

Aprobada

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA
EDUCACION
CARRERA DE PSICOLOGIA**

[Handwritten signature]

No va



[Handwritten signature]
Presidenta

[Handwritten signature]
Tutora

*"EFICACIA DE LA **ESTIMULACION** TEMPRANA EN NIÑOS
DE ALTO RIESGO Y CON **DEPRIVACION** AFECTIVA COMPRENDIDOS
ENTRE LOS 0 Y 2 AÑOS"*

POSTULANTE: PATRICIA REMEDIOS MARISCAL URIA

TUTOR: LIC. ROCIO PEREDO



**La Paz - Bolivia
2000**



DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico a mis hijos Fernandito y Alejandrita, ya que el tiempo empleado en el mismo fue un tiempo que no pude compartir con ellos.

A mi esposo, ya que el es quien siempre me impulsa para cumplir con todos los objetivos trazados en mi vida.

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS

Agradezco a todas las personas que de una u otra manera han hecho posible la realización del presente Trabajo Dirigido, con mucho cariño a mi hermano Jorge, y especialmente a la Lic. Rocío Peredo quien me brindó su paciencia y dedicación en la elaboración del mismo.

ESQUEMA DE TRABAJO

1. **INTRODUCCION**
2. MARCO TEORICO
 - 2.1 ANTECEDENTES
3. OBJETIVOS
 - 3.1 OBJETIVO GENERAL
 - 3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS
4. MECANISMOS CAUSALES DE LAS DEFICIENCIAS
- 5: MEDIDAS PREVENTIVAS
6. CONCEPTOS, PROCEDIMIENTO Y TECNICAS DE APLICACIÓN
7. BASES TEORICAS DE LA ESTIMULACION TEMPRANA
8. OBJETIVOS Y PRINCIPIOS DE LA ESTIMULACION TEMPRANA
9. PASOS PARA LA ATENCION PRECOZ
10. ÁREAS DE **ESTIMULACION**
11. PROPUESTA DE SOLUCION A UN PROBLEMA CONCRETO
 - 11.1 CASO 1 REAL
 - 11.2 CASO 2 REAL
 - 11.3 CASO 3 **HIPOTETICO**

12. CONCLUSIONES

13. BIBLIOGRAFIA

EFICACIA DE LA ESTIMULACION TEMPRANA
EN NIÑOS DE ALTO RIESGO Y CON DEPRIVACION AFECTIVA
COMPREDIDOS ENTRE LOS 0 Y 2 AÑOS

1. INTRODUCCION

El presente trabajo tiene como objetivo el de demostrar la eficacia que tiene la estimulación temprana, en niños de alto riesgo comprendidos entre los 0 y los 2 años, ya sea por factores biológicos o ambientales, entendiéndose "niños de alto riesgo" a los niños que corren el peligro de ver afectado el curso de su desarrollo por causas de origen prenatal, perinatal o postnatal",

La Estimulación temprana es muy beneficiosa para todos los niños ya que les ayuda a potencializar todas las habilidades que ellos pudieran tener, haciendo desarrollar aún más su inteligencia.

En el caso de los niños en riesgo y con deprivación afectiva, la estimulación temprana es preventiva y asistencial, preventiva porque está orientada a proporcionar al sujeto un ambiente enriquecido durante un tiempo variable, dependiendo éste de las reacciones del bebé en riesgo. Y es asistencial ya que pretende aminorar los déficits físicos e intelectuales que una determinada anomalía biológica ha producido.

Cuando la intervención se la realiza en los primeros días de vida y se la realiza de manera adecuada, llevada a cabo por un profesional que domine el desarrollo neurológico, ésta será en un 90% de mucho éxito aminorando los déficits que pueda haber causado un daño neurológico o una privación ambiental.

Asimismo, se expone de forma muy breve las bases de la estimulación temprana que son: La Psicología del Desarrollo, Psicología Cognitiva y los Fundamentos Neuropsicológicos.

Es necesario que los programas de Estimulación Temprana se los lleve a cabo en los primeros años de vida, especialmente en los niños de alto riesgo, ya que como muchos estudios lo confirman los dos primeros años de vida (le los niños son cruciales para toda su formación, los grandes resultados obtenidos por las personas que siguen dichos programas justifican totalmente su realización, ya que benefician a muchos niños que de otra forma se verían perjudicados.

La Estimulación Temprana es considerada, por sus grandes logros un gran instrumento psicopedagógico, que mejora en una gran medida el pronóstico de los niños afectados por diferentes deficiencias.

Asimismo varios experimentos nos demuestran que el brindar amor y cariño, como abrazos, canciones de cuna, aplausos, “apapachos”, sonrisas, palabras de aliento, a los bebés incide en gran manera en su desarrollo integral.

La Estimulación Temprana pretende potenciar al máximo las posibilidades físicas e intelectuales del niño mediante la estimulación regulada y continuada llevada a cabo en todas las áreas sensoriales, pero sin forzar en ningún sentido el curso lógico de la maduración del sistema nervioso central.

2. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

Deprivación afectiva, entendida como privación de caricias, abrazos, mimos, palabras de aliento, cariño.

El problema de la eficacia de una intervención precoz o una educación compensatoria en niños de familias socialmente desfavorecidas ha sido objeto de investigaciones diversas de numerosos sociólogos durante los últimos 25 años. El objetivo de los programas de educación precoz, desarrollados a menudo para niños de edad preescolar, para sus familias o para ambos, es modificar el curso del desarrollo infantil en los primeros años, a fin de preparar mejor para la escuela a quienes se encuentran en situación de riesgo por vivir en ambientes sociales desfavorecidos.

La razón de que se adoptara este enfoque para romper el ciclo de la pobreza es que, según se ha constatado repetidas veces, los niños con menor rendimiento escolar e intelectual provienen en una medida desproporcionada de familias de bajo nivel socioeconómico. El fenómeno se atribuye a menudo a los ambientes con bajos niveles de estimulación, pero existen muchas otras causas posibles de retraso del desarrollo relacionadas con el bajo estatus socioeconómico. Por ejemplo las complicaciones médicas durante el embarazo son más frecuentes en este contexto. También se relaciona con la pobreza la falta de recursos económicos para atender necesidades básicas, como una alimentación sana y un hogar seguro. El nivel educativo de la madre, que es un dato de gran peso para predecir la inteligencia y el rendimiento de los niños (le primer curso, es asimismo inferior entre los grupos con menos recursos de la población. Estos diversos factores de riesgo ambiental favorecen la aparición de retrasos posteriores, sí bien con un grado de pronosticabilidad o especificidad menor que las deficiencias de origen orgánico. Por otra parte, la ausencia de síndromes físicos en el nacimiento hace difícil identificar en una fase temprana a los niños que se encuentran en situación de mayor riesgo y pueden beneficiarse en mayor medida de actuaciones preventivas.

Bebés con Riesgo

Se considera en situación de riesgo a un bebé si sufre una inadecuada situación prenatal, o de nacimiento, o si está expuesto muy pronto a un ambiente postnatal susceptible de contribuir a la aparición temprana de problemas de interacción y de retrasos en el desarrollo. Entre los problemas que se presentan en el nacimiento y que pueden determinar dificultades se encuentran el parto prematuro o tardío, un peso deficiente al nacer y la presencia de anomalías congénitas como el síndrome de Down, defectos craneofaciales, sordera, ceguera y autismo. Entre los ambientes postnatales capaces de suscitar problemas en el desarrollo del niño figuran el hecho de que la madre sea adolescente, económicamente débil, negligente, que le maltrate o padezca una depresión posparto. (T. Field. 1996)

La falta de estimulación

En el libro de Ajuriaguerra se relata lo que el emperador Federico II hizo con unos niños. El emperador II, que reinó desde 1190 hasta alrededor de 1250, este emperador quiso saber que lengua hablarían unos niños cuando hubieran crecido si antes no habían hablado con nadie. Ordenó a las nodrizas y a las niñeras que lactasen a los niños, los bañasen y lavasen pero sin charlar con ellos ni hablarles de ninguna forma, porque quería saber si estos niños hablaban hebreo, que era la lengua más antigua, griego, latín o árabe, o quizá la lengua de sus padres. Sus intentos fueron vanos porque todos los niños murieron, ya que no podrían vivir sin las caricias, las caras alegres y las palabras de amor de las nodrizas. Por ello se llama canción de cuna la canción que canta una mujer cuando balancea la cuna para dormir al niño, sin esta canción un niño duerme y no reposa.

A finales del siglo pasado y principios de éste Archambaun y Parrot (en Francia) insisten sobre la importancia de los factores psicológicos en los trastornos que presentan los niños internados en instituciones. H.D. Chapin aporta casos de niños "atróficos" que habían sido criados en una institución durante mucho tiempo. Pfaundler describe como hospitalismo algunos trastornos entre los cuales incluye la falta de cuidados maternos.

Christoffel demuestra que los trastornos presentados por los niños de corta edad no dependen únicamente de una menor resistencia a las infecciones por falta de higiene, sino también a una falta de relaciones entre la madre y el niño.

En 1951 J. **Bowlby** publica una **monografía** titulada "cuidados maternos y salud mental", en la cual presenta una completa revisión de la literatura mundial, una exposición de sus propias investigaciones e intenta demostrar la importancia que debe otorgarse a los lazos afectivos madre-hijo en el desarrollo de la personalidad y en la organización de las funciones afectivas, cognitivas y perceptivas. El autor afirma con energía que "las privaciones prolongadas durante los 3 primeros años de la vida dejan rasgos característicos en la personalidad del niño. Clínicamente estos niños son afectivamente retraídos y solitarios, no llegan a tener relaciones libidinosas con otros niños o con adultos y por tanto no tienen en realidad amigos". Además **Bowler** tiene la hipótesis de la existencia de una relación específica entre la privación prolongada de cuidados maternos y la organización del delincuente.

La privación parcial de afectos.- Se observa en niños que después de un mínimo de seis meses de relaciones con su madre, fueron apartados de ella durante un período más o menos largo. La persona que sustituyó a la madre durante la separación no satisfizo al niño. Estos niños presentaban un cuadro clínico progresivo cuyo grado estaba en relación con el tiempo de la separación. Durante el primer mes los niños se vuelven llorones, exigentes y se abrazan al observador cuando se acerca a ellos. Al segundo mes los llantos se transforman en chillidos y hay pérdida de peso y detención del desarrollo. Al tercer mes rechazan las relaciones, permanecen tendidos en la cama y tienen insomnio. La pérdida de peso prosigue y la cara está contraída. Después del tercer mes la rigidez de la cara se vuelve permanente, los llantos cesan y son sustituidos por extraños gemidos, el retraso va en aumento transformándose en letargo. Si se devuelve el niño a su madre entre el tercer y el quinto mes como máximo, estos trastornos desaparecen con gran rapidez. Spitz, denomina a este cuadro depresión anaclítica, J. **Bowlby** considera que tiene algún parecido con los síndromes depresivos: hipofunción psíquica y somática, **hipoactividad**, hiporreactividad,

disminución de la comunicación, de los gestos y de los movimientos, abatimiento y tristeza que pueden llegar hasta el estupor; es decir, una sintomatología exterior. Según R. Spitz, para que el niño presente la depresión **anacítica**, es necesario que antes haya tenido buenas relaciones con su madre.

La carencia total de afectos.- La carencia total de afectos produce siempre consecuencias funestas sean cuales sean las relaciones previas habidas entre la madre y su hijo. El estudio de R. Spitz se refiere a niños que, durante los tres primeros meses de su vida, fueron criados a pecho por su madre y cuyo desarrollo era normal. Los lactantes destetados a los 3 meses fueron después confiados a los cuidados de una niñera que asistía por término medio a 10 niños o más, con una higiene y alimentación excelentes. Después de la separación de la madre, estos niños atraviesan rápidamente los estadios descritos en el síndrome de privación parcial. Una vez traspasados estos estadios, el retraso motor es evidente, estos niños yacen en cama completamente pasivos, sin revolverse, con la cara inexpresiva y con espasmos de la cabeza y movimientos extraños de los dedos.

Spitz compara esta evolución a los tres estadios descritos por H. Selye en el síndrome general de adaptación: fase de alarma, fase de resistencia y fase de agotamiento.

Estudios retrospectivos.- Este tipo de estudios han sido empleados por L. Bender. (1978) Este autor, después de identificar un síndrome denominado "trastornos psicopáticos del comportamiento", lo relaciona con una carencia materna grave y precoz acaecida durante los 2 o 3 primeros meses de la vida, ya sea a una institucionalización prolongada y frustrante, a interrupciones repetidas de las relaciones con la madre, o bien a relaciones extremadamente frustrantes con los padres (sin que haya existido separación). Por su parte, J. Bowly, estudiando un grupo de niños ladrones y un **grupo** de control de niños no ladrones describe un síndrome de "inafectividad" relacionándolo con la existencia, ya sea de una separación precoz y prolongada, de insuficientes cuidados maternos, o bien de un cambio de la figura materna.

El papel de la separación es considerado posteriormente en la patogenia de los trastornos sociopáticos en general y de la delincuencia en particular.

.G. **Andry** (1980) niega esta hipótesis y opina que las separaciones de un niño, de su madre o de su padre o de ambos no parecen desempeñar un papel esencial en la génesis de la delincuencia aunque admite que se encuentran los antecedentes de separación grave en una parte de los delincuentes, y que una carencia o una distorsión de la relación entre los padres y el hijo (sin separación física) puede contribuir a una desviación del comportamiento.

Estudios catamnésicos.- Como dice M D. **Ainsworth**, esta técnica es la inversa de la retrospectiva y consiste en escoger un grupo de sujetos que hayan sufrido una carencia de naturaleza y gravedad definidas con suficiente precisión, y examinar su comportamiento actual con la finalidad de establecer la frecuencia de los "efectos" que se supone son el resultado de esta carencia.

Uno de los estudios catamnésicos más clásicos es el de W. Goldfarb, cuyo grupo está compuesto exclusivamente por niños que entraron en una institución con un régimen muy frustrante a una edad media de 4 a 5 meses, permaneciendo allí tres años antes de ser colocados en hogares familiares. W. Goldfarb comprueba que los niños criados en la institución eran claramente inferiores a los niños de control criados en hogares familiares. Presentaban un bajo rendimiento de la inteligencia general, de la memoria visual, de la conceptualización, de la función verbal y de la adaptación, escolar junto a debilidades peculiares, tales como: incapacidad para el esfuerzo sostenido y para concentración, apatía intelectual, agitación y búsqueda de manifestaciones de afecto por parte de sus compañeros.

Entre los estudios **catamnésicos** mas recientes, M.D. Ainsworth (1962) recoge cuatro distintos entre sí: El de J. **Bowlby**, que se ocupa de las consecuencias de las separaciones frustrantes; el de D.H. Stott, que estudia las consecuencias de la separación **madre-hijo** sin tener en cuenta el grado de frustración concomitante: el de J. Chambers, (1970) que examina un grupo de sujetos separados de la **madre** y gravemente frustrados,

pero limitándose al estudio de una desorganización particular (la capacidad de **conceptualizar** el tiempo), y por último el de J. Robertson, que investiga cuáles podrían ser los efectos de unas relaciones insuficientes en la primera infancia sin separación física.

El trabajo de J. Boelby consta del estudio (de un grupo de 60 niños internados en un sanatorio para tuberculosos durante los primeros cuatro años de su vida, que permanecieron allí durante períodos de tiempo variables antes de volver con sus padres. Las características de este grupo son mucho menos homogéneas que las de Golfarb. A pesar de algunas reservas, estos autores han comprobado que los niños que han sufrido la experiencia del sanatorio son con más frecuencia poco comunicativos, apáticos, con tendencia a la brusquedad y a la cólera, y menos capaces de concentración que los niños de control.

Chambers (1970) estudia la capacidad para conocer el tiempo en un **grupo** de niños con carencia que habían sufrido como mínimo tres cambios de lugar durante los tres primeros años de su vida. Comparando con un grupo de control equivalente desde el punto de vista de la edad, la inteligencia y el nivel socioeconómico, los niños con carencia son significativamente inferiores a los de control.

J. Robertson (1968) ha estudiado un grupo de niños que presentan una carencia materna sin separación física. Las madres de estos niños eran netamente deficientes desde el punto de vista de la interacción con sus niños, los cuales presentaban caracteres comunes: hipotonía muscular, lentitud del desarrollo muscular, falta de reactividad hacia la madre y el ambiente, y disminución de la capacidad de comunicarse con los demás y de expresar sus sentimientos. Del estudio comparativo hecho en estos niños, primero en el dispensario, durante los 5 primeros meses de la vida y después en el parvulario, se desprende que estos niños se distinguen de un grupo de control por las características descritas anteriormente.

Realizando un estudio crítico de estas observaciones, M.D. Ainsworth opina que estas **catamnesis** son válidas si se admite que en todo **grupo** homogéneo procedente de un medio determinado, las distintas variables se confunden inevitablemente, y que el examen

de grupos desiguales y las comparaciones entre los diversos estudios son sin duda la mejor forma de discernir la influencia de las variables en cuestión. Los esfuerzos de la investigación deben concentrarse hacia la evaluación de las funciones específicas que están o pueden estar afectadas por la carencia, utilizando técnicas de evaluación sensibles y fieles más que técnicas superficiales y poco seguras, sin embargo todos los autores **confirman** que la privación de estímulos y la carencia afectiva es sumamente importante para el desarrollo armonioso del niño. (Ajuriaguerra)

La Estimulación temprana se basa especialmente en la influencia que los estímulos ambientales tienen sobre el organismo en **desarrollo**, y en una supuesta plasticidad del sistema nervioso en los primeros años de vida. Ello es lo que nos permite pensar en la posibilidad de ciertas modificaciones sobre él como consecuencia de un ambiente especialmente estimulante.

Harlow (1982) experimenta con monos rhesus recién nacidos sobre la falta de estimulación, se los ponía a los monos con una madre sustituta de alambre y felpa, y se pone en relieve los graves efectos que provocaba la falta de una adecuada **estimulación** en primer lugar táctil, pero además la falta de movimiento, mimos, caricias, **estimulación** visual, etc. Esta falta de estimulación no solo tiene unos efectos a nivel de inteligencia, sino también a nivel de personalidad. **Harlow** demostraba que la privación de contacto **físico** durante los ocho primeros meses de vida afectaban claramente la capacidad de las crías para desarrollar una pautas de afección normales y plenas, así como para establecer lazos afectivos.

Harlow también realizó (1962), un trabajo con monos **rhesus** recién nacidos a los que aisló en jaulas desde donde podían oír y ver a otros monos pero no entrar en contacto físico con ellos. Al cabo de un tiempo presentaron anomalías de conducta tales como mirar fijamente al espacio, dar vueltas de un modo estereotipado, sujetar sus cabezas entre las manos, balancearse, pellizcarse centenares de veces, conductas **autopunitivas**, etc.

Harlow también comprobó que si una cría de mono estaba aislada por un tiempo de 80 días con una madre sustituta de alambre y felpa y volvía a estar en contacto con los de su especie podían llegar a desarrollar una conducta normal. Sin embargo si el tiempo de aislamiento se extendía, **volvía** con gran probabilidad, anormal al animal.

Harlow comparando al recién nacido humano afirmó que el período crítico de éste podía ser hasta los seis primeros meses, aunque probablemente varía con el individuo y con las experiencias a que es expuesto. Los estudios realizados de niños educados en instituciones impersonales o en hogares con madres o nodrizas indiferentes muestran una **comparabilidad** aterradora (Harlow, 1976).

La estimulación adicional.- Altman, Das, Andersen y Wallace (1968) llevaron a cabo un completo experimento con varios grupos de ratas sometidas a un prolongado entrenamiento en discriminaciones visuales. Posteriormente fueron sacrificados para su evaluación **autorradiográfica**, demostrándose que los hemisferios cerebrales de los animales sometidos a entrenamiento eran manifiestamente más desarrollados que el de aquellos otros sujetos pasivos no estimulados.

Irwin, realizó un experimento con dos grupos de niños de 13 meses. A unos las madres les leían diariamente un cuento durante 10 minutos. A los otros no se les daba ninguna atención especial. Después de nueve meses se vio que los niños del grupo experimental eran muy superiores en lenguaje a los del grupo control.

La dietista británica Elsie M. Widdowson (1948) observó que a pesar de que un grupo de niños de un orfanato tenían más abundante comida, al de otro donde la encargada era una mujer joven y alegre, mucho más estimulante que la del primero, severa y de mayor edad, mostraba un mayor aumento de peso y crecimiento.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Demostrar que la Estimulación Temprana es de gran beneficio y utilidad para niños de "alto riesgo" y con "deprivación afectiva", ya que va aminorar los déficits que una determinada anomalía haya causado, estas pueden ser por factores biológicos, factores prenatales genéticos o adquiridos (síndrome de Down, rubéola, SIDA) o Perinatales como la asfixia que causa daño cerebral en algunos casos severo, y los déficits en el desarrollo por hospitalizaciones muy largas, niños de orfanatos, comprendidos entre los 0 y 2 años.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Demostrar que brindando un ambiente cálido y confiable, se puede favorecer al desarrollo integral de los procesos básicos.
- Demostrar que brindando un ambiente cálido y confiable, se puede estimular en el niño la capacidad de pensamiento lógico y sensoriomotor.
- Demostrar que brindando un ambiente cálido y confiable, se puede desarrollar en el niño habilidades y características con las cuales pueda desenvolverse integralmente en su contexto.

4. MECANISMOS CAUSALES DE LAS DEFICIENCIAS

Factores Biológicos

Las alteraciones no progresivas de sistema nervioso pueden ocurrir en un momento determinado de los períodos prenatal, perinatal o **postnatal**.

Factores Prenatales

Pueden ser genéticas o adquiridas durante la gestación. En las alteraciones genéticas existe desde el principio un programa anormal de constitución somática del individuo.

El núcleo de todas las células del organismo está fundamentalmente constituido por una sustancia denominada cromatina, la cual se subdivide en cromosomas. Existe normalmente un número par de cromosomas (en el hombre 46); la mitad de la dotación procede del padre y la otra mitad de la madre (23 más 23). Sólo una pequeña parte de la cromatina es genéticamente activa y está constituida por una matriz proteica y ácido desoxirribonucleico (DNA). Esta cromatina genéticamente activa da origen a los diversos rasgos morfológicos y funcionales del individuo. Cada rasgo depende de uno o varios genes estos son porciones de DNA que sirven de molde bioquímico para la síntesis de las diversas proteínas del organismo. Se calcula que cada organismo humano posee entre 30.000 y 50.000 tipos diferentes de genes. Vemos, pues, que en los cromosomas y en el conjunto de genes que en ellos se agrupan está contenido el clisé somático del individuo.

Este clisé genético puede sufrir alteraciones esporádicas (es decir, que aparecen de novo por mutación en un individuo) o hereditarias (transmitidas desde su familia)

Las **genopatías** hereditarias pueden ser de transmisión dominante o recesiva y estas últimas pueden ser independientes del sexo (autosómica) o ligadas al sexo (la enfermedad solo aparece en los varones pero suele ser transmitida por las mujeres). Estas modalidades de herencia afectan a los caracteres ligados a un solo gen (herencia **monogénica**). Hay también otros caracteres que dependen de varios genes a la vez (herencia poligénica) y sus

leyes de transmisión son mucho más complejas. El conjunto de leyes de la herencia genética posibilitan un conocimiento aproximativo de la posibilidad matemática con la que pueden aparecer en un nuevo individuo un determinado rasgo o conjunto de rasgos somáticos, normales o anormales; en esto se apoya el consejo genético.

Bastantes enfermedades por mutación de un gen o por adquisición hereditaria del gen anómalo se expresan por anomalías morfológicas (malformaciones) que pueden afectar o no al sistema nervioso (por ejemplo, la hidrocefalia congénita hereditaria recesiva ligada al X); no obstante, la mayoría de afecciones malformativas con base genética tiene como consecuencia la defectuosa síntesis de determinadas proteínas enzimáticas (fermentos necesarios para el funcionamiento químico del organismo).

La ausencia o escasez de la enzima ocasiona la acumulación de sustancias no metabolizadas, de las que el organismo no se puede desprender, por lo cual se "auto-intoxica", además de ocasionar carencias relativas de otras sustancias cuya síntesis depende de la enzima en cuestión. Son múltiples las enfermedades que, obedeciendo a este mecanismo patógeno, se denominan metabopatías congénitas: en conjunto son poco frecuentes se las compara con otras causas de deficiencia mental. Dado que en algunas de ellas se puede evitar el daño neurológico si se tratan a tiempo, es muy importante su diagnóstico precoz.

Hay también enfermedades genéticas no debidas a la anomalía de uno o varios genes solamente, sino a la de uno o varios cromosomas; estas alteraciones son denominadas cromosopatías. Ya sabemos que cada cromosoma contiene muchos genes. Puede darse la falta o el exceso de uno o varios cromosomas; también puede ocurrir que un cromosoma tenga amputada alguna de sus partes o que dos cromosomas intercambien entre sí una porción de su respectiva cromatina. Incesantemente se descubren nuevas variedades de cromosopatías, pero de todas ellas la más común es la **trisomía 21** (en la cual existe un cromosoma en exceso perteneciente al par 21), que da origen al conjunto fenotípico denominado mongolismo o síndrome de **Down**, que aparece, aproximadamente, en 2 de

cada 1.000 nacidos vivos. Se caracteriza por unos rasgos externos particulares: ojos oblicuos, lengua excesivamente larga, vos gruesa, hipotonía, dedos cortos y retraso **psicomotor**; frecuentemente asocia malformación cardíaca. Esta enfermedad no es hereditaria sino esporádica y aparece con más frecuencia cuando la madre es añosa o extremadamente joven. Dada la alta frecuencia de esta enfermedad y la existencia de muchos miles de individuos mongólicos en todo el mundo, se podría decir que constituye una variedad humana en la que, dentro de su natural inteligencia disminuida, se da toda una gama de grados de nivel mental, desde deficiente moderado hasta deficiente profundo.

Entre las enfermedades maternas que pueden afectar de modo negativo al desarrollo se encuentran la rubéola, las transmitidas sexualmente como la sífilis, la gonorrea, la herpes simple, y el SIDA. Otras condiciones como la hipertensión, la diabetes y las incompatibilidades sanguíneas pueden tener efectos nocivos en el feto. Los de la rubéola ocurren normalmente al comienzo del embarazo y son susceptibles de provocar ceguera y sordera. Las enfermedades de transmisión sexual afectan por lo común al feto más maduro.

Se cree que la gonorrea y el herpes simple influyen en el niño durante el proceso del parto, determinando lesiones en la vista y en el sistema nervioso central. Unas gotas de nitrato de plata en los ojos del recién nacido pueden evitar la ceguera dimanada de la gonorrea y la cesárea impide que contraiga el herpes al nacer.

La cifra de mujeres en edad fértil que están infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIII) por vía sexual u otros modos de transmisión es sustancial en este tiempo. De los casos pediátricos de SIDA, el 77% se produjeron **perinatalmente**; entre el 70 y 80 % están relacionados con el uso por vía intravenosa de drogas por parte de la madre del niño o de su compañero sexual (Ammann, 1987; Curran y cols., 1988). Se ignora todavía cuándo tiene lugar la infección del VIII en el feto o en el bebé por parte de la madre. De los bebés infectados **perinatalmente** por el virus de **inmunodeficiencia humana (VIH)** revelan los síntomas típicos del SIDA entre los 4 y 6 meses (Minkoff y cols. 1987) las enfermedades y la muerte son muy frecuentes aproximadamente del 80% y son corrientes las hospitalizaciones prolongadas y repetidas (Scott y cols., 1985). Además por

lo menos el 96% de los niños infectados observados posteriormente a los 4 años, padecían una disfunción del sistema nervioso central (Belman y cols., 1988). De éstos, el 43% sufría retrasos leves en el desarrollo y de moderados a graves en el 50%. Esta enfermedad constituye, claramente, uno de los riesgos más serios para los bebés. (T. Field. 1996)

Factores Perinatales

El período perinatal es el comprendido entre el inicio del parto y los 28 días de vida aérea, y en él pueden incidir un gran número de circunstancias anómalas potencialmente agresivas para el sistema nervioso; de hecho, los factores Perinatales forman en todas las estadísticas, incluso de los países más adelantados, el mayor contingente de causas conocidas de daño cerebral. Muchas de estas circunstancias anómalas son evitables y el moderno **perfeccionamiento** de la asistencia obstétrica y perinatal va disminuyendo la morbilidad a que nos referimos.

Se llaman embarazos y partos de alto riesgo aquéllos en los que concurren circunstancias que obligan a una mayor vigilancia y asistencia en medio especializado: madres añosas o extremadamente jóvenes, hipertensión arterial o diabetes materna, historia de malformaciones anteriores, estrechez pélvica o anomalías uterinas, amenazas de aborto, posición inhabitual del feto en el útero, etc. Un parto es eutócico cuando en él todo transcurre de manera normal, fisiológica, de lo contrario, se le denomina distócico. Según la OMS, se llama recién nacido de bajo peso a aquel que no alcanza los 2.500 gramos. Cuando el parto se produce antes de completar las 38 a 40 semanas de gestación se dice que el neonato es pretérmino, y su peso, aunque no alcance 2.500 gramos, puede ser adecuado para la edad gestacional como la existencia de un peso adecuado o inadecuado; los niños pequeños para su edad gestacional son más frágiles y toleran peor las posibles agresiones en el período perinatal (asfixia, exceso de bilirrubina, infecciones, etc.) ya que su capacidad de adaptación a la vida extrauterina es pobre.

Las lesiones encefálicas en estos neonatos de alto riesgo se producen por diversos mecanismos. El más frecuente es la situación de asfixia, por mal funcionamiento pulmonar

en los recién nacidos de bajo peso (**distress** respiratorio) o por otras circunstancias anómalas del parto. En esta situación, aparte del déficit de oxígeno y del exceso de acidez del medio interno, ocurre un defectuoso flujo sanguíneo en el encéfalo con la consiguiente producción de infartos en las zonas superficiales de la sustancia blanca próximas a la corteza (**leucomalacia** subcortical de los neonatos a término). Con cierta frecuencia, lo que en un principio esa falta de flujo sanguíneo se convierte en hemorragia **intracraneal** (meníngea, ventricular, cerebral, etc.) por rotura de ciertos pequeños vasos debilitados por la previa situación de asfixia; esto ocurre especialmente en los niños de bajo peso.

Factores postnatales

Las agresiones encefálicas tras el período neonatal constituyen una proporción pequeña en el total **de** los factores causales de minusvalía psico-neurológica, pero no por ello son de poca importancia, ya que en gran parte son evitables o susceptibles de acción terapéutica eficaz. Nos referimos a los traumatismos, infecciones del sistema nervioso, accidentes cerebrovasculares, etc.

Causas socioculturales

Junto a las situaciones citadas de daño físico del encéfalo existe un conjunto de circunstancias ambientales que al incidir durante la infancia, pueden condicionar un desarrollo intelectual pobre o una personalidad mal estructurada. Nos referimos a las deprivaciones sensoriales y a la escasa o inadecuada estimulación psico-afectiva. De un lado la pobreza sociocultural, mantenida generación tras generación en ciertos sectores, está reconocida como factor de pobreza intelectual; esto es un hecho no sólo en países tercermundistas, sino también en países desarrollados y, por supuesto en el nuestro. Dichos casos llegan pocas veces a los centros hospitalarios y tienen poca representación en las estadísticas, pero se descubren en investigaciones directas sobre determinadas colectividades suburbanas o rurales. En bastantes ocasiones la estimulación inadecuada se debe a enfermedades físicas (cardiopatías congénitas, deficiencias ortopédicas graves, etc.) que requieren frecuentes y prolongadas hospitalizaciones, impiden una suficiente

experimentación del niño acerca de su entorno y retrasan la adquisición de determinadas conductas o confieren ciertos rasgos especiales a su personalidad.

Es importante que los médicos y los educadores permanezcan atentos para la detección de eventuales malos tratos **psicosfísicos** a niños; suelen ser hijos de padres inmaduros o de personalidad psicopática, o alcohólicos. Los niños víctimas de malos tratos no suelen verbalizarlos pero los expresan en su actitud excesivamente sumisa y timorata, en su escaso crecimiento y en las huellas de los golpes o quemaduras **recibidas**.

Frente a los autores que hasta épocas recientes han afirmado que los efectos de la privación afectiva o psicosensorial son irreversibles por la existencia de "períodos críticos" en el desarrollo las experiencias recientes conducen a establecer un mejor pronóstico de estos casos, ya que está demostrado que el cambio del **niño** a un ambiente o la puesta en práctica de medidas educativas especiales, aún en fases que podrían considerarse tardías, puede equilibrar e incluso normalizar el desarrollo del niño.

OTRO FACTOR es la Prematuridad, aproximadamente, en la mitad de las mujeres que tiene hijos prematuros el parto se inicia por razones desconocidas; el resto padece condiciones diagnósticas como toxemia, cuello del útero incompetente placenta previa.

Una mujer que haya tenido un bebé prematuro presenta una probabilidad del 25.50% de que sea también prematuro cada uno de sus hijos siguientes. Aunque las tasas de supervivencia de estos niños alcanzan un excelente 90-98%, algunas condiciones que se producen durante el período neonatal, como el síndrome de insuficiencia respiratoria y las infecciones, pueden plantear una amenaza. Además durante los primeros años de su vida, los prematuros experimentan retraso en el desarrollo y algunos padecen más tarde incapacidades de aprendizaje. (T Field 1996)

5. MEDIDAS PREVENTIVAS

La prevención primaria es el conjunto de medidas encaminadas a evitar los factores nocivos. La prevención secundaria procura que, aunque existan ciertos factores nocivos en una determinada familia o ambiente, éstos no lleguen a afectar al niño. La prevención terciaria se pone en marcha cuando ya los factores causales han contactado con el sujeto y se procura que sus consecuencias sean del mínimo grado posible.

Partimos del principio deontológico básico que invita a luchar contra las deficiencias, pero no contra los deficientes; por tanto, cualquier acción encaminada a eliminar un embrión o feto humano, en el que se suponen deficiencias, o la eutanasia activa de un nacido en el que se **confirma** un determinado déficit no tienen lugar aquí.

Todas las gestantes deben conocer que el consumo de cigarrillos va en detrimento del peso de su hijo. También deben saber que el consumo de alcohol, sobre todo en el primer trimestre de embarazo, puede dar origen a niños con características físicas especiales y deficiencia intelectual (síndrome del alcohol fetal). El consumo de **fármacos** sin control médico durante la gestación puede ser origen de malformaciones y síndromes de abstinencia en el neonato.

Las infecciones de la embarazada suponen un riesgo para el feto, evitable en muchos casos. De ahí la importancia de detectar sistemáticamente la toxoplasmosis, para tratarla a tiempo, y de vacunar contra la rubéola antes de llegar a la pubertad a todas las niñas que no hayan sufrido dicha común enfermedad.

La acción tóxica de la **hiperbilirrubinemia** hemolítica por incompatibilidad de grupo puede evitarse conociendo a los padres sus propios grupos sanguíneos y en caso posible incompatibilidad materno-fetal, poner cuanto antes las medidas oportunas: recambio sanguíneo, fototerapia, etc.

6. CONCEPTOS, PROCEDIMIENTO Y TECNICAS DE APLICACIÓN

Los genes establecen una gama de posibles reacciones a la variedad de posibles experiencias que el medio ambiente puede proporcionar.

Es un mito que si un comportamiento o una característica es genética, no puede ser cambiada.

Las influencias genéticas en el comportamiento son **multifactoriales**. Implican muchos genes, de pequeños efectos cada uno, y no operan independientes. Su influencia no encaja en el modelo determinista de un solo gen.

El medioambiente también puede alterar la **reactividad** de modo que no se exprese la gama completa de posibilidades genéticas. Los efectos del **medioambiente** pueden pasar a ser acumulativos y limitar el desarrollo intelectual. No significa que todos los individuos, dado el mismo ambiente, se comportarán de modo parecido. Los individuos aportan respuestas **idiosincráticas** a las mismas situaciones y estas variaciones se deben, en parte, a las variaciones en la composición genética.

La plasticidad es una cualidad penetrante del organismo humano. Esto genera buena voluntad para las intervenciones, sin expectativas irreales acerca de lo que se puede alcanzar.

Los programas educativos que crean ambientes favorables pueden tener un impacto "funcional" mejorando la adquisición de destrezas.

Es obvio que el niño equipado con buenas facultades motrices y sensoriales se enfrenta mejor al ambiente que aquel que no las tiene. Todos los sistemas sensoriales, la vista, el tacto, el gusto, el oído, para activarse necesitan de la energía física o química que les envían los objetos del mundo físico. Las vibraciones sonoras para la audición, son fuentes de información sensorial imprescindibles para percibir y son materiales de base para dicha percepción.

Son muchas las estimulaciones que impresionan los órganos sensoriales del niño, pero solo las experiencias repetidas de una situación- repetición, no-casualidad- conservarán una realidad funcional que se exteriorizará en un comportamiento, en el sentido amplio del término, cada vez que sea activada esta secuencia neurónica.

El empleo de alicientes, de incentivos que le determinen a actuar, facilitan el conocimiento que el niño tiene del mundo sensorial. Así aprenderá antes y mejor a diferenciar y a discriminar los estímulos que percibe, a coordinarlos e integrarlos y de este modo se favorecerá la aparición de conductas mejor adaptados o más maduras.

La multiplicación del contacto del niño con su ambiente y la consiguiente formación de nuevos fragmentos de experiencia, sea con el mismo objeto en diferentes situaciones (agarrado, lanzado, recogido, visto de lejos, poseído, perdido, nombrado), sea con un objeto diferente, son experiencias motrices relativamente simples, pero que permiten la creación de nuevos esquemas de conocimiento y de acción a partir de estas experiencias adquiridas anteriormente.

El desarrollo del niño será tanto mejor y más rápido en cuanto este encuentro con el mundo físico sea más frecuente y variado. El niño estimulado está más tiempo atento y la coordinación de sus sentidos es más automática. La primera atención que presta el niño a los estímulos del ambiente es involuntaria, pero a medida que madura su sistema nervioso, la atención y la actividad son cada vez más espontáneas. Con la ayuda de la experiencia y del ejercicio se adapta con mayor rapidez y seguridad a las nuevas situaciones.

El conocimiento de las diferentes propiedades de los objetos no se adquiere simultáneamente (Piaget, 1972). Los objetos son multidimensionales, ya que poseen al mismo tiempo varias propiedades: forma, tamaño, color, textura, rigidez, peso, etc. En algunos casos los parámetros de los objetos son independientes unos de los otros. Este es el caso, por ejemplo, de forma material constante, entre el tamaño y el peso.

Por otra parte, los objetos son también polisensoriales, ya que estas propiedades múltiples son accesibles, en la mayoría de los casos, a dos o más modalidades sensoriales. Cuando la integridad de los órganos sensoriales está bien conservada los objetos multidimensionales son también objetos polisensoriales.

Este conocimiento de la propiedad de los objetos, si bien requiere el progreso madurativo, se perfecciona con la experiencia.

Qué es la Estimulación Temprana? Con la estimulación temprana se pretende potenciar a lo máximo las posibilidades físicas e intelectuales del niño mediante la estimulación regulada y continuada llevada a cabo en todas las áreas sensoriales, pero sin forzar en ningún sentido el curso lógico de la maduración del sistema nervioso central. No se trata de estimular de forma anárquica, presentado al niño el mayor número de estímulos y experiencias posibles, sino que consiste en un tratamiento con bases y técnicas científicas, tanto en lo que respecta al conocimiento de las pautas de desarrollo que sigue un bebé, como a las técnicas que se emplean para alcanzar dichas adquisiciones.

La Estimulación temprana está determinada por su carácter sistemático y secuencial y por el control que se hace de dicha estimulación. Es sistemática en cuanto se trabaja con el niño día a día en un programa de estimulación previamente elaborado de acuerdo con su edad de **desarrollo** y con las expectativas que queremos conseguir en cada momento determinado, es secuencial en cuanto que cada paso alcanzado por el niño en cualquiera de las áreas de desarrollo sirve de punto de partida para alcanzar el siguiente, sin que podamos saltarnos ninguno de ellos, ya que se invalidaría el trabajo realizado y habría un derroche de energía tanto en el trabajo de los padres, que repercutiría negativamente en su interacción con el niño, como en éste, que se vería forzado a alcanzar unos niveles para los que no está preparado, con la consiguiente frustración y retraimiento ante cualquier tipo de estímulo, que conllevará a la no-realización de sus posibilidades en ese momento y a la consiguiente demora en la marcha del **programa**. Por otra parte, se lleva a cabo un control estricto del trabajo que especialistas y padres realizan y de los cambios que se van

sucedido en la conducta del niño, por medio de reuniones de todas las personas implicadas en la habilitación, y a través de evaluaciones periódicas con diversas escalas de desarrollo que en cada momento dan el índice del grado de desarrollo del bebé en comparación con la media de niños de su misma edad, al mismo tiempo que es posible comprobar los avances conseguidos desde la última evaluación.

La puesta en práctica de los programas de Estimulación Temprana está orientada a una doble vertiente: asistencial y preventiva, englobando ambos casos a todos aquellos niños denominados de **"alto riesgo", término** que la especialista uruguaya García Etchegoyen define como referente a **"todos aquellos niños que corren el riesgo de ver afectado el curso de su desarrollo por causas de origen prenatal, natal o postnatal"**.

El aspecto asistencial va encaminado a aminorar los déficits físicos e intelectuales que una determinada anomalía biológica ha de haber producido, es decir, se trata de niños cuyo desarrollo va a llevar aparejado necesariamente cierto grado de retraso mental. Forman parte de este grupo los niños con alteraciones genéticas, de entre las cuales la más conocida por su frecuencia es el síndrome de Down o Mongolismo; también todos los que han padecido un error congénito del metabolismo, como son la Fenilcetonuria, Galactosmia, Cretinismo, etc., así como los bebés nacidos de padres sifilíticos o aquellos otros en los que la madre padeció durante el embarazo determinadas infecciones, por ejemplo, la Rubéola. Citaremos por último malformaciones craneanas (Hidrocefalia, Microcefalia.) las cuales llevan aparejado en mayor o menor grado retraso intelectual. La estimulación temprana podrá en estos casos ayudar a aminorar sus déficits siempre y cuando se intervenga desde los primeros días de vida, ya que en esta etapa es cuando mayores conexiones neuronales se pueden lograr. Sin embargo este grupo si bien es muy importante representa una proporción relativamente baja en el conjunto de niños de alto riesgo, ya que la gran mayoría de estos puede englobarse dentro de otro apartado que correspondería precisamente con el aspecto preventivo de la Estimulación Temprana, nos estamos refiriendo a aquellos bebés que son en principio "normales", pero cuyo desarrollo puede verse afectado por distintos factores de orden no biológico. Entre ellos quizás el

grupo más numeroso sea el formado por bebés provenientes de ambientes económicos y socioculturales ínfimos, en los cuales, además de la pobreza (lel ambiente, se suelen encontrar frecuentemente problemas nutricionales, por otra parte aquellos que viven en un medio desprovisto de los estímulos necesarios para un buen desarrollo que están en los orfanatos, donde la falta de contacto y el calor de los padres o personas (le referencia es notoria. Esta falta de estímulos por parte del ambiente origina que el desarrollo del niño sea más lento y a veces no llegue a alcanzar niveles adecuados.

Cuándo se aplica? En general se debería aplicar en los primeros años, o sea entre el nacimiento y el segundo o tercer año. Esto es así porque es el tiempo en que biológicamente se justifica la razón de ser de la estimulación temprana, en tanto que parte de ella se basa en la plasticidad del sistema nervioso en estos primeros años. Sin embargo el seguimiento se lo hace hasta los 6 años con control y supervisión.

Lo más aconsejable es utilizar las técnicas de estimulación temprana cuanto más antes sea posible, es decir desde los primeros días de vida.

Quién la aplica?

Papel de los padres o cuidadores:

Debido a la gran cantidad de tiempo que los padres pasan con los niños muy pequeños, los padres representan un papel muy importante y, a menudo, son los únicos maestros del niño en el período preescolar.

Su papel como estimuladores consiste en fomentar su capacidad de prestar atención a los objetos y a las personas, procurando que el niño encuentre placer en ello, animándole a iniciarse en actividades a este propósito.

Es conveniente enseñarle de modo que no tenga demasiadas dificultades que vencer, evitando los ejercicios que están por encima de sus posibilidades y los que ya no tienen interés para él porque corresponden a una etapa evolutiva sobrepasada.

Se deberá informar a los padres de los grandes y alentadores resultados que han dado las terapias de Estimulación Temprana en niños "normales" y más aún en niños con algún tipo de alteraciones, así los padres podrán confiar en que con la estimulación se obtendrá un beneficio para su niño. Está comprobado que las expectativas positivas o negativas de los padres acerca de los resultados del aprendizaje de sus niños influyen en el resultado final de la enseñanza.

Los padres tendrán que utilizar su capacidad organizativa para saber programar el tipo y el número de ejercicios a realizar y su dificultad progresiva.

Necesitan saber adaptarse para amoldarse al humor y a las condiciones del niño, respetando al mismo tiempo las necesidades propias y las de los demás miembros de la familia. Tienen que desplegar imaginación y encontrar soluciones nuevas para resolver las dificultades.

El clima emocional imprescindible para que el niño se construya una correcta imagen del mundo que percibe es la relación afectiva positiva con los padres o cuidadores inmediatos. Para desarrollar sus potenciales al máximo es necesario que el niño se sienta seguro de que no le faltarán ni los cuidados materiales ni el afecto de los adultos.

Cada niño requiere una atención individual que desarrolle su sentido de identidad personal y de posesión, el sentido de comunicación con otras personas y el respeto recíproco.

La responsabilidad y la realización de la estimulación debe ser compartida por ambos padres. La distribución de las tareas concretas que ejecutará cada uno estará en función de las posibilidades de la familia.

Para los padres, si la estimulación del niño está bien planeada en cuanto a horarios y lugar, será un rato agradable que comparten con el hijo

Por profesionales especialistas

La estimulación temprana podrá ser aplicada por personal perfectamente preparado en este sentido: responsable y consciente de su trabajo; conocedor del desarrollo neurológico y evolutivo normal del niño; así como con experiencia en el campo de la subnormalidad para no incurrir en el error de forzar las situaciones. La titulación que deba tener este profesional no es tan importante como que su formación teórica y práctica cumpla con los requisitos que antes hemos mencionado. Puede ser un médico, un psicólogo, un pedagogo, un fisioterapeuta, psicomotricista, un maestro, un logopeda, una enfermera, etc. En el caso en que sean los padres los encargados de aplicar esa **estimulación** éstos deben estar asesorados permanentemente y bajo el control de un profesional o equipo especializado en **estimulación** temprana, que dirija y confeccione los sucesivos programas que se han de aplicar al niño y se responsabilizan de su seguimiento.

Perturbaciones de la interacción con los padres y **adiestramiento de éstos**

Las interacciones con sus madres por parte de bebés con alto riesgo y de madres de alto riesgo con sus hijos se caracteriza por una falta de excitación y de respuesta. Tales alteraciones tempranas de la interacción se relacionan con problemas posteriores de carácter emocional y de la conducta escolar, que incluyen la **hiperactividad**, un limitado período de atención e interacciones perturbadas con sus compañeros, así como trastornos emocionales diagnosticados con depresión. Una serie de estudios ha puesto de relieve las alteraciones que tienen lugar durante las primeras interacciones, cuando la madre es incapaz de entender las señales de su hijo y de proporcionar una estimulación óptima. Las interacciones con bebés de alto riesgo son especialmente difíciles. Estos niños pasan menos tiempo mirando a sus madres y parecen disfrutar menos que los normales de las interacciones con ellas. Sus sonrisas y vocalizaciones resultan menos frecuentes y se inquietan y lloran más a menudo que los bebés normales. La mayor incidencia de manifestaciones afectivas negativas entre estos niños, unida a sus altas tasas cardíacas, la desviación de la mirada y el afecto negativo reflejan, quizá una considerable excitación debida a una sobrecarga de información y a una estimulación excesiva. En sus tentativas naturales por provocar un afecto positivo, las madres de los niños de alto riesgo a menudo

se exceden en la estimulación y no consiguen modificarla cuando los bebés se angustian, Por ejemplo, algunos prematuros parecen ser incapaces de controlar sus movimientos corporales y vocalizaciones irregulares y muestran cambios más frecuentes de atención (McGehee y Eckerman 1993). También se inquietan y lloran más y resulta más difícil tranquilizarlos. Surge aquí un círculo vicioso: los padres se vuelven más activos cuando el bebé permanece inactivo y no reacciona. La actividad de los padres es contraproducente, porque determina que la reacción del hijo sea cada vez menor y no mayor. Se ha apreciado un esquema semejante en las interacciones con bebés que padecen el Síndrome de Down o parálisis cerebral, con los ciegos, sordos, autistas, y los incapaces de progresar. (T.- Field 1996)

Cómo se **la aplica?**

Es imprescindible que el niño practique la misma habilidad en diferentes días y que repita las habilidades elegidas hasta que las domine, hasta que las realice con facilidad. Entonces puede progresar a actividades de nivel superior.

Dependiendo del nivel de edad, destinar períodos cortos, de 15 minutos hasta un máximo de 1 hora diaria, ejercitándose en algunas de las habilidades que se enumeran.

1. Principios: tienen los siguientes objetivos:

- a) Promover la intencionalidad de dirigir la acción a una meta.
- b) Atraer la atención, fijarla y mantenerla.

Para ello es necesario:

Proporcionar estímulos atractivos, pero pocos a la vez

Combinar estímulos variados y diferentes. Los estímulos y los ejercicios presentados repetidamente dejan de atraer al niño que se habitúa a ellos.

Presentar los estímulos y ejercicios variando el orden de aparición. cada día para evitar que el niño aprenda una secuencia en lugar de diferenciarlos.

Introducir, paulatinamente, detalles distintos en la presentación del estímulo y en los ejercicios, aumentando su complejidad.

No prolongar los ejercicios hasta aburrirle.

Repetir diariamente determinados ejercicios para que el niño los reconozca.

Ayudar a los movimientos del niño cuando inicia un gesto que no había realizado antes. (acercando el objeto, acercando su **mano**, acercándole a él, etc.)

Terminar con ejercicios que dejen al niño satisfecho porque los realiza fácilmente.

2. Material: Objetos de uso corriente en la infancia, todo el material con el que cuente en la casa, aquí le detallamos algunos:

Móviles para la cama. Colgarlos a unos 25 cm. De su cuerpo

Sonajeros llamativos y musicales

Campanilla

Muñecos de goma y de plástico

Bloques pequeños

Taza de plástico y cuchara

Cajas de cartón de Tonna y tamaño variado

Trozos de tela de distintas texturas

Juguetes moldeables

Frascos vacíos no rompibles

Juguetes para arrastrar y empujar

Pelotas

Juguetes articulados

Tablero con piezas para encajar

Juguetes variados, no tóxicos ni ingeribles.

Es conveniente evitar los juguetes demasiado pequeños que puedan aspirarse o deglutirse.

Durante el segundo año ya pueden proporcionarse al niño papel y lápiz, plastilina, juguetes o juegos que requieran movimientos refinados y libros infantiles.

7. BASES TEORICAS DE LA ESTIMULACION TEMPRANA

La estimulación temprana se basa fundamentalmente en:

a) Psicología del Desarrollo

El desarrollo es un proceso continuo, comienza con la fertilización y va evolucionando a través de etapas escalonadas, cada una de las cuales suponen un grado de organización y maduración más complejo.

En cada etapa el resultado del desarrollo depende del bagaje hereditario del individuo y de la experiencia proveniente del medio.

El primer factor, denominado también genético o endógeno, constituye en cada sujeto el potencial de crecimiento con el que viene al mundo, y los procesos a que da lugar principalmente en el Sistema Nervioso Central y en las vías sensoriales y motora, representando el paso previo y necesario para que puedan actual de manera efectiva los procesos de aprendizaje.

El paso de una etapa a otra es vertiginoso durante el primer año de vida, continúa algo mas lentamente en el segundo año y va creciendo en una intensidad decreciente en los años posteriores, de forma que a medida que aumenta la edad cronológica los procesos de aprendizaje se van constituyendo en premisa fundamental de los cambios de conducta.

Hoy día se está de acuerdo en que incluso aquellos casos en que se necesita una maduración previa para una determinada función, el ejercicio es, no solamente útil, sino necesario. Por otra parte algunos autores sostienen la creencia de que es posible acelerar el curso del desarrollo con un entrenamiento adecuado sin que este entrenamiento resulte inútil a la larga, puesto que sus efectos pueden ser duraderos.

b) Neurología evolutiva

Esta ciencia nos da unos patrones de desarrollo en comparación con los cuales podremos observar las posibles desviaciones de la normalidad en el niño que se estudia.

Cuando el sistema nervioso presenta cualquier tipo de alteración, por mínima que sea, esta se traducirá siempre en un trastorno madurativo que impedirá la aparición de una correcta integración funcional. El neurólogo puede abordar estas perturbaciones del desarrollo evolutivo del sistema nervioso sobre todo en el terreno semiológico, es decir, mediante el conocimiento de los signos externos que en cada momento hablan de un desarrollo conector de las funciones nerviosas.

c) Psicología Cognitiva y Comportamental

La psicología cognitiva está interesada primariamente en la organización funcional de la mente, de modo análogo al técnico de programación, Se dedica al estudio de la mente humana, tarea bastante difícil como interesante, La dificultad deriva de algunas peculiaridades del objeto de estudio. En primer lugar, los fenómenos mentales, son inaccesibles a la observación pública. Podemos observar directamente los productos externos del lenguaje, la memoria o el razonamiento, pero no los procesos mentales subyacentes, El psicólogo **cognitivo** debe basarse en los datos de la observación introspectiva, o lo que es más frecuente en datos conductuales de los que extrae inferencias sobre los procesos mentales.

Los procesos cognoscitivos se refieren típicamente a la clase de procesos que suponen actividades tales como pensamiento, razonamiento, solución de problemas y aprendizaje conceptual. De una manera mas general, la mención de los procesos cognoscitivos implica un papel activo del ser humano en las situaciones de aprendizaje, en el empleo de estrategias, y en las formas en las

cuales puede el aprendizaje organizar los materiales para aprenderlos y retenerlos más eficientemente. Los procesos cognoscitivos se encuentran entrelazados en el aprendizaje humano.

El lenguaje y el ambiente

Otro aspecto primordial es el ambiente en el que se va a realizar el tratamiento ya sea en la casa o en el centro especializado. El lenguaje es muy importante para los niños llamados normales y más aún para estos que son de alto riesgo, es necesario hablarles claro a los niños, explicarles lo que se está haciendo, hacerlo lentamente haciéndonos nosotros mismo las preguntas y respuestas ya que ellos suelen preguntar poco.

No utilizar lenguaje infantil, utilizar frases cortas, conceptos sencillos, debemos repetir el nombre de las cosas que tengamos a la vista varias veces. No interrumpiremos la conversación que él pueda realizar. Debemos enseñarles a comunicarse con lo cual debemos enseñarles a escuchar que es la capacidad de concentrar la atención en lo que otros dicen o cuenta; disponibilidad para captar la ideas de los demás, sabiendo escuchar ellos podrán comprender todo lo que se les dice captando el significado de las palabras y los discursos; establecer relaciones entre objetos y símbolos; construir ideas personales y así poder comunicarse, intercambiar ideas, valores, relaciones con los demás, etc.

Se debe evitar la sobreprotección, es necesario dejarle hacer, que experimente por si mismo el entorno donde vive.

8. OBJETIVOS Y PRINCIPIOS DE LA ESTIMULACION TEMPRANA

Cualquier conjunto de orientaciones para el cuidado de bebés se basa en una serie de objetivos implícitos y explícitos con respecto a los niños y a sus familias. Aunque las necesidades específicas que aparecen en un proyecto pueden ser muy diversas, los objetivos con respecto al bebé debe ser exhaustivos, es decir, deben comprender no-solo cuidados rutinarios como la salud o la seguridad, sino también una especial atención a su desarrollo total, incluyendo la relación con la familia. Los objetivos primarios serían:

1. Sensación de pertenecer a la familia, vínculos primarios con los padres y otros miembros de la misma.
2. Capacidad de confianza en los demás y sensación de seguridad cuando está fuera de casa y con otras personas que no son de la familia. Este sentimiento trae consigo que el niño sepa que sus padres van a volver después y que confie en las personas a las que se ha encomendado su cuidado y atención.
3. Diversión con los otros, tanto con adultos como con niños; sensibilidad hacia los demás y capacidad de relacionarse positivamente.
4. Curiosidad por todo lo que le rodea, habilidad para disfrutar aprendiendo y explorando; confianza en si mismo que le conduce a persistir en la superación de los obstáculos
5. Autonomía e independencia; habilidad para pensar y actuar por sí mismo con gusto
6. Sentimiento de ser alguien importante y apreciado por los demás, que, hasta cierto punto, es capaz de controlar su comportamiento (por ejemplo, haciendo frente a la inquietud o iniciando comportamiento sociales adecuados) y que tiene efecto sobre el mundo social y físico (dominio)
7. Capacidad para comprender el lenguaje y los acontecimientos y para comenzar a expresarse de modo que pueda ser entendido; aptitud para resolver pequeños problemas.
8. Nivel de competencia adecuado en cuanto a locomoción y coordinación motriz.

La consecución de estos objetivos se hace más fácil si el cuidado se guía por unos principios convenientes. La siguiente relación de dichos principios forma el núcleo de lo que se considera como una buena experiencia para los bebés.

- A) **EL CUIDADO DE LOS NIÑOS DEBE SER INDIVIDUALIZADO, ES DECIR, LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN DEBEN ESTAR HECHAS A LA MEDIDA DE CADA BEBE.** Cada uno de ellos es único en su grupo y por tanto tiene que ser atendido de una manera diferente a los demás. La orientación de un proyecto de grupo debe hacer que éste se adapte a los niños, y no a la inversa. Se debe alentar a las educadoras para que lleguen a conocer bien a los bebés, adviertan las diferencias que hay entre ellos y respondan a las mismas con efectividad. Esta disposición no se basará sólo en su conocimiento del desarrollo infantil normal, sino que habrá que tener en cuenta las características peculiares de cada pequeño. Mientras que los objetivos para el desarrollo del bebé en grupo son muy similares, las formas de conseguirlos variarán dependiendo de sus necesidades y características.
- B) **DEBE HABER CONTINUIDAD EN LAS PERSONAS QUE ESTÁN AL CUIDADO DEL NIÑO.** Si se quiere que las educadoras y los bebés lleguen a conocerse, el grupo de profesionales dedicado a atenderles con regularidad debe ser reducido. Si no es así, el cuidado individualizado llega a ser muy difícil, por no decir imposible. Además, sólo se puede establecer una relación de confianza y apego cuando el contacto con la misma educadora es frecuente y regular, y existe posibilidad de predicción en el proyecto de estimulación. Una relación estrecha con la educadora puede ayudar al pequeño a desarrollar un mayor sentimiento de confianza hacia los demás. Está claro que no será posible, en general, que el niño solo tenga una cuidadora, pero deberían ser muy pocos y los cambios reducirse al mínimo.
- C) **HAY QUE ATENDER A LOS NIÑOS DE UNA MANERA AFECTIVA Y CALIDA PARA HACERLES SENTIR QUE SON ESPECIALES.** Las experiencias agradables compartidas con las educadoras acaban fomentando el desarrollo de relaciones positivas. Todos los bebés deben tener la oportunidad de quedarse a solas con su educadora en algún momento del día. El modo en que hacen

algo juntos es más valioso que lo que hacen en realidad. El tratar a los niños como personas importantes, que pueden resultar agradables a los demás les ayuda a generar un sentimiento positivo sobre sí mismos. En resumen, una buena educadora debe mostrar respeto por el bebé como un individuo con necesidades, que preferencias y cambios de humor. Deberá responder con corrección a sus propuestas sociales e indicaciones de necesidad, dándole la oportunidad de iniciar agradables interacciones sociales con ella.

D) DEBE HABER UN EQUILIBRIO ENTRE LA UNIFORMIDAD Y LA VARIEDAD, TANTO EN LAS PRACTICAS DE LA EDUCADORA COMO EN EL AMBIENTE **FISICO** QUE LE RODEA. La estabilidad por sí misma por no es ni buena ni mala: lo que es importante es que haya continuidad en que las atenciones sean individualizadas, afectuosas y que respondan a las necesidades. La única manera de que el niño aprenda a confiar en la educadora y vea que el mundo es un lugar donde casi todo se puede prever, es que sus necesidades sean satisfechas todos los días más o menos por las mismas personas y de forma parecida. El equilibrio de la educadora se debe mover entre los cambios de sensibilidad del bebé y la flexibilidad que permite al adulto variar su comportamiento hacia él. En cuanto al ambiente **físico**, esta misma continuidad implica que el pequeño aprende tanto de la monotonía como de la variabilidad. La estabilidad y el orden en el mundo diario del niño, le permiten construir sus propias experiencias y aprender de ellas. Al tener los mismo juguetes, la misma cuna, las mismas rutinas todos los días, el bebé tiene la oportunidad de crear y dominar nuevas aptitudes sobre las ya establecidas. Por otra parte, la experiencia diaria debe tener nuevos **desafíos**, al mismo tiempo que oportunidades de afianzar las habilidades ya adquiridas, puesto que ambas cosas son importantes para el aprendizaje. El entorno debe ofrecer suficiente variación para fomentar la exploración y curiosidad, y mantener el interés del niño y su participación placentera.

E) EL ENTORNO **FISICO Y SOCIAL** EN EL QUE ÉL BEBE PASA UNA BUENA PARTE DEL DIA DEBE PROPORCIONARLE LAS SUFICIENTES RESPUESTAS PARA QUE APRENDA QUE EJERCE CIERTO CONTROL SOBRE ÉL. Si el mundo tiene que ir apareciéndole como algo lógico, es importante que sus acciones introduzcan algún cambio en dicho mundo. Al crear experiencias, las educadoras tienen que pensar en las aptitudes del bebé y en como darle la posibilidad de lograr un efecto, de educar de forma que advierta que puede tener cierta influencia en otras personas, que sus propuestas generan reacciones predecibles. Las respuestas de la educadora deben abarcar todos los aspectos, desde el ofrecimiento de juguetes mecánicos para el desarrollo de sus destrezas motrices, hasta la alimentación cuando dé muestras de que tiene hambre, o el contestar a su sonrisa o a sus intentos de hablar con otros gestos similares. La adecuación de la respuesta es tan importante como su dependencia del comportamiento del bebé. El ambiente en el que se mueve debe ayudarle con sus repuestas, pero también ha de ser real: un lugar donde no todos los comportamientos tienen que terminar necesariamente con resultados predecibles.

1) TODA EXPERIENCIA SIRVE DE APRENDIZAJE Y EL NIÑO NECESITA UNA ATENCIÓN QUE LE PERMITA TENER BUENAS OPORTUNIDADES PARA APRENDER Y PARA RELACIONARSE SOCIALMENTE A TRAVES DE LAS RUTINAS DIARIAS. Los pequeños aprenden sentimientos y actitudes sobre las personas, así como los hechos sobre el mundo y formas de solucionar los problemas a través del modo en que son atendidos. Las aptitudes sociales y cognitivas pueden obtenerse a partir de las actividades rutinarias, donde se les anima a iniciar interacciones y a responder a los demás y a todo lo que les rodea. El curriculum debe ser visto, no como algo que sucede solo entre la alimentación, el cambio de los pañales y las siestas, sino también durante estos momentos. Un buen proyecto orienta a las educadoras sobre el aprovechamiento del entorno natural y los juegos de los niños. Dado que las actividades rutinarias ocupan gran parte del día en la vida del bebé, las educadoras no deben afrontarlas como

unas tareas que deben despachar lo antes posible, sino como un tiempo para estar juntos, hablar y aprender. El bebé también puede adquirir experiencia a muy temprana edad, al inhibir y controlar convenientemente su propio comportamiento en el transcurso de estas actividades diarias.

G) EL BEBE NECESITA SER PROTEGIDO DE LA SOBREENSTIMULACION Y EL DESORDEN. Hay que admitir que es difícil definir qué es sobreestimulación. Si el niño tiene demasiadas cosas a su alrededor para jugar, tocar, escuchar o mirar, se puede ver superado y no aprender tan efectivamente como cuando se da un equilibrio adecuado entre monotonía y variabilidad. El bebé necesita la oportunidad y el tiempo suficiente para asimilar y dominar esa nueva información, y es difícil que lo consiga con un continuo bombardeo de experiencias. (A. Willis H Ricciuti 1997).

9. PASOS PARA LA ATENCION PRECOZ

Qué hacer primero?

Evaluación del desarrollo

El primer paso a dar cuando se va a empezar un programa de Estimulación Temprana con un niño que presenta retraso o que corre el peligro de padecerlo, es hacer la evaluación de su desarrollo, esto es, averiguar exactamente en qué etapa evolutiva se encuentra, siendo éste el punto de partida de toda la actividad a realizar posteriormente. Para ello nos valemos del conocimiento que nos proporciona la Neurología Evolutiva, las pruebas estandarizadas de desarrollo y la observación del niño en su ambiente familiar, así como toda la información que puedan aportar los padres acerca de la evolución del niño desde su nacimiento y su situación actual.

En la exploración del niño, sobre todo cuando se trata de un bebé de pocos meses, tendremos que tener muy en cuenta el estado de su sistema nervioso, el cual podemos conocer a través de sus manifestaciones posturales y reflejas, información que nos viene dada por la Neurología Evolutiva, de la cual se deberá tener dominio.

Entre las pruebas de desarrollo utilizadas podemos citar la de Gesell, muy empleada fuera de nuestro país pero que tiene la dificultad de no estar adaptada aún a la población boliviana. La prueba que mejor se adapta, según nuestro criterio, al desarrollo del niño boliviano es la de la "Escala para medir el desarrollo **psicomotor** de la primera infancia" de **Brunet-Lezine**, la cual está pensada para ser aplicada a niños desde un mes hasta los seis años, aunque a partir de los treinta meses se vuelve un poco general.

Esta escala nos da una información global en edad de desarrollo, que abarca las cuatro áreas descritas por Gesell, **postural**, **coordinación visomotora**, **lenguaje** y **sociabilidad**. Presenta hasta el décimo mes de vida diez ítems para cada mes, seis de ellos requieren la actuación inmediata del niño (seguimiento de objetos, localización de sonidos, etc., según la edad cronológica) y cuatro son de observación del bebé en la vida cotidiana.

Con los datos recogidos obtenemos edades de desarrollo parciales para cada una de las áreas examinadas así como el cociente y edad de desarrollo global del niño.

Una vez aplicada esta escala se hace posible construir el perfil del niño, que sujeto a modificaciones por sucesivas evaluaciones nos va indicando en cada momento la modalidad sensorial que precisa mayor atención. Estos datos resultan muy útiles a la hora de elaborar el programa de estimulación, ya que nos basamos en ellos y no en la edad cronológica del sujeto para su elaboración.

Así, aunque el niño tenga por ejemplo dos años, si en la prueba obtenemos un desarrollo global de seis meses actuaremos en su habilitación como si su edad real fuera ésta.

Una vez realizada la exploración del niño, conocida la edad de desarrollo y el ambiente familiar y social en que se desenvuelve se puede elaborar el programa de estimulación.

Este suele presentarse estructurado en cuatro apartados correspondientes a las áreas de desarrollo expuestas por Gesell, especificándose los objetivos que nos proponemos alcanzar en ese momento determinado en cada una de las áreas, así como los ejercicios a realizar con el niño para su consecución.

Los objetivos se delimitan partiendo del nivel de desarrollo en que se encuentra el niño en cada una, ya que no necesariamente tiene que darse uniformidad, encontrándonos probablemente con que varía el retraso en las diferentes áreas y por lo tanto habrá que tomar como punto de partida la situación real en ellas.

Aunque el objetivo del tratamiento que nos ocupa es conseguir el crecimiento global de las potencialidades del bebé y por tanto no resulta correcto "dividir" su desarrollo en áreas, esto se hace exclusivamente a efectos prácticos, pues el especialista debe tener siempre presente que el niño es un todo único y que el objetivo último a conseguir es el del

desarrollo armonioso de su personalidad dentro de una completa adaptación al ambiente en el que se va a desenvolver su vida.

De otra manera se corre el riesgo de ver al niño como una máquina que debe actuar cuando nosotros queremos, haciendo un movimiento o una acción determinados, que en sí mismos ni tienen más importancia que la realización momentánea de dicha actividad, pero que desde luego no nos va a conducir a esa finalidad ideal de la que hablábamos antes si no es consiguiendo que el niño actúe intencionadamente, interactuando de forma activa con el maestro estimulador, explorando el objeto que se le presenta e interesándose en la tarea propuesta.

El programa de estimulación tiene como características el estar perfectamente definido y concretizado, tanto en cuanto a los objetivos a conseguir como a los ejercicios que se han de realizar, de manera que no quepa más que una forma de entenderlos y no haya diversas interpretaciones por las personas que se ocupen de su aplicación. Esto no sólo facilitará la labor a realizar sino que además se hará más fácil la evaluación posterior para comprobar cuándo se han alcanzado las metas propuestas y haya que cambiar el programa de estimulación.

Una cuestión que es necesario determinar antes de entregar y explicar el programa a los padres, es la de los refuerzos a emplear, los cuales se habrán elegido previamente.

Una vez iniciado el programa de estimulación, se revisará periódicamente en el Centro, si este es llevado a cabo por los padres. Esta supervisión puede hacerse una vez por semana o bien cada quince días, dependiendo de la afectación y edad del niño. En las revisiones se controla la marcha de las actividades y hay un intercambio con los padres acerca de cómo se va desarrollando su trabajo, las dificultades que puedan surgir y en general todo lo concerniente al niño que sea motivo de interés o preocupación. Después de cada sesión el especialista ha de anotar los datos más sobresalientes, variaciones que se

vayan produciendo y todo aquello que sea significativo para el desenvolvimiento del programa.

Cabe hacer notar que si el programa se lo lleva a cabo en un Centro, es (le suma importancia que de igual manera se entregue el programa a los padres ya que ellos tendrán que realizar los mismos ejercicios en su casa para un mejor aprovechamiento del niño.

10. ÁREAS DE ESTIMULACION

Area Motora: Los ejercicios de esta área van orientados a conseguir por parte del niño el control sobre su propio cuerpo, lo que implica tanto el establecimiento del tono muscular adecuado como de las reacciones equilibratorias, al mismo tiempo que la comprensión de las relaciones espacio-temporales, todo lo cual le va a permitir desplazarse sin peligro por el espacio circundante.

Las adquisiciones motoras durante la primera infancia son de capital importancia en el desarrollo global del niño, como lo señala el hecho de que éste pasa en el transcurso de pocos meses del estado de postración y dependencia total a conseguir la coordinación neuromotriz necesaria para moverse libremente, andar, correr, etc.

Todas estas adquisiciones, si bien no habrían podido tener lugar sin la correspondiente maduración neurológica, son también producto de la experiencia personal del niño, que ha llegado a ellas a través de ensayos sucesivos: andando, cayéndose, tanteando, etc.

De lo que no cabe duda es de que todos estos procesos están estrechamente ligados a la actividad mental, de forma que en determinados grados de **subnormalidad** es evidente la correlación que existe entre el desarrollo de la motricidad y el nivel intelectual.

Área Perceptivo-cognitiva: La estimulación de esta área pretende englobar a todas aquellas actividades que van a favorecer el desarrollo de las estructuras cognoscitivas que servirán de punto de partida para construcciones intelectuales superiores.

Todos los investigadores están de acuerdo en que la inteligencia está presente en el niño antes que el lenguaje y en que sus manifestaciones son esencialmente prácticas en esta primera etapa, es decir, se apoyan en conocimientos y en percepciones sin que intervengan la representación y el pensamiento. De esta forma, el niño llega a captar el mundo que le

rodea y a comprenderlo a través de su comunicación con los objetos materiales, primero sin poder diferenciarlos de sí mismo por su actitud egocéntrica, que le hace interesarse más que por el mundo externo, por su cuerpo, sus movimientos y los resultados de estas acciones, de forma que el bebé no es capaz de delimitar lo que pertenece a sí mismo y lo que es propio del entorno. La captación de la realidad exterior sólo ocurrirá a través de manipulaciones y experimentaciones progresivamente más complejas, las cuales nos hablan del extraordinario desarrollo mental de esta etapa evolutiva.

Area del lenguaje: La estimulación en este apartado se encamina conseguir desde las primeras manifestaciones del pre-lenguaje (vocalizaciones simples, balbuceos, etc.) hasta la completa comprensión por parte del niño del lenguaje, con la posibilidad de expresarse a través de éste.

Por otra parte, algunos investigadores han señalado que los problemas del lenguaje en niños retrasados se ven agravados por la actitud de los padres, que tienden a utilizar con ellos una comunicación con un gran componente gestual y con expresiones muy infantiles, con lo cual el niño pierde la posibilidad de adquirir pautas más desarrolladas de comunicación verbal.

Area Social: Dentro de esta área, la estimulación se orienta a proporcionar al niño el mayor grado de autonomía e iniciativa posibles en lo referente a los hábitos básicos de independencia personal (alimentación, vestido, aseo...), así como una conducta social normal y adaptada al ambiente en que se desenvuelve ésta.

La realización de estos objetivos supone un paso decisivo para que la armonía familiar no resulte afectada con la presencia del hijo deficiente, ya que es frecuente él observar cómo los padres vuelcan toda su atención hacia éste, incluso cuando dicha atención no se hace tan necesaria, manteniéndose la mayoría de las veces por un sentimiento de hiperprotección que actúa en detrimento de las relaciones con el resto de los hijos, que pueden vivir esta situación como abandono.

Por otra parte, sabemos que la gran mayoría de subnormales alcanza la capacidad suficiente, si se les enseña, para desenvolverse en las habilidades corrientes de la vida diaria, que incluyen además de los hábitos de higiene y alimentación habilidades tales como pequeñas compras y responsabilidades, utilización de transportes públicos, etc. Sólo el porcentaje, relativamente bajo, de individuos más seriamente afectados, se ven necesitados de una asistencia más continua en este sentido, que puede llegar a una total dependencia en los casos muy graves.

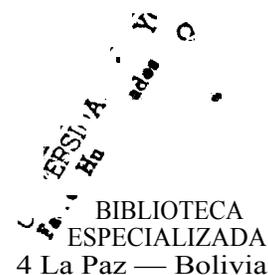
11. PROPUESTA DE SOLUCION A CASOS CONCRETOS

El año 1992 se trabajó en el Instituto (le Adaptación Infantil INDI, durante 1 año en el transcurso del cual se atendieron a 3 niños específicamente, dos de ellos eran internos del Instituto y una niña que era interna del orfanato Virgen de Copacabana.

11.1 CASO 1 REAL

1. Antecedentes Generales

NOMBRE: María Elena
 EDAD APROX.: 1 año
 FECHA DE EVALUACION: Julio de 1992



DIAGNOSTICO : Retraso global en el desarrollo por **falta**
 de estímulo, Retraso ambiental

Niña que desde los 6 meses está internada en el orfanato recibiendo atención de las niñeras (1 para 20 niños), les dan la comida, cambio de pañal y las acuestan en horarios determinados sin ningún tipo de flexibilidad.

Por estar saturadas con la atención básica (comida, pañales) no tienen tiempo para jugar con los niños, son **niños que** están doblemente abandonados, por su madre y por la persona que los cuida.

2. Motivo de la Consulta

Niña que fue derivada del orfanato Virgen de Copacabana para ser evaluada rutinariamente en el Instituto Nacional de Adaptación Infantil INDI, para conocer su desarrollo global.

3. Prueba aplicada

Se le aplicó la "Escala para medir el desarrollo" de Brunet-Lezine
 (complementadas con preguntas a la niñera)

Se comenzó tomando los ítems para un niño de 1 año ya que esa es su edad cronológica, y al ver que no cumplía con todos los ítems se fue yendo hacia atrás hasta llegar a la edad en que cumplía con todos los ítems.

Examen neurológico

4. Conducta de la niña durante la evaluación

La niña entró a la evaluación acompañada por su niñera, se resistió a cumplir con las propuestas que se le iban haciendo, comportándose de manera muy insegura, es decir toca las cosas luego las suelta y mira a todas partes, y no se anima a volver a levantar otro juguete, su atención es muy dispersa no esta ni 2 minutos en una determinada actividad, va de una cosa a otra se distrae con mucha facilidad.

5. Procedimiento y Resultados

Se inició tomando los ítems de 12 meses, (le la escala, y se tuvo que ir hacia atrás llegando a los siguientes resultados:

Area del Lenguaje:	Edad de desarrollo	8 meses
Area Social	Edad (le desarrollo	6 meses
Area Motora	Edad de desarrollo	8 meses
Area Perceptiva :	Edad de desarrollo	10 meses
Edad de desarrollo Global: 8 MESES		

En el examen neurológico no demuestra signos de parálisis cerebral, lo que corrobora con el resultado de la **tomografía**.

6. Resultados del cuestionario de Observación

- Niña que vivía en el orfanato desde los 6 meses
- Fue Abandonada por su madre

- Es atendida en un grupo de 25 niños con una sola niñera sin ningún estímulo, donde solo la alimentan y no recibe mimos ni atenciones adicionales
- El ambiente donde vive es reducido no tiene muchos juguetes o están "guardados" para que no se los estropee
No tienen televisión ni radio
- Su alimentación es totalmente molida

7. Conclusión de la Evaluación

Niña que presenta retraso moderado global del desarrollo, se presume que el retraso es por la falta de estímulo y el ambiente pobre sin colores ni sonidos atractivos, en la que se ve obligada a vivir, la falta de afecto, mimos, caricias, sonrisas, el cuidado rudimentario no es suficiente, ella necesita contacto físico (caricias, juegos , etc.) con las personas que vive.

8. Programa de Estimulación

Se elaboró el programa de Estimulación partiendo de los resultados que nos dio la Escala de Desarrollo, o sea para un niño de 8 meses.

Teniendo un año ella no gateaba, ni se paraba sola, no miraba fijamente los objetos, no buscaba un objeto que se le haya escondido, no sacaba objetos de recipientes, no sabía que jalando una cuerda atada en el otro extremo a un objeto ello lo podía obtener, no sabe su nombre, no comprende prohibiciones no responde ni con la mirada cuando se le habla, no imita ningún movimiento ni cuando se canta, no colabora al vestirse, no bebe de un vaso sola.

Primer programa:

ÁREA MOTORA

Objetivo. Que la niña pueda pararse por si sola y pueda dar sus primeros pasos.

Actividades

1. Arrastre y gateo
2. Primeros pasos con ayuda

Ejercicios para el cumplimiento de los objetivos

1. Estando el niño boca abajo y descalzo, poner un juguete fuera de su alcance y animarle a levantarlo, ayudarle flexionándole una pierna y dándole un apoyo firme en el otro pie.

Ponerlo boca abajo, colocar un juguete que le guste a su costado, fuera de su alcance, de forma que tenga que girar un poquito para cogerlo.

Estando boca abajo agarrarlo por los tobillos y elevarlo sobre la superficie a unos 20 cms. Tenerlo en esta posición durante unos segundos y volverlo a la posición inicial para ella apoye los brazos.

Ponerla de rodillas e impulsarlo hacia el suelo de forma que apoye las manos para no caerse. Si no lo hace por si sola, sujetarle los brazos extendidos a la altura del codo y lanzárselos hacia delante.

Colocar a la niña en posición de gateo e impulsar el cuerpo provocando balanceos para conseguir el apoyo alternativo en manos y rodillas.

Estando la niña boca abajo levantarle el cuerpo sujetando a la niña por la cintura incitarle a que se desplace por medio de las manos.

2. Poner a la niña de pie, agarrarla por las caderas y decirle "cintina" al mismo tiempo que se van provocando movimientos alternativos de esta para que vaya dando pasitos correctamente.

Estando de pie, agarrarla por las axilas para que de pasitos, elevarlo ligeramente por una axila para que apoye su peso en el otro pie y libere el pie homolateral hacia delante. A continuación hacer lo mismo con el otro pie.

Colocar al niño de pie agarrado a un mueble, poner un juguete fuera de su alcance de forma que tenga que dar un paso para cogerlo. Ir aumentando la distancia entre el objeto y la niño progresivamente.

Poner dos muebles unidos, colocar a la niña de pie en uno de ellos y animarle a pasar al otro ofreciéndole un objeto que le guste. Ir separando progresivamente la distancia entre los muebles.

Estando la niña de pie y el adulto delante de ella, agarrarle de las manos teniendo cuidado de que no sobresalgan del nivel de sus hombros y animarle a dar pasitos hacia adelante, darle la orden verbal "camina".

Resultados Area Motora

En 6 meses de terapias la niña cumplió un 80% del programa, la niña gateaba ya sin ayuda y se arrastraba muy bien, pero daba en algunas ocasiones pasitos y en otras no, ya que todavía estaba insegura.

ÁREA PERCEPTIVO - COGNITIVA

Objetivo.- - Que la niña instaure el concepto **de permanencia de objeto**.

- **Trabajar en la coordinación dinámica general**

Actividades

1. Sostener y golpear dos objetos
2. Empleo del dedo índice
3. Búsqueda de objetos
4. Pinza digital
5. Sacar objetos de recipientes
6. Conducta "del cordel"

Ejercicios para el cumplimiento de los objetivos

1. Dar a la niña un objeto y a continuación presentarle otro diciendo “**agarrar**”. Sostenerle la mano que mantiene el primer objeto para que no lo tire y hacer que agarre el nuevo. Ir suprimiendo la ayuda progresivamente.

Darle dos objetos, uno en cada mano, y hacerle golpear con ellos en una superficie dura en sentido vertical.

Darle dos objetos, uno en cada mano, y hacerle golpear uno contra otro en sentido horizontal.

2. Meter sus dedos índices en todo tipo de espacios pequeños, bocas de frascos, sortijas, cerraduras, etc., teniendo la niña el resto de su mano cenada.

Cerrándole la mano, hacer que utilice el dedo índice para apretar timbres y accionar interruptores de la luz, tocar un pianito, etc.

Inducirle a hurgar, explorar y recorrer con su dedo índice objetos y superficies con orificios e irregularidades.

3. Estando el niño sentido, darle un objeto que produzca bastante ruido al caer, como una campanilla, cuchara, etc. Cuando la tire o se le caiga, llamarle la atención sobre el lugar en que ha quedado volviéndole la cabeza en esa dirección al mismo tiempo que se le dice "mira".

Enseñarle un objeto vistoso y esconderlo ante su vista bajo una taza. Animarle a sacarlo ayudándole en un principio.

4. Dar a la niña objetos cilíndricos de **forma** que tenga que cogerlos con la oposición del pulgar.

Sentar a la niña ante una mesa y hacer que agarre el extremo de ésta entre el pulgar y los demás dedos.

5. Estando la niña cómodamente sentada en su sillita, presentarle un juguete metido en un recipiente ancho y poco profundo. Dar la señal "saca" y llevarle la mano hacia el juguete para que realice dicha acción.

Hacer lo mismo que en el ejercicio anterior utilizando recipientes progresivamente más estrechos y profundos.

6. Colocar un juguete fuera del alcance del niño atado a una cinta que estará junto a ella y enseñarle a agarrar el juguete jalando del cordel.

Resultados Área de Percepción y Cognición

En 6 meses de terapias la niña cumplió un 70% del programa, ya que cumplía con sostener y golpear dos objetos, sacaba y metía objetos, atraía hacia ella algunas veces los juguetes con el cordel, estaba casi instaurada la permanencia de objeto, pero no empleaba muy bien el dedo índice.

ÁREA DEL LENGUAJE

Objetivo.- Que inicie la comunicación

Trabajo con su identidad personal

Actividades

1. Emisión de sonidos dentales y labiales
2. Que responda a su nombre
- 3 Que comprenda una prohibición
- 4 Que responda a dame

Ejercicios para el cumplimiento de los objetivos

1. Después de las comidas, jugar con la niña produciendo diferentes sonidos vocálicos y silábicos, preferentemente guturales, haciéndolo muy cerca del rostro del niño.
Repetir cualquier sonido que emita el niño
Movilizar la lengua de la niña utilizando un chupa chups para llevarla hacia arriba y a los lados.

2. Llamarle con mucha frecuencia pronunciando su nombre y haciendo que vuelva la cabeza hacia el adulto, hasta que el niño sea capaz de hacer por sí mismo sin integración.
3. Cuando presente una conducta molesta o inadecuada, decirle un "no" rotundo al mismo tiempo que se le inmoviliza durante unos segundos. Hacerlo hasta que la niña sea capaz de comprender el significado de la palabra sin instigación.
4. Dar al niño un juguete, dejárselo unos segundos y después decir "dame", ofreciéndole otro juguete que le resulte más atractivo que el anterior. Ayudarle a dejar el que tenía en la mano de la terapeuta.

Resultados área de lenguaje

En esta área la **niña** cumplió un 80% del programa, ya que emitía sonidos , respondía a su nombre, pero las prohibiciones no las cumplía.

ÁREA SOCIAL

**Objetivo.- Que se socialice que pueda participar con otros niños, jugando
Que sea Independiente a la hora de comer y vestirse**

Actividades

1. Que participe en los juegos de escondite
2. Mascado
3. Sujetar la cuchara y llevársela a la boca con ayuda
4. Colaborar al vestirse y desnudarse
5. Juego cooperativo con la pelota

Ejercicios **par el cumplimiento de los objetivos**

1. - Estando sentada y el adulto fi-ente a ella, colocarle el adulto un pañuelo sobre la cabeza y animar al niño a que se lo quite.

- Hacer lo mismo que en el ejercicio anterior, pero esta vez el pañuelo se pondrá sobre la cabeza de la niña y se le instigará a que se lo quite con su mano, si no lo hace, ayudarle dirigiendo su manita al lugar correcto. Poco a poco lo tendrá que ir haciendo ella sola.
2. Darle alimentos cada vez menos triturados para que vaya realizando los movimientos de macado. Asimismo darle alientos duros tales como pan duro, galletas, etc., para que muerda.
 3. Poner en un plato delante de la **niña** trozos de alimentos sólidos, y animarle a que se los lleve a la boca con la cuchara con la ayuda del adulto. Ir disminuyendo poco a poco la ayuda.
 4. Introducir pulseras o anillas en las muñecas y tobillos del niño para que se las saque, a medida que lo vaya haciendo, ir subiéndolas hasta que lleguen al hombro y muslos del niño.
Cuando se vaya a vestir, antes de ponerle la camiseta, la chompa, etc., decirle siempre "mete la mano", ayudándole al principio y reforzando cualquier intento de acercar la mano a la manga.
 5. Sentar a la niña en el suelo, colocarse el adulto enfrente de el, decirle "toma la Pelota" al mismo tiempo que se le arroja e incitarle a continuación a que la devuelva diciéndole "dame la pelota". Si no colabora se puede colocar otro adulto detrás de la niña para dirigir sus manos en el movimiento (le recepción y lanzamiento de la pelota).

Resultados área social

En el área social la niña pudo completar un 90% del programa ya que cumplió con casi todas las actividades programadas faltándole apenas colaborar para vestirse y desnudarse

Resultados del primer programa de estimulación:

Al principio la niña fue muy reacia a compartir con la terapeuta, la niñera la dejaba en la consulta y ella se tiraba al suelo y comenzaba a dar vueltas gritando y llorando de un extremo a otro, jalándose los cabellos y pellizcándose en muchas ocasiones, la actitud de la terapeuta era el de dejarla hacer y ella hacía que jugaba con muchos juguetes, al cabo de unos días la niña fue extinguiendo la conducta de tirarse al suelo y jalarse los cabellos, se quedaba sentada mirando a la terapeuta jugar de vez en cuando se la invitaba a participar, recibiendo siempre una negativa. Al cabo de 2 semanas la niña empezó a acercarse a la terapeuta sin tocar los juguetes, y de este modo sucesivamente se fue acercando más cada día y al finalizar el primer mes la niña ya se animó a tocar los juguetes y a observarlos.

De esta manera se pudo iniciar el programa propiamente dicho, observando en la conducta de la niña bastante adelanto, como refuerzo se utilizó el afecto, se la abrazaba y besaba y aplaudía cualquier acción positiva que tenía.

El programa se completó en 6 meses al cabo de los cuales la niña cumplía con el 80% de este.

Se **inició un segundo** programa que fue el siguiente:

AREA MOTORA

Objetivos.- Que la niña camine segura y sin ayuda

Que inicie el subir y bajar escaleras con ayuda

Actividades

- 1. Ponerse de pie solo**
- 2. Subir a muebles y escalera arrastrándose**
- 3. Equilibrio en posición bípeda y andando.**
- 4. Estar de rodillas sin apoyo**

5. Subir escaleras de la mano
6. Andar hacia atrás varios pasos

Ejercicios para el cumplimiento de los objetivos

1. **Acercarle a** un mueble para que ella pueda agarrarse y pararse sola animarle mostrándole un juguete que le llame la atención.
2. Poner juguetes que le llamen la atención en un lugar alto y animarle a que suba y los alcance.
3. Colocarla de pie con su espalda contra la pared, ponerse el adulto delante de él con los brazos extendidos al mismo tiempo que le dice "ven". Reforzar cuando **la niña camina hacia** delante. Ir aumentando progresivamente el número de pasos que ha de dar.
4. Poner al niño de rodillas, al principio agarrado a un mueble o dándole la mano para que se apoye en ella, a continuación ofrecerle un juguete que le guste al mismo tiempo que se le dice "toma" para que libere una mano y lo agarre.
5. Poner al niño de pie enfrente de un escalón agarrado de una mano y decirle "sube la escalera" despacio se le guía a que suba un pie y se deja que él complete el paso poniendo el otro pie en el mismo peldaño. Poco a poco se le retira la ayuda física de subir pero no llevarle de la mano.
6. Colocar a la niña ante un espejo grande con el adulto detrás de ella de **maner** que se vean ambos, animarle a andar hacia atrás varios pasos por imitación. Al principio ayudarle físicamente. Poco a poco ir retirando la ayuda hasta que ella lo haga sola por imitación del adulto.

Resultados área motora

La niña cumplió en un 100% el programa. Andando con bastante seguridad, coordinando muy bien sus pasitos, subía y bajaba a los muebles bajos, se ponía de rodillas sin ningún problema, y subía las escaleras de la mano.

AREA PERCEPTIVO - COGNITIVA

Objetivos.- Que la niña vaya realizando resolución a problemas cada vez más complejos

Actividades

1. Meter objetos en recipientes
2. Ejecución de trazos
3. Construcción de torres de hasta 4 cubos
4. Pasar página

Ejercicios para el cumplimiento de los objetivos

1. Estando la niña sentada en su sillita darle un juguete, dejárselo unos segundo y después presentarle un recipiente y después presentarle un recipiente ancho y decir "mete" llevándole la mano para que lo deje en el recipiente.

Darle anillas para meter en un soporte. Al principio colocar éste inclinado e ir levantándolo hasta la posición vertical a medida que la niña acierta a meter las anillas. Utilizar anilla progresivamente más pequeñas.

2. Ante una pizarra colocada en la pared animar a la niña a hacer garabatos y puntos.

Hacer lo mismo estando la niña sentada ante una mesa proporcionándole papel y lápiz.

3. Enseñarle a construir torres con dos cubos grandes. Ayudarle al principio llevándole la mano.

Utilizar cubos pequeños para hacer una torre con dos de ellos. Ir aumentando el número de cubos hasta que el niño llegue a hacer una torre de 3 o cuatro cubos

4. Darle libros o revistas para que la niña pase las páginas.

Resultados área de percepción y cognición

La niña completó el programa en un 90%, ella metía objetos a los recipientes, hacía trazos en las páginas, y pasaba las páginas de revistas y libros, solamente le faltaba completar el objetivo de formar torres hasta 4 cubos.

ÁREA DE LENGUAJE

Objetivos.- Que la niña reconozca partes del cuerpo en si misma y en otra persona.

Que la niña pueda emitir sonidos para pedir cosas.

Actividades

1. Obedece instrucciones sencillas
2. Imita movimientos de la lengua y los labios
3. Sopla
4. Reconoce partes del cuerpo en sí mismo y en otra persona
5. Imita las vocales

Ejercicios para el cumplimiento de los objetivos

1. Dar a la niña órdenes de una sola acción referidas a personas u objetos muy conocidos por ella (por ejemplo: ponerle una pelota en la mano y decirle "dásela María, al mismo tiempo que se le indica el lugar donde se encuentra la persona indicada.
2. Ante un espejo, hacer gestos exagerados para que el niño los imite
3. Sentado hacer que sople velas, pompas de jabón, papeles livianos, etc.
4. Que señale partes del cuerpo en si misma y en una muñeca
5. Intentar que imite las vocales, modelando y exagerando el adulto los movimientos de su boca.

Resultados área de lenguaje

En esta área la niña. cumplió con el 100% del programa, emitiendo inclusive algunas palabras sueltas.

ÁREA SOCIAL

Objetivos.- Seguir trabajando en su identidad

Iniciar el control de **esfínteres**

Seguir trabajando con su independencia

Actividades

1 Reconocerse en una fotografía

2. Control de esfínteres (rectal) durante el día

3. Quitarse algunas prendas

Ejercicios para el cumplimiento de los objetivos

1. Poner a la niña frente a un espejo grande y llamar su atención al mismo tiempo que se le señala y dice su nombre. A continuación, decir su nombre para que ella sea que se señale.

Mostrarle una fotografía grande donde se vea la niña preferentemente sola, y decir su nombre señalando la imagen y a la niña directamente. A continuación decirle "¿dónde está?"

2. Establecer un registro de observaciones de las horas del día de eliminación espontánea del niño durante una semana. Una vez realizado esto se empieza el entrenamiento llevando al niño al baño en las horas medias en las que **normalmente** defeca, se le permite permanecer diez minutos sentado en inodoro. Si elimina durante ese tiempo se le alaba y refuerza con algo que le guste mucho, si no lo hace no se le dice nada.

5. Cuando se le vaya a quitar el gorro, decirle "quítate el gorro", si no lo hace

guiarle su mano hasta la cabeza y ayudarle a hacerlo, poco a poco se irá prescindiendo de la ayuda hasta que el niño lo haga solo.

Cuando se le vaya a descalzar, desabrocharle un zapato y decirle "quítate el zapato", si no lo hace agarrarle la mano y dirigirla a la altura del talón ayudándole a que se lo quite. Poco a poco lo debe ir realizando cada vez con menos ayuda hasta que lo haga totalmente solo (a excepción de desabrocharlos)

Resultados área social

En esta área la niña cumplió con un 90% del programa ya que el control de esfínteres se hacía un poco difícil, se presume por la poca colaboración del personal de la sala donde ella vivía.

Comentario del desarrollo del segundo programa

El segundo programa se continuó sin ningún problema pero lo relevante es que la niña cambió totalmente de actitud es decir al terminar la sesión no quería dejar el consultorio y la niñera nos comentaba que ella ya sabía la hora en la que tenía que ir a su terapia y cambiaba de carácter comportándose de una manera cariñosa y asequible, se acercaba a la terapeuta y la besaba y se abrazaba.

Conclusión del caso 1

En conclusión después de 1 año de terapias de Estimulación Temprana cumplió con un 90% de los objetivos, su desarrollo global cada vez se acercaba más al desarrollo "normal" de una niña de 2 años. Lo relevante también es que ella era ya otra niña en el sentido en que se acercaba a otros niños, "hablaba", jugaba, peleaba, como cualquier otro niño de su edad, asimismo se acercaba a los adultos y dejaba que la levantaran y acariciaran.

Con estos programas se comprueba la eficacia que tuvo la Estimulación Temprana en esta niña, llevándola a la normalidad.

No se pudo seguir con un tercer programa ya que se terminó el tiempo de trabajo en la Institución.

ESQUEMA CASO 1

ANTECEDENTES
Niña de 1 año, internado en el orfanato Virgen de Copacabana

EVALUACION

	<p>ESCALA DE DESARROLLO BRUNET LEZINE</p>		<p>EXAMEN HUIR LOGICO</p>	
	<p>DIAGNOSTICO Retraso global en el desarrollo por falta de estímulo. Retraso ambiental Edad de desarrollo - 8 meses</p>		<p>DIAGNOSTICO No tiene Parálisis Cerebral Su exentemos normal</p>	
<p>AREA MOTORA Objetivo: - Que le niña puede pararlo por si sola y pueda dar sus primeros pesos</p>	<p>AREA PERP. - COGNIT. Objetivo: - Que la niña instaure el concepto de permanencia de objeto Trabajar en la coordinación dinámica general</p>		<p>ARIA DE LENGUAJE Objetivo: Que tolde la comunicación. - Trabajo con su Identidad personal</p>	<p>ARTA DE SOCIAL Objetivos: - Que se socialice gas pueda participar con otros niños. Que ses Warren diento a la bora de comer y vestirse</p>

RESULTADOS PRIMER PROGRAMA
Se completó el programe al 80% en 6 meses de trabajo.

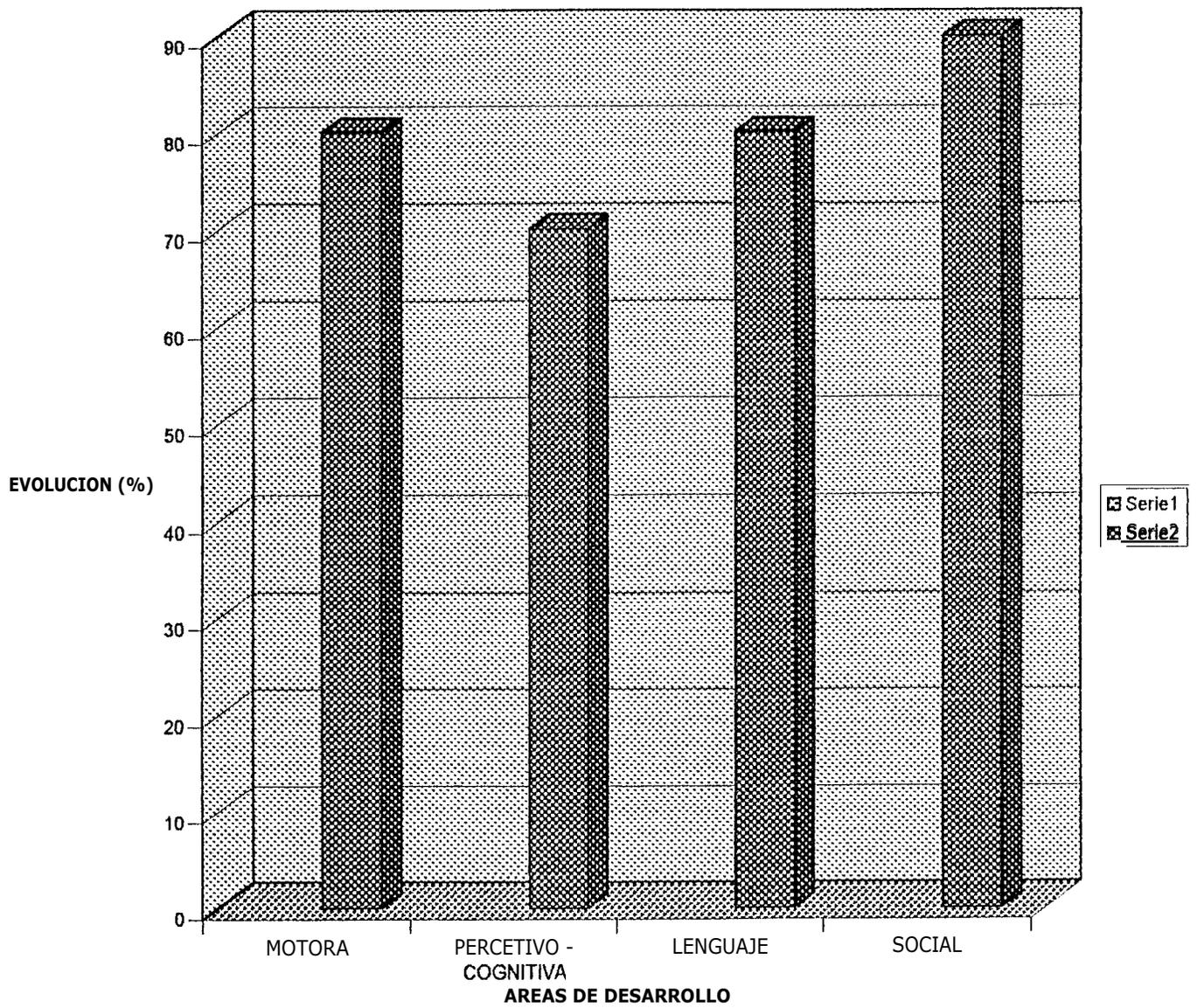
ELABORACION DEL SEGUNDO PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA

<p>ARCA MOTORA Objetivo: -Que le niña camine segura y sin ayuda - Que inicia subir y bajar escaleras con ayuda.</p>	<p>AREA PERP. - COGNIT. Objetivo: - Que le niña vaya resolviendo problemas cada vez más complejos.</p>		<p>AREA DE LENGUAJE Objetivos: - Que la niña reconozca partes del cuerpo si misma y en otra persone. - Que le niña pira. da omitir sonidos para pedir cosas</p>	<p>AREA DE SOCIAL Objetivos: Seguir trabajando on su identidad - Iniciar el control de esfinteres - Seguir trabajando en su independencia</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

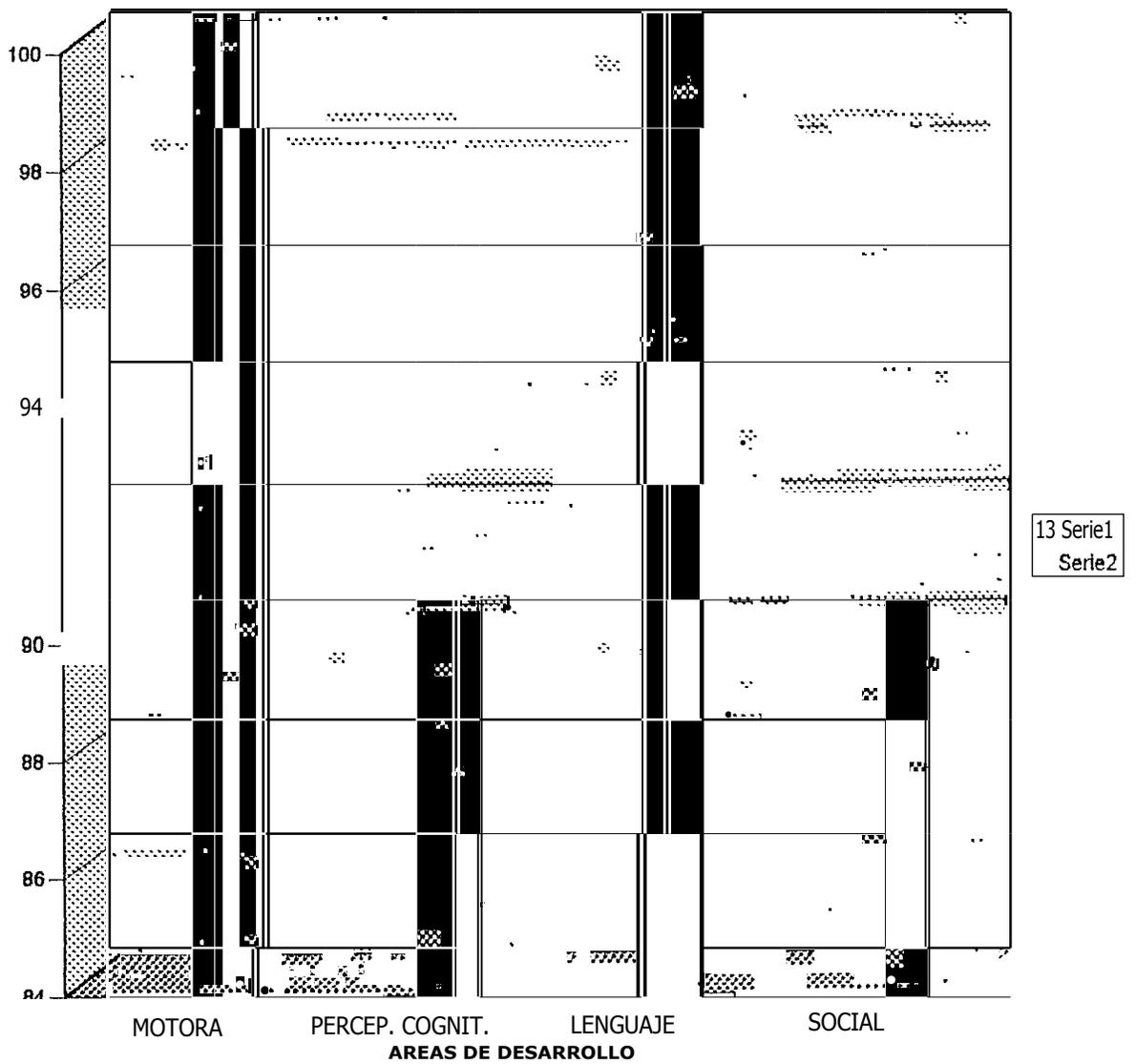
RESULTADOS SEGUNDO PROGRAMA
Se cumplió con el 100% del programa en 6 mesan de trabajo

CONCLUSIONES
Después de 1 año de terapia, se cumplió con el 90% de los objetivos

CASO 1 PRIMER PROGRAMA (6 MESES)



CASO 1 SEGUNDO PROGRAMA (6 MESES)



11.2 CASO 2 REAL

1. Antecedentes Generales

NOMBRE :	José Antonio
EDAD APROXIMADA:	8 años
FECHA DE EVALUACION:	1992
DIAGNOSTICO:	PARÁLISIS CEREBRAL RETRASO PROFUNDO, ESPASTICO, HIPERSENSIBLE

Niño que era interno en el Instituto de Adaptación Infantil INDI, fue abandonado por sus padres, su sala es compartida por 18 niños además de él, teniendo 2 niñeras encargadas del cuidado de los niños, una muy joven con mucha paciencia pero imposibilitada de dar mas que la atención básica debido a la falta de tiempo y la otra señora muy mayor sin paciencia.

Como José Antonio es hipersensible lo tocan lo menos posible porque se pone espástico y grita, lo que impide que los demás niños se acerquen así como las personas que lo cuidan.

2. Motivo de la consulta

Los niños son evaluados rutinariamente para conocer el grado de desarrollo conseguido por los programas elaborados **Multidisciplinariamente** en el Instituto.

3. Prueba Aplicada

3. Se le aplicó la "Escala para medir el desarrollo" de Brunet-Lezine

4. Examen neurológico (por el pediatra)

4. Conducta del niño durante la evaluación

El niño no tuvo ningún tipo de respuesta, no permitía que ni siquiera lo tocaran, ya que se ponía a gritar y completamente espástico.

5. Resultado del cuestionario de Observación

5. Niño que vive en el INDI desde sus 7 años
6. Niño que fue abandonado por sus padres
7. Es atendido en un grupo de 18 niños con dos niñeras, sin ningún estímulo, donde le alimenta de lechado, con todo molido
8. El ambiente tiene mucho juguetes, pero los niños no tienen acceso
9. Tienen televisión y radio

6. Conclusiones y Recomendaciones

Niño que presentaba un retraso profundo en su desarrollo, tiene parálisis cerebral y es espástico, no tiene ningún tipo de estímulos su **medioambiente** es desfavorable.

Se recomendó como primer paso, tener un programa de desensibilización y de acuerdo a resultados seguir con un programa de Estimulación Temprana.

Primer Programa

Debido a que José Antonio era un niño totalmente hipersensible, y espástico con parálisis cerebral, se vió por conveniente realizar un programa de desensibilización (aproximaciones sucesivas), para poder trabajar con el, con otro tipo de objetivos, ya que si se lo tocaba el se ponía a gritar y se poní espástico y sufría mucho.

Programa de Desensibilización (sin tiempo)

El programa de desensibilización fue el siguiente:

Actividades para el cumplimiento del objetivo

El programa se lo realizó tres veces por semana, levantado al niño de la cama y bajándolo a la sala de evaluación, donde no haya otras personas más que José Antonio y la Terapeuta; el niño en un principio y durante dos meses sigue gritando y poniéndose espástico cuando se lo levanta, pero este grito va disminuyendo paulatinamente. Al llegar a los dos meses de tratamiento José Antonio ya no grita y comienza a tener una "especie de sonrisa" algunas veces, cuando cumplió 6 meses de tratamiento José Antonio era un niño que ya sonríe cuando ve a la terapeuta, y algunas veces a los demás y no grita cuando cualquier persona lo levanta de su cama.

Segundo programa de **Estimulación Temprana**

ÁREA MOTORA

Objetivo: Que sostenga la cabeza

En lo relacionado a este objetivo, José Antonio no sostenía la cabeza, por lo tanto se trabajó con ejercicios en este sentido, para fortalecer su cuello, se hizo un programa completo con las terapeutas de fisioterapia, al cabo (le los seis meses José Antonio sostenía por momentos la cabeza y hacía el esfuerzo.

ÁREA PERCEPTIVO-COGNITIVA

Objetivo: Trabajar con el espejo, que se mire, sonría, se toque.

Se trabajó mucho en el espejo cantando, sonriendo, tocándolo y se logró que José Antonio sonriera frente a el, y tocara su imagen con curiosidad.

ÁREA DE LENGUAJE

Objetivo: Que emita sonidos

En cuanto a este objetivo, se repetía cualquier sonido que el emitía jugando haciéndolo muy cerca del rostro del niño.

Aprovechar el llanto del niño para producirle vibraciones mediante suaves palmadas en el pecho y espalda, de manera que se produzca un sonido intermitente.

ÁREA SOCIAL

Objetivo: - **Que aprenda a comer de sentado.**

En cuanto al tercer objetivo, se lo puso en una silla especial en forma triangular, la cual tenía cinturones especiales para la cabeza y cintura y a medida que se le iba dando la comida (molida) se le hacían masajes en la garganta para que el aprendiera a pasar sin atorarse, en seis meses se vio que José Antonio si bien no comía a la perfección ya trataba de pasar el alimento.

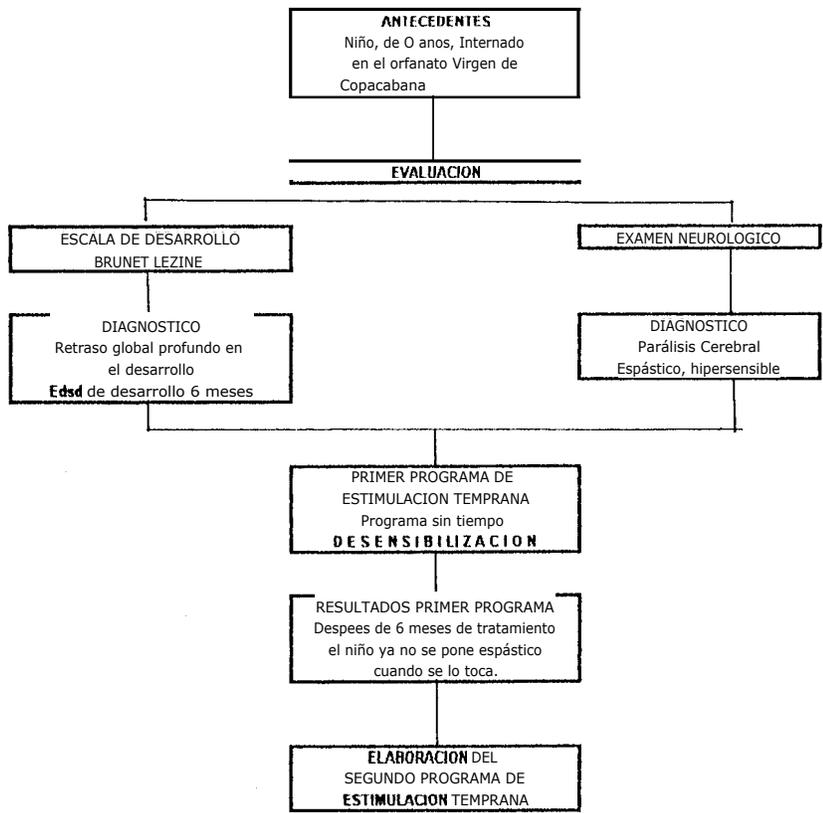
Conclusiones del Caso 2

Después de un año de terapias de Estimulación Temprana José Antonio era un niño al cual se lo podía tocar, levantar sin que el grite o se ponga espástico, José Antonio sonreía, miraba fijamente lo que le llamaba la atención, podía pasar la comida semi molida de sentado, hacía esfuerzo por mantener su cabeza erguida, se miraba frente al espejo y se tocaba, respondía con una mirada cuando se le llamaba por su nombre.

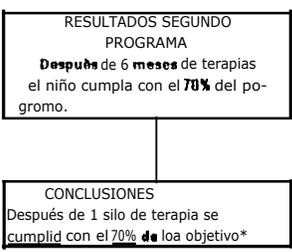
No se pudo seguir con un tercer programa de Estimulación ya que se dejó de trabajar en la Institución.



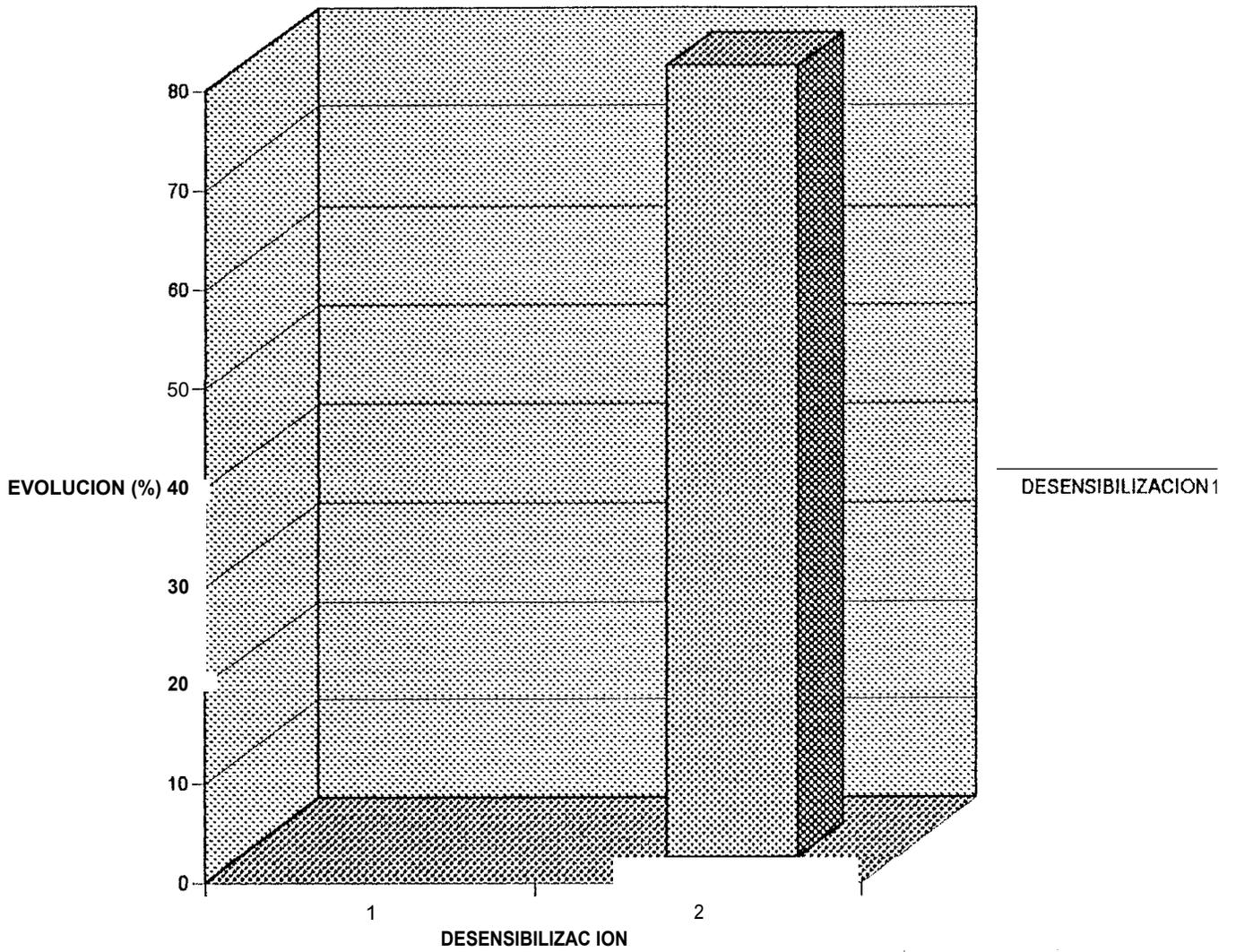
ESQUEMA CASO 2



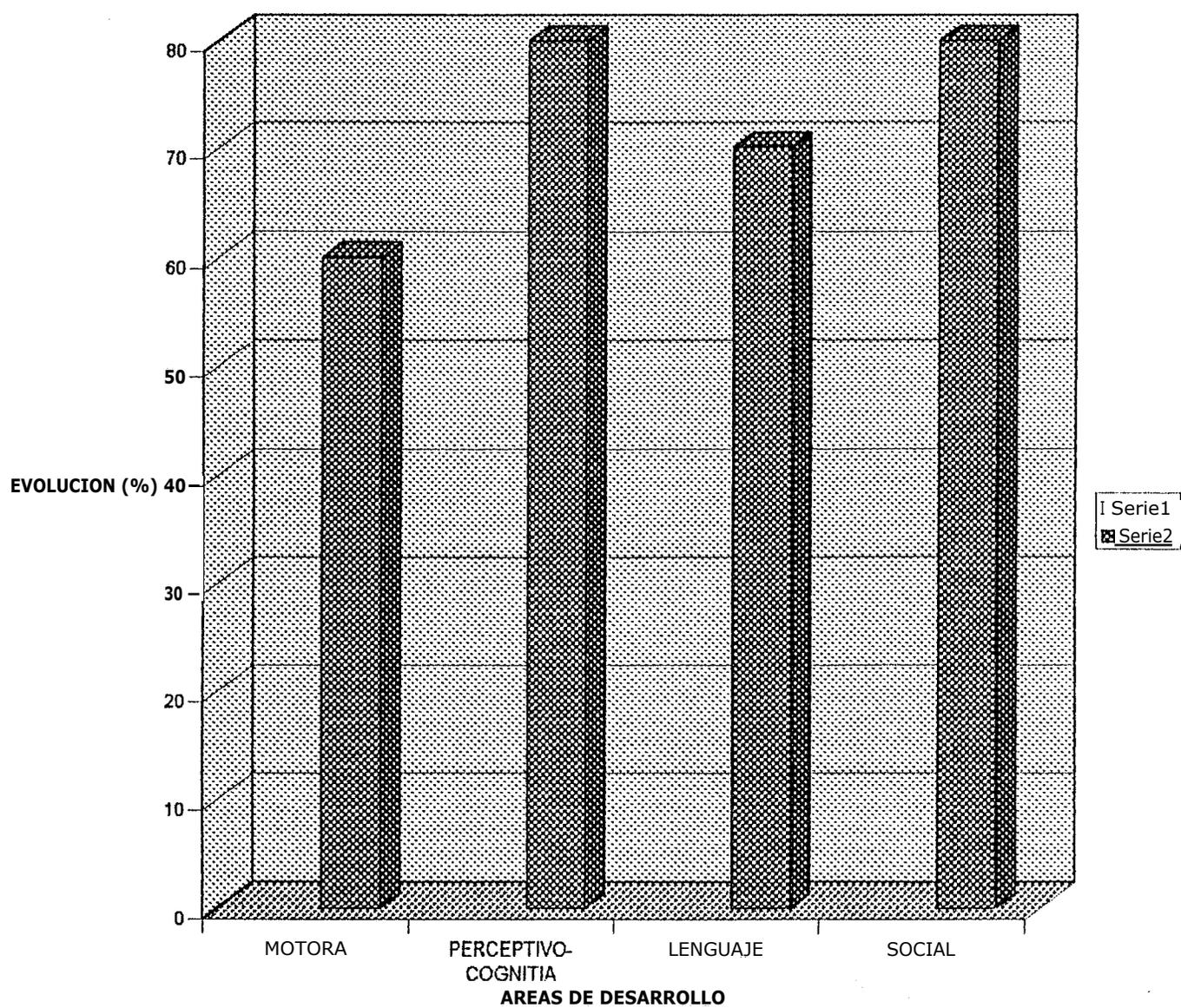
AREA MOTORA Objetivo: -Que el niño sostenga la cabeza	ARFA PERP. - COGNIT. Objetivo: - Que se mira el espejo, sonde, se toque		AREA DE LENGUAJE Objetivo: Qua emita sonidos guturales	AREA DE SOCIAL Objetivo: - Que aprenda a comer de sentado.
-----------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------



CASO 2 PRIMER PROGRAMA (6 MESES)



CASO 2 SEGUNDO PROGRAMA (6 MESES)



11.3 CASO 3 HIPOTETICO

En este caso hipotético se trabajará con un niño que su edad cronológica es de 24 meses y su edad de desarrollo es de 18 meses. Se elaborará un programa para que se nivele a su edad cronológica.

El tiempo de duración de los programas es muy variable depende de cómo sea el avance del niño, en determinadas habilidades.

PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA ARFA MOTORA

Objetivos

Trabajar en el mejoramiento de la coordinación dinámica general

Actividades

1. Subir y bajar las escaleras sujeto a la barandilla y con los pies en cada peldaño.
2. Patear una pelota grande
3. Correr

Ejercicios para el cumplimiento de los objetivos

1. Colocar al niño de pie enfrente de las escaleras con una mano agarrada a la barandilla o pared. A continuación decirle "sube las escaleras", reforzar el que suba primero un pie y luego el otro al mismo peldaño. Si el niño no se muestra seguro para iniciar el primer paso ayudarle subiéndole un pie y que él termine de subir, progresivamente se irá eliminando la ayuda física y aumentando el número de escalones a subir .

Ponerlo en el primer escalón dispuesto para bajar, cogerle de una mano y decirle "baja la escaleras", dándole ayuda física al principio si fuera necesario hasta que vaya realizándolo solo. Cuando no tenga problemas en bajar por lo menos cinco escalones, se le puede poner agarrado de la barandilla (empezando igualmente por un escalón) y darle la misma orden, si no da el primer paso ayudarle a que baje un pie y después animarle a que termine de bajar. Dar por conseguido el objetivo cuando sea capaz de bajar por lo menos cinco escalones sin ayuda física.

2. Hacer una demostración el adulto. A continuación colocar al niño de pie, poner una pelota grande delante de su pie y animarle a que le dé llevándole el pie primero hacia atrás y luego hacia delante para golpearla. Poco a poco se irá retirando la ayuda física a medida que el niño pueda realizar el ejercicio
3. Estando de pie agarrarlo de la mano y animarle a andar lo más rápido posible, poco a poco se va retirando la ayuda física.
Jugar con el niño a "que te pillo" de forma que tenga que correr, perseguirle e incitarle incluso **físicamente** a ir rápido.

ÁREA PERCEPTIVO COGNITIVA

Objetivos

Trabajar en la discriminación perceptiva

Imitación

Actividades

1. Imitación de trazos
2. Construcción de torres de hasta 6 cubos
3. Construcción de un tren con cubos
4. Emparejar dos colores
5. Emparejar dibujos

6. Discriminación de círculo y cuadrado

Ejercicios para el cumplimiento de los objetivos

1. Con el niño ante una pizarra colocada verticalmente, hacer una línea vertical e instar al niño a imitarla llevándole la mano si es necesario hasta que sea capaz de hacerla sin ayuda, solamente por imitación del educador.
Hacer lo mismo que en el ejercicio anterior para intentar la imitación de una línea horizontal.

Una vez que el niño es capaz de hacer por imitación, trazos verticales y horizontales en la pizarra, intentar lo mismo sentando al niño en su sillita, ante una mesa, proporcionándole papel y lápiz, o bien con pinturas para dibujar con los dedos.

2. Hacer una demostración de cómo poner los cubos uno encima de otro y animar al niño a que haga lo mismo pero que llegue a poner 6 cubos en columna.
3. Colocar dos cubos en fila, empujarles desde un extremo con el dedo y decir "mira, un tres" "empuja tu el tren". Ayudar al niño a hacerlo ya que haga el sonido del tren.
4. Colocar dos cubos sobre la mesa y decir "ahora haz tu el tren". Ayudarle al principio e ir disminuyendo la ayuda progresivamente, y aumentar el número de cubos.

Empezar con los colores rojo y azul. Poner una caja de color rojo delante del niño y decir "rojo". A continuación presentarle un objeto de color rojo y decir "rojo", pon rojo con rojo, después se hace lo mismo con el azul.

Después de unos días presentarle las dos cajas juntas y hacer que el ponga rojo con rojo y azul con azul.

Seguir todos estos pasos pero con los colores amarillo y verde.

6. Jugar con loterías de pocas figuras al principio, de cosas conocidas para el, como por ejemplo cosas de la casa y decirle pon la olla con la olla o la taza con la taza, etc., hasta que sea capaz de hacerlo por si mismo.
7. Material de encajar círculo y un cuadrado, independientemente cada pieza. Presentar al niño el círculo metido en su encaje. Decir. "círculo". Sacarlo y dárselo diciendo "coloca el círculo" hacer lo mismo con el cuadrado.
Presentar al niño el tablero que contiene juntos el círculo y el cuadrado. Sacarlos y darle el círculo y el cuadrado. Sacarlos y darle el círculo diciendo "coloca el círculo", ayudándole si es necesario a elegir el lugar correcto. Hacer lo mismo con el cuadrado. Repetir hasta que el niño sea capaz de hacerlo sin equivocarse al menos el 80% de las veces.

ÁREA DE LENGUAJE

Objetivos

Reforzar el aprendizaje del lenguaje

Actividades

- 1 Señalar partes del cuerpo en un dibujo
- 2 Noción de uno y muchos
- 3 Ejercicios de inspiración por la nariz
- 4 Asocia dos palabras
- 5 Obedece instrucciones de dos órdenes

Ejercicios para el cumplimiento de los objetivos

1. **Presentarle un dibujo de una** persona y hacer que vaya señalando las partes del cuerpo que ya reconoce en sí mismo y en otra persona.
2. Estando el niño sentado ante su mesita, presentarle varios objetos iguales, y fáciles de sostener: lápices, cucharillas, etc. Colocar uno de estos objetos a un extremo de

la mesa, delante del niño, y varios al otro extremo. Decir: "mira, uno -- muchos" dame uno. Llevar la mano del niño hacia el sitio indicado.

Poner todos los objetos juntos y decir "dame uno (o muchos). Ayudar en un principio.

3. Colocar delante del niño frascos con diferentes sustancias olorosas, como colonia, vinagre, etc., animándole a inspirar teniendo la boca cenada. Si es necesario mantener cenada la boca del niño.
4. Intentar la emisión de dos palabras juntas aprovechando los deseos del niño, haciendo que diga el nombre de lo que desea unido al de la persona que ha de proporcionárselo. Por ejemplo: "mamá, agua", "papá, calle", etc.
5. Darle órdenes que contengan dos instrucciones verbales, por ejemplo, "dale el libro a papá" ayudándole en un principio por medio de gestos.

Hacer el ejercicio anterior sin ningún tipo de ayuda gestual, de forma que el niño actúe por comprensión de la orden verbal exclusivamente.

ÁREA SOCIAL

Objetivos

Trabajar en su independencia

Actividades

- Ayudar a guardar sus juguetes
- Utilizar la cuchara sin problemas
- Pedir "pipí"
- Ponerse el gorro y los calcetines

Ejercicios para el cumplimiento de los objetivos

1. Cuando termine el día y se vaya a guardar los juguetes utilizados por el niño hacer que nos ayude a ponerlos en su lugar, si no hace caso agarrarle de una mano y hacer que recoja y los guarde, hacer esto con mucho cariño y paciencia.

2. Se le darán en principio alimentos sólidos para que el niño se los lleve a la boca con la cuchara, para luego darle líquidos.
3. Hacer un registro de la hora en que el niño orina durante una semana, y de acuerdo a este ponerlo en el baño a determinadas horas para que él orine, si lo hace aplaudirle sino lo hace no decirle nada.
4. Cuando se vista al niño hacer que el se ponga el gorro. Para ello dárselo y decirle "ponte el gorro" si no lo hiciera ponerlo en sus manos y guiárselas hasta la cabeza y en el movimiento de colocárselo a ella.
Hacer lo mismo con los calcetines a la hora de vestir al niño.

Resultados esperados

Los resultados esperados después de seguir este programa de estimulación temprana, son que el que el niño, una vez, cumplidos todos los objetivos, su edad de desarrollo se acercará en un 80% a la edad cronológica que tiene. Realizando actividades propias de su edad. Debiendo realizar un seguimiento constante para percatarse de cualquier retraso y hacer la intervención oportuna.

Conclusiones caso hipotético

Debido a que este es un caso hipotético, no se pueden tener conclusiones finales, sin embargo nos remitiremos a los resultados esperados que sería los ideales teniendo en cuenta que hipotéticamente los programas se llevarían a cabo en un lugar y condiciones óptimas.



**ESQUEMA CASO 3
HIPOTETICO**

ANTECEDENTES NUM de 2 ellos, que está hospitalizado desde su nacimiento, en diferentes tiempos por períodos largos.

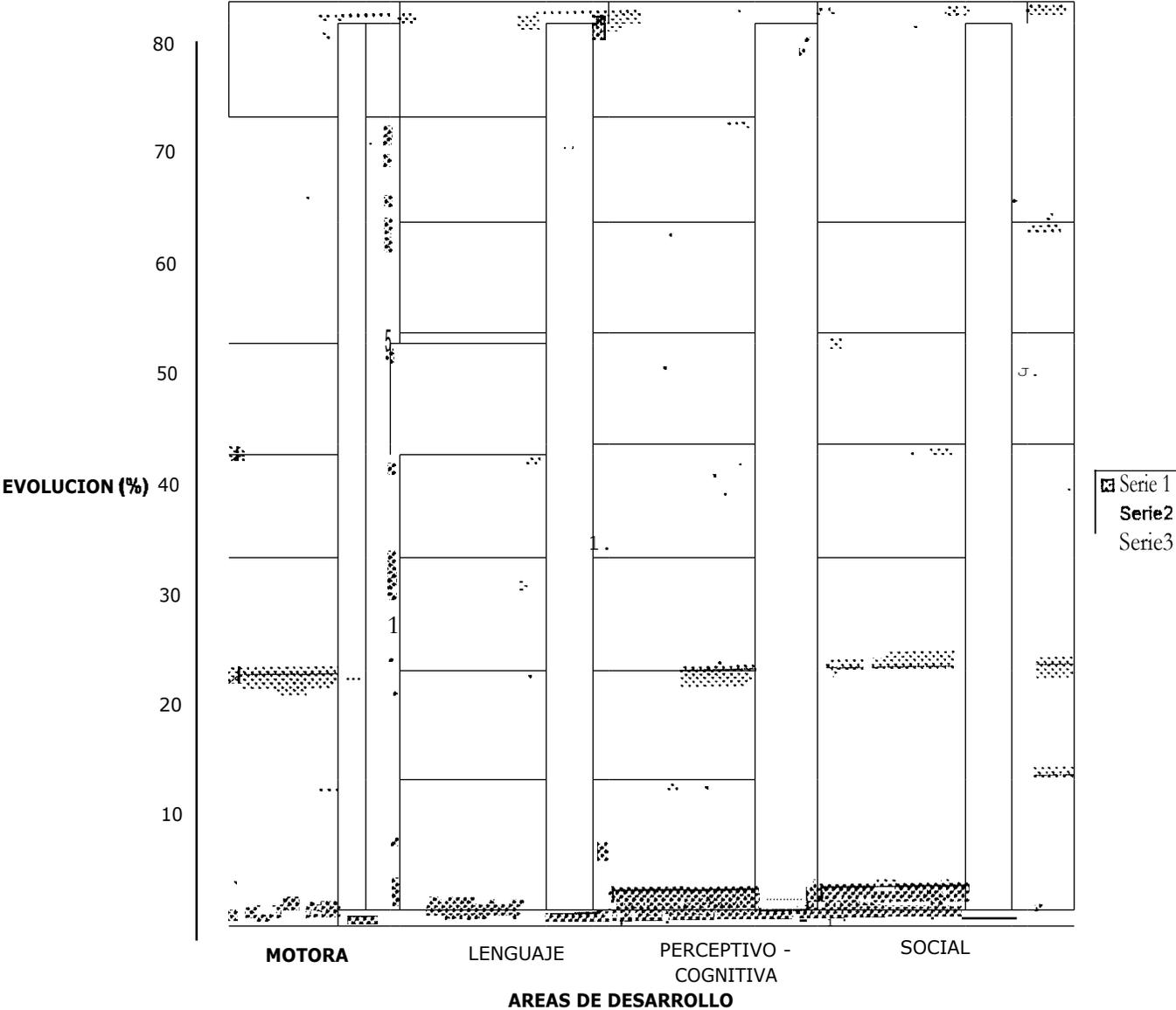
EVALUACION

ESCALA DE DESARROLLO BRUNET LEZINE		EXAMEN NEUROLOGICO
DIAGNOSTICO Retraso global en el desarrollo por falta de estímulo. Retraso ambiental Edad de desarrollo — 18 meses		DIAGNOSTICO No tiene Parálisis Cerebral Su exámen es normal

ÁREA MOTORA Objetivo: Mejorar la coordinación dinámica general	ÁREA PERP. - COGNIT. Objetivo: - Trabaja Imitación Discriminación perceptiva	ÁREA DE LENGUAJE Objetivo: - Reforzar la articulación del lenguaje	ÁREA DE SOCIAL Objetivo: - Trabajar en su Independencia
--------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

RESULTADOS ESPERADOS DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION Una vez cumplidos los objetivos el niño se acercará en un 80% a su edad cronológica.

CASO 3 PRIMER PROGRAMA (6 MESES)



CONCLUSIONES

La Estimulación es un proceso natural, que la madre pone en práctica en su relación diaria con el bebé; a través de procesos, el niño irá ejerciendo mayor control sobre el mundo que le rodea, al tiempo que sentirá gran satisfacción al descubrir que puede hacer las cosas por sí mismo.

La Estimulación tiene lugar mediante la repetición útil de diferentes eventos sensoriales que aumentan, por una parte, el control emocional, proporcionando al niño una sensación de seguridad y goce; ya que desarrolla destrezas para estimularse a sí mismo a través del juego libre y del ejercicio de la curiosidad, la exploración y la imaginación.

Por todo lo expuesto en el presente trabajo se debería estar convencido que la percepción del mundo, el crecimiento de la inteligencia, la sensación de ser amado y tenido en cuenta, el desarrollo de la autoestima, comienzan desde el primer día de la vida del bebé.

En conclusión el análisis de los resultados que se pueden obtener con la aplicación de la estimulación temprana depende de varios factores, entre ellos el tipo de deficiencias, la edad del niño al iniciar el tratamiento, el grado de afectación tanto cualitativa como cuantitativa, la colaboración de los padres, etc.

Las técnicas de estimulación no pueden ni pretenden curar a los niños deficientes con causa orgánica establecida, sino que **su objetivo en estos casos será conseguir la utilización al máximo de sus propias potencialidades y dentro de sus límites. La estimulación temprana se aplica a** grupos diversos de niños que tiene en común que la sociedad los catalogue como diferentes a los "normales". Entre estos niños diferentes los hay con estos déficits físicos, psíquicos y sensoriales. A veces con un solo tipo de estos déficits y otras con una combinación de todos ellos. Pero también los hay que no pueden ser "clasificados" claramente en ninguno de ellos. Serían los casos de déficits

socioculturales, o nutritivos. Serían los casos de retrasos ligeros en la evolución del lenguaje, o la motricidad, pero sin causa aparente. O bien los casos en los que los retrasos pudieran venir dados por aspectos psicológicos, del desarrollo de la personalidad del niño o bien simplemente porque fuesen prematuros. El tipo de población a tratar es diverso y por lo tanto difícil de establecer cuantificaciones respecto a los resultados, más si se tiene en cuenta la propia diversificación que se puede dar dentro de un mismo síndrome.

Sin embargo y pese a la eficacia que muchos estudios sobre la estimulación temprana han demostrado es preciso ser prudentes en la valoración que haga de las posibilidades de esta frente a algunos casos, pues a veces se consiguen resultados sorprendentes, y otras los avances conseguidos son mínimos y no guardan relación con el esfuerzo realizado. Aunque cualquier progreso que se consiga por mínimo que sea, es deseable si en conciencia podemos atribuirlo al trabajo desarrollado por la estimulación temprana.

Por último, comentar que en el grupo de niños donde mejor se observan los importantes resultados de la aplicación de estas técnicas es en aquellos donde el retraso psicomotor viene dado como consecuencia de factores socio-económicos-culturales. Esto es de una gran importancia, dado que la mayoría de los casos las familias de estos niños no suelen tener conciencia de que exista un problema. Este surge posteriormente cuando el niño ya es mayor y en general se descubre a través de la inadaptación y el fracaso en la escuela.

Como conclusión se debería tener en cuenta lo siguiente sobre la eficacia de la estimulación temprana, ya que muchos autores coinciden en lo mismo:

Bastantes experimentos apoyan la idea de la plasticidad del sistema nervioso central en los bebés de cero a dos años.

Si es así y creyendo en esto, se deberá considerar que una estimulación adicional y programada realizada en esos momentos, puede ser capaz de incidir en

la red de sinapsis que se producen en su organismo como respuesta a estas estimulaciones produciendo modificaciones en los patrones de conducta y en la adaptación del niño al medio.

Por todo esto se considera que la estimulación temprana es un gran instrumento psicopedagógico que se posee para mejorar el pronóstico de los niños afectados por deficiencias de todo tipo.

Los niños que nacen y se desarrollan normalmente dentro de un grupo familiar adecuado, reciben una atención y estimulación natural y espontánea, que será suficiente para garantizar su futuro desarrollo.

La satisfacción de las necesidades del niño pequeño y la necesidad que tiene de experiencias psico-sensorio-motrices, están garantizadas en estos casos, ya que los padres han asumido adecuadamente su papel.

Sin embargo, dados los escasos conocimientos que nuestra población tiene sobre psicología y educación infantil, sería necesario que los padres de niños normales recibieran también una información sobre como es el niño pequeño y como se le puede ayudar en sus primeros pasos de relación con el mundo que les rodea.

En el caso de los niños deficitarios, su relación con el mundo que les rodea está sin duda distorsionada y sus padres pueden encontrar especiales dificultades en el desempeño de su papel. Por estas razones la Atención Infantil Precoz aparece en estos casos muy conveniente, y a veces imprescindible, si lo que se pretende es lograr que estos niños desarrollen sus capacidades hasta donde sea posible.

En este sentido, entendemos que la atención que se debe prestar al niño:

Debe ser una acción dirigida al niño en su conjunto, entendiendo ésta como una organización **bio-piso-social**, y no la recuperación aislada de una función perturbada. Puesto que es todo el desarrollo del niño al que se encuentra comprometido, es este el que habrá que afrontar.

Debe ser una acción progresiva, ya que el niño es esencialmente un ser en desarrollo y en continua evolución.

Debe tener muy en cuenta el medio en el que el niño está inmerso y especialmente el medio familiar. Este ambiente va a ser el que le va a proporcionar las experiencias necesarias para su desarrollo. Mejorar o modificar este medio, cuando sea necesario, debe ser una tarea de vital importancia. La participación de los padres en el Programa que se establezca, es imprescindible desde esta perspectiva.

Debe comenzar lo más precozmente posible, es decir desde que el problema haya sido detectado. De ahí la importancia de una vigilancia adecuada del embarazo, del parto y de los primeros años de la vida del niño. "Después de una larga experiencia en caso de **cerebropatías**, hemos llegado a la conclusión que la edad más precisa, yo diría la edad de elección, la única edad que nos da garantías de una recuperación máxima son los dos-tres años de la vida" (Profesora Colli).

La función de los padres es muy importante, su participación se centra fundamentalmente en su desempeño de una función auxiliar en las actividades educativas y relacionadas con el desarrollo de sus niños. En algunos casos los padres deberán asumir competencias instructivas importantes, recibiendo en primer lugar una formación y, con posterioridad, administrando componentes de la intervención y registrando los progresos realizados. Otras veces, los padres deberán continuar en el hogar las actividades iniciadas en los centros, reforzando los aprendizajes integrados en el curso de la intervención.

También debemos hacer notar que en La Paz solo existe un centro público donde se da atención de Estimulación Temprana que es del gobierno, que si bien cuenta con bastante material de trabajo, no abastece para el gran número de niños que requieren de este servicio, si se pudiera atender a más niños con deficiencias del tipo que sean podríamos también disminuir el fracaso escolar, claro está que se necesitarían campañas en las cuales

14. BIBLIOGRAFIA

T. Field, 1996, Primera Infancia (De 0 a 2 Años), Madrid, Serie Bruner Ed. Morata

D. Newman, P. Griffin, M. Cole, 1998, La zona de construcción del conocimiento, Madrid, Ministerio de Educación y ciencia Ed. Morata

A. Willis, H. Ricciuti, 1997, Orientaciones para la escuela infantil de cero a dos años, Madrid, Ministerio de Educación y Ciencia Ed. Monta

Jerónimo Párraga, Jaime Rodríguez Sacristán, 1994, Técnicas de Estimulación precoz, Una programación experimental, Sevilla, Publicaciones de la Universidad de Sevilla

Varela Juan Antonio, 1998, La estimulación temprana en nuestros tiempos, Sevilla, Publicaciones de la Universidad de Sevilla

Ajuriaguerra, 1976, Manual de Psiquiatría infantil, Toray Masson

Brunet — Lezine, 1978, Desarrollo Psicológico de la Primera Infancia, Madrid, Pablo del Río Editor

Coriat, L., 1994, Maduración Psicomotriz en el primer año del niño, Buenos Aires, E. Hemisur

González Mas, R., **Estimulación** sensoriomotriz precoz

Molina Costallat, 1977, La coordinación visomotora y dinámica y manual en el niño infradotado, Buenos Aires, Ed. Lozada

Cabrera Palacios, 1998, La **estimulación** precoz Un enfoque Práctico, **Madrid**, Siglo XXI de Esparta Editores, S.A. 51a Edición

Jordi Salvador, 1989, La Estimulación Precoz en la Educación Especial, Buenos Aires Ceac

Henry C. Ellis, Fundamentos del aprendizaje y procesos cognitivos del hombre

María Teresa Mango de Narváez, Eloisa Infante de Ospina, María Elena López de Bernal, 1994, Estimulación Temprana, **Madrid**, Ediciones Gama

