003. 4 (6), pp. 421-426.

Gesell, Arnold. et.al. *Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Evaluación y manejo del desarrollo neuropsicológico normal y anormal del niño pequeño y el preescolar*. Trad. Bernardo Serebrinsk. México: Paídos, 1994. pp. 1-147, 231-254.

Garrido, Jesús. *Programación de actividades para educación especial*. Madrid: CEPE, s/a. 257 p.

Heese, Gerhard. et.al. *La estimulación temprana en el niño discapacitado*. Trad. Raúl Ernesto Walder. México: Panamericana, 2ªreimp. 1998. pp.1-35.

Heward, William. *Niños excepcionales. Una introducción a la educación especial*. Trad. Ángeles Espinosa Bayal, et.al. Madrid: Prentice Hall, 1998. pp. 6-54,373-386, 526-573.

Hopkins, Helen. et.al. *Terapia Ocupacional*. Trad. Sara Padilla. España: Médica Panamericana, 2001. pp.430- 476.

Ilingworth, R.S. *Desarrollo del lactante y el niño*. Trad. Teresa Martín. Madrid: Churchill Livingstone, 1992. pp. 337-363.

INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2000. www.inegi.gob.mx

Instituto Panameño de Rehabilitación Especial. *Currículo de estimulación precoz*. Panamá: UNICEF-PROCEP, s/a. 155 p.

Lemus, Miriam. “*Influencia de la estimulación Temprana en el desarrollo del niño*” Revista: Semillero ideas (Baja California). Núm. 32. Oct- Dic. 2000. pp.33-39.

Metayer, M.L. *Reeducación cerebro motriz del niño pequeño. Educación terapéutica*. Trad. Carmen Aldave. Barcelona: Masson, 1995. pp. 71-107.

Muzaber, Lidia. et. al. *Parálisis cerebral y el concepto Bobath de Neurodesarrollo*. Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Núm. 17 Vol. 2. 1998. pp. 84-90.

Nieto Ríos, Guadalupe. *Una guía para estimular los primeros años de desarrollo del niño*. México: Aguirre y Beltrán, 1987. 171 p.

Ordóñez Legarda, Ma. Del Carmen. et.al. *Enciclopedia: Estimulación Temprana. Inteligencia emocional y cognitiva* Tomos 1 y 2. Madrid: Cultural, 2004.

Papazian, Oscar. "Rehabilitación motora en los niños con parálisis cerebral" *Revista de neurología clínica*, 2001 (2)1. pp.236-248. www.revneurolog.com/RNC/b010236.pdf.

Pérez, Isabel Paula. *Educación Especial. Técnicas de Intervención*. Madrid: McGraw-Hill / Interamericana de España, 2003. pp. 1-40, 119-125, 295-338.

Petrie, Pat. *Como jugar con su bebé. Guía de actividades para el autodescubrimiento y desarrollo del niño durante el primer año*. Bogotá: Norma, 1988. 142 p.

Pueyo Benito, Roser. "Neuropsicología de la parálisis cerebral". *Revista de neurología*, 2002. 34 (11), pp. 1080-1087.

Ramírez Barba, Ma. Del Rocío. et.al. *Ejercicios y actividades de estimulación temprana*. México: Instituto de la Comunicación Humana, 2004. 92 p.

Rosa Rivero, Alberto. et.al. *El niño con parálisis cerebral: enculturación, desarrollo e intervención*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación, 1993. 480 p.

Sánchez Rodríguez, Josefina. et. al. *Atención educativa al alumno con parálisis cerebral*. España: Ediciones Aljibe, 2004. 113 p.

Santrock, John. *Psicología del desarrollo en la infancia*. Trad. Brenda Navarro Castellet. Madrid: Mc Graw Hill, 2003. pp. 1-241.

Savater, Fernando. *El valor de educar*. México: Instituto de Estudios Educativos y Sindicales de América, 1997. 244 p.

Secretaría de Educación Pública. *Menores con discapacidad y necesidades educativas especiales*. Antología ARARÚ, 2001. pp. 12-17.

_____. *Programa de educación física: Lactantes y maternas*. México, 1988. 237 p.

_____. *Resumen del Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa*. México, 2002. 20 p.

_____. *Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa*. México, 2002. 44 p.

Silberg, Jackie. *Juegos para desarrollar la inteligencia del bebé*. Trad. Leonora Saavedra. Barcelona: Ediciones Oniro, 1998. 285 p.

Valdez Fuentes, José Ignacio. *Enfoque integral de la parálisis cerebral para su diagnóstico y tratamiento*. México: La prensa médica mexicana, 1988. 232 p.

Vidal Lucena Margarita, et.al. *Atención temprana. Guía práctica para la estimulación del niño de 0 a 3 años*. Madrid: CEPE. 1995. 204 p.

_____. “*La estimulación precoz: su concepto*”. Revista Comunidad Educativa (Madrid), Vol. 164, Nov 1988. pp. 8-11.

Vigotsky, L.S. *Obras escogidas. Tomo 5. Fundamentos de defectología*. Trad. Julio Guillermo Blank. Madrid: Visor, 1997. 391 p.

Weitzman, Mariana. “*Terapias en rehabilitación en niños con o en riesgo de Parálisis Cerebral*”. Revista Pediatría Electrónica (en línea), Chile, Vol.2, No.1, 2005. pp. 47-51.