



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

“IZTACALA”



U.N.A.M. CAMPUS IZTACALA

001  
31921  
R5  
1984-4

LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCION PARA EL  
RETARDO EN EL DESARROLLO



U.N.A.M. CAMPUS IZTACALA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A N

MARTHA RUIZ LOPEZ  
MA. CONCEPCION VAQUERO CAZARES



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

"EL SABER Y EL ENTENDIMIENTO SON LOS  
FIELES COMPAÑEROS DE LA VIDA, QUE  
NUNCA TE SERAN DESLEALES. PORQUE  
EL CONOCIMIENTO ES TU CORONA Y EL  
ENTENDIMIENTO TU BACULO; Y NO PODRAS  
POSEER MAYORES TESOROS CUANDO LOS  
LLEVAS CONTIGO "

GIBRAN JALIL.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES:

CONCEPCION LOPEZ DE RUIZ  
FRANCISCO RUIZ RIVAS.

CON TODO MI AMOR POR TRASMITIRME SU FORTALEZA  
Y APOYO DURANTE MIS ESTUDIOS.

MARTHA.

A MI MADRE:

ANGELINA CAZARES DE VAQUERO  
POR DARME SU DULZURA  
Y CONFIANZA.

A MI PADRE:

JESUS VAQUERO SANCHEZ  
POR ENSEÑARME QUE LA  
HONESTIDAD CON UNO MISMO  
ES LO MAS IMPORTANTE.

CONCEPCION.

**IZT. 1000847**

Introducción - - - - -	1
CAPITULO 1. PREVENCIÓN - - - - -	6
1.1 Concepto y Clasificación de Prevención - - - - -	6
1.2 Limitaciones para la Acción Preventiva - - - - -	10
CAPITULO 2. PROGRAMAS Y PLANES DE PREVENCIÓN - EXISTENTES - - - - -	14
2.1 Programas de Prevención - - - - -	14
2.2 Planes de Prevención - - - - -	27
2.3 Conclusiones - - - - -	38
CAPITULO 3. FACTORES BIOLÓGICOS Y SOCIO-CULTU- RALES QUE INTERVIENEN EN EL DESA-- ROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO - - - - -	40
3.1 Factores Biológicos - - - - -	41
3.1.1 Factores prenatales y perinatales - - - - -	43
3.1.2 Factores post-natales - - - - -	46
3.2 Procedimientos Médicos de Prevención en la Detección de Anormalidades Biológicas - - - - -	49
3.3 Factores Ambientales - - - - -	52
3.4 Conclusiones - - - - -	58
CAPITULO 4. LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA - - - - -	61
4.1 Conceptualización de Estimulación Temprana - - - - -	65
4.2 La Estimulación Temprana en Niños con Retar- do en el Desarrollo - - - - -	71
4.3 La Participación Directa de los Padres en el manejo de la Estimulación Temprana - - - - -	91

4.4 Conclusiones - - - - -	106
CAPITULO 5. LA INSERCIÓN DEL PSICOLOGO EN LA - PREVENCIÓN - - - - -	110
CAPITULO 6. ALTERNATIVAS DE PREVENCIÓN PARA EL RETARDO EN EL DESARROLLO - - - - -	129
6.1 Detección y Tratamiento Temprano - - - - -	136
- Alternativas a primer nivel - - - - -	136
- Alternativas a segundo nivel - - - - -	141
- Alternativas a tercer nivel - - - - -	146
6.2 Legislación y Apoyo Institucional - - - - -	152
CONCLUSIONES GENERALES - - - - -	159
BIBLIOGRAFIA - - - - -	166

## INTRODUCCION

Se ha observado que en los últimos años se ha ido incrementando progresivamente la población de niños con retardo en el desarrollo, existen datos en muchas ciudades y regiones que verifican el alto índice de niños con incapacidades físicas, mentales y sensoriales que interfieren en su desarrollo normal y requieren de una educación especial. Como es el caso de un estudio realizado por la Secretary General of Rehabilitation International donde 15 de cada 100 niños, necesita educación especial con medidas rehabilitatorias y la proporción de niños incapacitados en ciudades en vías de desarrollo, pareció ser más alta que en las ciudades desarrolladas. En 1975, se registraron en Norteamérica, más de 6 millones de niños incapacitados, más de 11 millones en Europa, 13 en América Latina, 18 millones en -- Africa y 88 millones en Asia. Y, en base a estos datos, puede predecirse que para el año 2000, habrá 190 millones de niños con retardo en el desarrollo en el mundo, de los cuales 150 millones de ellos se reportarán en los países - en vías de desarrollo (Rehabilitation International, 1980).

Indudablemente, también en México se presentan datos aterradores sobre la incidencia y aumento de problemas de retardo mental<sup>1</sup>, de audición y lenguaje, de aprendizaje, lisados del aparato locomotor, ciegos y débiles visuales, - inadaptados, e infractores. Ya que en 1950, del total de la población que era de 27'791,017 habitantes, 1'805,371 - (6.49%) presentaban problemas, en 1980 de 62'892,228, había de 4'402,000, a 4'455,000 (6.99%), que manifestaban de teriores. Por lo cual se espera que en el año 2000, de una población de 90'787,348 habrá 6'355,114, es decir el 6.99% de personas que tengan algún déficit (Ibarra, Del Toro y Rosales, 1973).

<sup>1</sup>Retardo  
Mental.- Concepto comunmente manejado por los médicos y -

Ante tal situación, el psicólogo se ha preocupado por crear programas de rehabilitación para corregir los diferentes -  
déficits que se presentan en algunas áreas del desarrollo -  
del niño, con el objeto de integrarlo a la sociedad.

↙ Sin embargo, se ha olvidado que otra de las principales -  
↘ funciones del psicólogo, es el evitar dichas alteraciones;  
es decir, crear y planear programas de prevención que a --  
atiendan a los factores determinantes del retardo en el de  
sarrollo antes de que se presente, o bien detectarlo tem--  
pranamente. Ligado a esta diferencia y/o carencia de in--  
vestigación en el campo de la prevención por parte del psi  
cólogo, se encuentran además, las limitaciones del trabajo  
de la prevención en la trascendencia que lleva en sí mismo  
A este respecto Broskowski y Baker (1974) y Roth (1982) ,-  
han señalado que existen problemas fundamentales, lo que -  
ocasiona una baja probabilidad en la elaboración de progra  
mas preventivos, tales problemas son:

- 1) Los resultados a largo plazo que no le permiten al psi-  
cólogo retroalimentar constantemente su trabajo.
- 2) La deficiente metodología en las medidas de evaluación  
que no permiten demostrar la utilidad y validez del pro-  
grama de prevención.

\*- - - - -  
algunos psicólogos no conductuales, en el cual el coefi-  
ciente intelectual, es el indicador determinante en la cla-  
sificación de retardo mental en los individuos, dicho térmi-  
no es equivalente al de retardo en el desarrollo, que ha -  
sido definido por Bijou y Baer (1976) en base a los reper-  
torios conductuales, el cual será utilizado a lo largo de  
este trabajo por estar de acuerdo con esta última defini-  
ción.



- 3) Que en los programas preventivos no existe una relación causal específica.
- 4) La distinción temporal lineal al definir el concepto de prevención (prevención primaria, secundaria y terciaria).
- 5) La complejidad que implica el llevar a cabo un programa preventivo que debe abarcar y considerar los factores - biológicos, sociales, económicos y ecológicos.
- 6) Las limitaciones y el poco apoyo de las instituciones - en la realización de programas preventivos. (Estas limitaciones en la aplicación de los programas de prevención se especificarán en el primer capítulo).

Por lo que consideramos necesario desarrollar una investigación sistemática y detallada en el campo de la prevención, suficiente para proporcionar al psicólogo herramientas que le permitan determinar las formas más adecuadas del cómo involucrarse e intervenir en la realización de programas de - prevención primaria, secundaria y terciaria.

Por lo tanto es imprescindible enfocarnos a las que serían las actividades primordiales del psicólogo de acuerdo a Ribes, Fernández, Rueda, Talento y López (1980), destacan entre otras dos áreas de prioridad social en la participación profesional de éste, que son: la producción de bienes y satisfactores primarios; y los programas de salud pública a nivel preventivo e institucional, constituyendo un profesional de apoyo a otros profesionales involucrados en las áreas mencionadas.

De ahí que los objetos de la actividad del psicólogo deben estar encaminados a:

- a) La rehabilitación, que sería el remediar los déficits -- en el campo individual o de grupos.

- b) Desarrollo, que comprenda la promoción de cambios que - facilitan la aparición de comportamientos que apoyen la educación y capacitación.
- c) La detección de problemas que comprenden las áreas de - evaluación y diagnóstico.
- d) La investigación para realizar medidas de evaluación, di- seño de tecnología y establecer habilidades interdisci- plinarias en el área de salud y del cambio social.
- e) Planeación y prevención relacionados a las modificacio- nes que el ambiente requiera, anticiparse a los proble- mas a mediano y largo plazo y difundir actividades pro- fesionales de apoyo a profesionales y no profesionales.

También consideran los autores que estos objetivos básicos deben desarrollarse fundamentalmente en los campos de la - salud pública, producción y economía, instrucción (procedi- mientos educativos informales), ecología y vivienda. Sin- dejar de tomar en cuenta el medio socioeconómico que puede estar determinado en las zonas urbanas y rurales desarro- lladas, urbanas y rurales marginadas.

En el aspecto preventivo el psicólogo es capaz de enrique- cer una tecnología a la instrucción masiva, a nivel comuni- tario, misma que aminore problemas de salud, a través de - la participación de los miembros de dicha comunidad.

Con ello, podemos observar que una de las funciones elemen- tales que debe cubrir el psicólogo en el campo de la salud pública, es la prevención, aspecto que no ha sido explora- do lo suficiente como para la elaboración de programas pre- ventivos que beneficien a la comunidad. Más aún, puede ad- vertirse esta necesidad de prevención en la gran inciden- cia del retardo en el desarrollo. Pues resultaría más eco

nómico y benéfico el introducir programas preventivos, que la propia aplicación de programas correctivos para la salud pública, que sólo se limitan a corregir los déficits de desarrollo ya manifiestos.

Así por todo lo anterior, el presente trabajo pretende dar una pauta para una investigación ulterior sobre la prevención del retardo en el desarrollo. Siendo nuestro objetivo general recopilar y analizar los trabajos efectuados en diferentes países, en el ámbito de la prevención a sujetos que presentan retardo en el desarrollo, con el fin de obtener elementos teóricos fundamentales que proporcionen alternativas de participación del psicólogo en dicho campo - con sujetos retardados, ajustándose tales alternativas a las condiciones y necesidades culturales, económicas y sociales del país.

PREVENCION

1.1 CONCEPTO Y CLASIFICACION DE PREVENCION

Una vez que se ha hecho notar la importancia y trascendencia de la prevención en la salud de los individuos, es necesario que primeramente se definan los conceptos de Salud Pública y Prevención y en base a ello proceder a desglosar las diferentes perspectivas de la prevención, su clasificación y sus limitaciones como tal.

Entonces, la Salud Pública "Es la ciencia y arte de impedir enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, educación de los individuos en higiene personal, organización de los servicios médicos y enfermerías, para el diagnóstico temprano y el tratamiento de enfermedades. El desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para conservación de la salud" (San Martín, 1980, p.p. 4 ).

Y la prevención "Es el tipo de intervención que tarde o temprano proporcionará la solución para la gran cantidad de problemas que constriñen la vida del hombre y la humanidad: desde la sobrepoblación, el crimen y la violencia, pasando por la disolución familiar, el alcoholismo y la farmacodependencia, hasta los desórdenes emocionales, la contaminación ambiental y los trastornos de salud". (Roth, 1982 pág. 4.)

En lo que respecta a la prevención e intervención temprana, De la Fuente (1980) las contempla desde el punto de ---

vista de la Salud Mental basada en la Biología, rechazando el campo propio de la Medicina; ya se extiende hasta el -- área social en varias direcciones. ( La Salud Mental implica la vida de las poblaciones dependiendo de su cultura y condiciones socioeconómicas. Pues sin duda la malnutrición la pobreza, la insalubridad, la ignorancia, la desorganización familiar y la marginación social incide en la salud mental e imprime su huella en problemas que son universales, generando otros que son característicos (enfermedades infecciosas, problemas de aprendizaje, retardo en el desarrollo físico y psicológico, etc. ).)

Generalmente se cree que la labor preventiva en el campo de la salud mental es utópica y que solamente se podría lograr a través de la transformación de la estructura social, por lo cual De la Fuente no está de acuerdo, ya que los escasos trabajos de prevención se han quedado a nivel teórico dado el descuido de las acciones realizadas en las circunstancias actuales de la ciencia aplicada.

( De ahí que existen 2 razones que explican el poco interés para mejorar las condiciones óptimas de salud en los sectores de Salud Pública y son:

- a) Razón de carácter histórico y general que son las actitudes negativas de la sociedad hacia los desórdenes mentales.
- b) "Razón sobre la opinión extendida de que la Medicina no cuenta con un cuerpo sólido de conocimientos acerca de las causas de los desórdenes mentales, conocimientos que son indispensables para prevenirlos y corregirlos." (De la Fuente, 1980).)

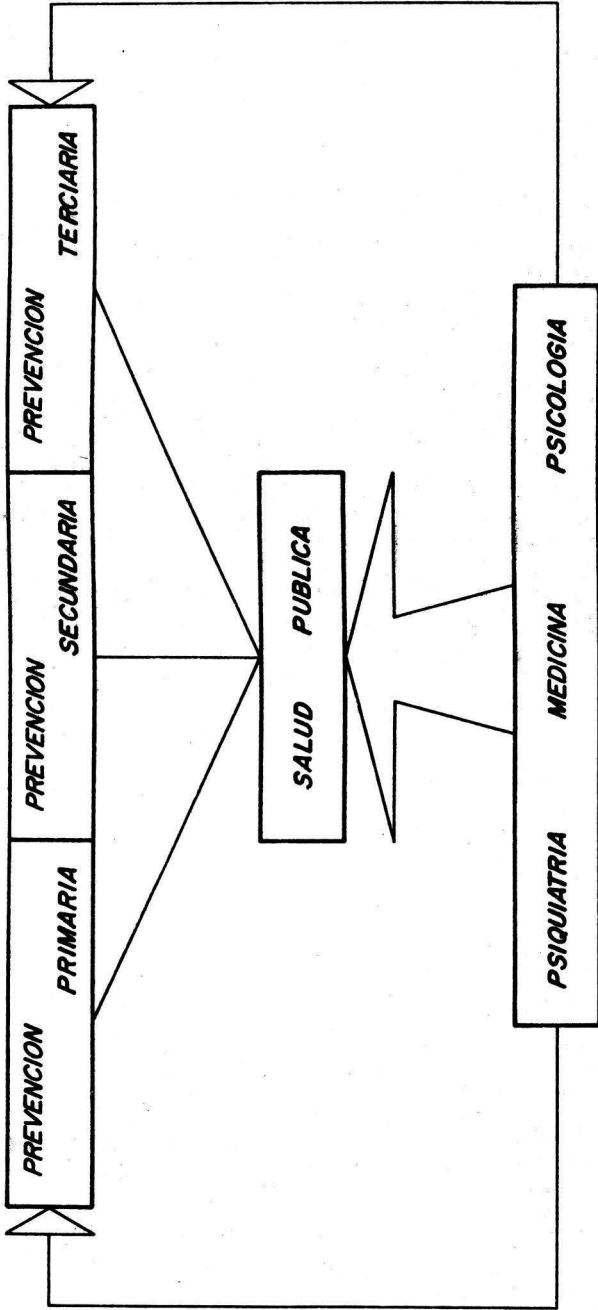
En base a la definición de estos conceptos y a una amplia-revisión sobre los diferentes puntos de vista de la prevención entre la Medicina, la Psiquiatría y la Psicología, se

encontró que las tres ciencias coinciden entre sí, acerca de la concepción de la prevención, quizás porque todas se apoyan en el modelo de la Salud Pública, el cual enfoca a la prevención en tres niveles, que son el primario, secundario y terciario. (Ver cuadro 1).

Así, Leavell y Clark (1965, citados en Reinherz, 1980), - Brokowski y Baker (1974), Caplan (1974), Bower (1975, citado en Brokowski y Baker 1974), De la Fuente (1980), Mora (1981) y Roth (1982) coinciden que la prevención primaria son todas aquellas actividades comprometidas de antemano hacia el impedir la presentación de factores que alteren la salud física y psicológica de los individuos, con la meta de evitar estas ocurrencias en la población potencialmente vulnerable (población de riesgo). Además la prevención primaria también incluye la promoción de una salud positiva a través del impulso de vida saludable. Esta, - desde luego reduce la incidencia de nuevos casos de problemas psicológicos en la población, combatiendo los factores negativos que operan en la comunidad, consolidando la capacidad de la gente a la resistencia para minimizar la probabilidad de incidencia del problema en cuestión.

En tanto la prevención secundaria se orienta a la intervención de aquellos individuos que se consideran propensos a manifestar el problema, es decir al diagnóstico temprano en estados precoces de enfermedad, para lo cual se eligen programas de identificación temprana. Así los problemas que no han sido prevenidos a nivel primario ni identificados prematuramente, se tratan a un nivel terciario que son los programas rehabilitatorios que intentan reducir la incidencia del problema una vez que se ha manifestado e identificado oficialmente la existencia objetiva del mismo.)

(Un ejemplo práctico dado por Mora (1981), es que aquellas acciones dirigidas hacia grupos específicos de población



El origen de la prevención primaria, secundaria y terciaria se encuentra en la salud pública, y a su vez - las disciplinas involucradas se apoyan en ella, trabajando hacia el campo preventivo en forma independiente.

identificadas por sus condiciones especiales de riesgo a fin de evitar un problema específico, sería la prevención primaria; y tratar el problema para eludir un daño potencial, sería la prevención secundaria, y buscar la rehabilitación del individuo ya afectado por el daño, sería la prevención terciaria (Mora, 1981).

Ribes (1975), menciona la gran dificultad para prevenir a un nivel primario la aparición del retardo, es dada por la diversidad de factores que intervienen en su determinación pues aún los aspectos biológicos que son más tangibles y perceptibles a cambios a través de intervenciones médicas son difíciles de prevenir y aun más limitadas son las intervenciones en los factores sociales y ambientales. Por ello, Ribes marca como estrategia de mayor accesibilidad la detección temprana del retardo como medida de prevención (nivel secundario), haciendo posible la detección de anomalías biológicas y la determinación de ambientes inadecuados. Y es en estos últimos, en donde se pueden lograr mayores cambios positivos en cuanto a la modificación de conducta; en cambio la mayoría de las anomalías biológicas suelen ser irreversibles.

Después de esta breve revisión cabe señalar que no compartimos la existencia de la rehabilitación como una prevención terciaria; es decir no consideramos que la rehabilitación sea prevención, dado que el daño o deterioros del desarrollo están manifiestos plenamente en el individuo y podrán parcialmente ser modificados, pero no evitar su presencia, pues la evitación efectiva debe ser antes de que ocurra el problema (prevención primaria) o bien, intervenir oportunamente para evitar daños mayores (prevención secundaria). A excepción de que se presenten los programas de rehabilitación en la primera infancia, entonces sí podría considerarse una forma de prevención.



2

## 1.2 LIMITACIONES PARA LA ACCION PREVENTIVA

Por lo que se ha planteado anteriormente podemos observar que la prevención primaria es la que merece mayor prioridad para evitar los problemas o anomalías que de antemano sabemos que van a acontecer. Sin embargo es a este nivel de prevención donde menos se ha trabajado, a lo cual Broskowski, Baker (1974) y Roth (1982) analizan algunas de las barreras que se presentan en la implementación y desarrollo de los programas de prevención primaria, identificando 4 barreras principales:

- 1) Definicional: Que incluye dos aspectos distintos, pero interrelacionados:
  - a) La distinción temporal lineal que implica los términos de prevención primaria, secundaria y terciaria.
  - b) Los modelos que se usan para explicar las causas de los fenómenos que se desean prevenir.

En el primer caso, la prevención primaria se refiere a la reducción de la incidencia de nuevos casos en la población; la secundaria concierne a la reducción del número de casos existentes en la población; y la terciaria es la reducción del grado de inhabilidades permanentes. Y es precisamente la definición de cada caso, la que marca una distinción temporal lineal en los tres niveles de prevención.

En el segundo caso, la secuencia temporal lineal, antes y después del diagnóstico, se encuentra fuera de la lógica de un modelo de causa y efecto que usualmente se utiliza para explicar el impulso o desaparición del fenómeno, sin tomar en cuenta los agentes socio-culturales inmersos.

- 2) Complejidad Sistemática: Cassel (1970, 1971 y 1973 citado en Broskowski y Baker 1974),<sup>4</sup> analiza los factores ambientales, biológicos y sociales como elementos básicos en la prevención; ya que la alternativa de un simple modelo lineal de causa y efecto (retomado por las ciencias médicas de la Salud Pública) aisladamente, no considera en ningún momento dichos factores. Por ello el análisis de Cassel propone a la prevención la implementación de habilidades a la población para responder a cambios rápidos, así como la habilidad de cada integrante de la población para llevarlas dentro de sí como valores internalizados o bien como normas referentes al grupo al que pertenecen.

Algunos trabajos de Kelly (1966, 1968 y 1971 citado en Broskowski y Baker 1974), demuestran la necesidad del entendimiento de las complejidades ecológicas en la planeación e intervención preventiva a nivel de instituciones sociales, tales como la escuela. De ahí que Broskowski y Baker (op.cit) presentan como alternativa al modelo lineal de causa y efecto al desarrollar la utilización de un modelo general de sistema abierto, es decir, que se consideran los factores sociales, ambientales, biológicos y ecológicos no limitándose a la causa y al efecto del fenómeno a prevenir, tomándose en cuenta que las investigaciones deberán atender a una estrategia de detección y tratamiento temprano muy a pesar de que estas bases estén tomadas de las incapacidades biológicas.

- 3) La Demostración: Esta barrera es de suma importancia -- por la dificultad de probar por sí mismo el programa de prevención primaria, su validez y utilidad; ya que la efectividad de la demostración sirve como fuerza de retroalimentación, reforzamiento subsecuente y mantenimiento de fuentes necesarias, además también es un problema relevante la evaluación de los programas preventivos

vos durante la investigación, donde las técnicas y metodología utilizada en dichos programas (variables múltiples y ortogonales y análisis estadístico diferencial) son inadecuados para valorar la complejidad de organización en los servicios de los programas preventivos, de lo contrario sucede en los programas rehabilitatorios - donde la constatación de los resultados son más o menos concretos y a corto plazo al cabo de una intervención.

- 4) La Demanda: Dado que la salud es un hecho que por sí sólo dificulta la organización y establecimiento en la definición de las necesidades de mantenimiento de un estado saludable. Por ello, aquellas investigaciones sin ocurrencia de "daño" o "enfermedad", rara vez son interesantes en actividades preventivas, y aquellas que presentan "daño" o "enfermedad" son de mayor interés en servicios de tratamiento (rehabilitación) y no como servicios preventivos. Y es así como los mismos profesionales, investigadores, las organizaciones y los valores culturales limitan las fuentes y necesidades de una sociedad en materia de programas preventivos. (Broskowski y Baker 1974).

En suma, se ha venido remarcando que uno de los mayores peligros de la prevención primaria es el entendimiento de la importancia de la salud; además del trabajo complejo a nivel personal, familiar y comunitario. Por lo que es necesario crear técnicas simples que sean accesibles y aplicables por la familia y la comunidad y a su vez, éstas sean transmitidas por los diferentes profesionales involucrados, esto nos llevaría a un progreso más rápido y motivante. En }  
tonces, los elementos importantes para llevar a cabo una }  
estrategia de prevención son los siguientes:

- a) Empezar por conocer los conceptos de desarrollo del niño.

- b) Basar la investigación en proyectos relevantes.
- c) Intercambiar experiencias en pequeños grupos.
- d) Experimentar sobre los métodos y aplicación (elegir el método más efectivo, técnicas de intervención de bajo costo, adaptación de los sistemas de educación y entrenamiento a la familia en base a las condiciones de la comunidad, ya sea rural o urbana, identificación de técnicas para modificar las actitudes y conductas de la comunidad hacia los niños impedidos).
- e) Preparación y entrenamiento al personal (profesionales) a nivel institucional, así como entrenamiento a no-profesionales, en la comunidad.
- f) Información y entrenamiento en el manejo del material.
- g) Organización y planeación de los servicios estatales.
- h) Abocarse a nuevas rutas de acción, contando con los líderes comunitarios, profesionales y familias para la concientización sobre la prevención de deterioros e inhabilidades y de la rehabilitación, rompiendo -- con la información de conceptos erróneos tradicionales y supersticiosos. (Rehabilitation International, 1980).

Una vez definida la prevención y limitaciones que guarda consigo su aplicación, es interesante conocer los trabajos efectuados en el campo de la prevención especificados en el capítulo siguiente, los cuales retoman algunos elementos señalados en párrafos anteriores.

CAPITULO 2

PROGRAMAS Y PLANES DE PREVENCIÓN EXISTENTES

El propósito de este capítulo es el de proporcionar una información general sobre los programas de prevención efec--tuados y planes a futuro en México y en otros países, así--como un breve análisis sobre los mismos.

2.1 PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Empezaremos por citar que hasta <sup>en</sup> el continente Africano ha--surgido la inquietud en la realización de programas preven--tivos, llegando más allá de los planteamientos, particular--mente en Botswana se llevó a cabo un programa de preven---ción y rehabilitación de las inhabilidades, después de un--estudio estadístico efectuado en 1976 donde se determinó -un alto porcentaje de niños y adultos incapacitados, reque--riéndose la creación de programas preventivos, por parte -del gobierno de Botswana que designó a 3 asistencias res--ponsables: The Royal Commonwealth Society for Blind, G. E. Salwsbury; -MBE y Henry Brown; -ILD Regional Adviser in Voca--tional Rehabilitation. Se sugirió llevar a cabo un progra--ma de rehabilitación comunitaria que ofreciera un trata---miento en las habilidades de diagnóstico terapéutico, téc--nico educacional, vocacional y social, para lo cual se ela--boró un manual especial para el entrenamiento en la comuni--dad.

En el programa se utilizó al máximo las fuentes existentes de la comunidad tomando en cuenta las necesidades y facili--tando su acceso al programa que se inició originalmente en la capital de Gaborne y se extendió a través de la Repúbli--ca. De manera, que el gobierno consideró importante elabo--rar un programa preventivo como nivel primario a la rehabi--litación, éste pretendía abarcar los servicios básicos de

salud y una distribución por toda la ciudad, enfatizándose en áreas rurales y peri-urbanas. Se dió prioridad a la --- creación de programas especiales unitarios para trabajar - integralmente a los servicios básicos con el apoyo finan- ciero gubernamental y por donaciones de los ciudadanos.

Las unidades que comprendían el programa son: Salud Educa- tiva, Planificación Familiar, Nutrición, Enfermedades Comu- nicables y Epidemiología, Sanidad Ambiental, Prevención pa- ra la Invalidez, Salud Dental, Salud Mental y Programas de Salud Ocupacionales. Además se crearon centros de educa- ción especial para ciegos, sordos, retardados e incapacida- des físicas; así como centros de orientación vocacional, - servicios en los que efectuaban actividades los incapacita- dos.

Se observó en las familias una baja participación como en- trenadores; ya que el manual estaba en inglés. De ahí que las áreas de acción adicional y futura para mejorar los -- problemas encontrados, pueden ser atacados a través de:

• i) Programas educativos para padres, maestros y para - la comunidad haciéndose sentir como un elemento -- fuerte, la educación especial incluida en el curricu- lum para el entrenamiento de los maestros.

• ii) Soporte financiero para familias con personas inca- pacitadas.

• iii) Soporte "emocional" a dichas familias para disminu- ir el stress de la auto-culpa y otros problemas por medio de visitas regulares e información pública pa- ra motivar a la comunidad en la participación del - cuidado de los incapacitados.

• iiiii) Traducir el manual a Botswana (Lengua Bantú, Níger- Congoleña).

- iiiii) Incrementar el número de educadores de Bienestar - Familiar, los cuales pueden visitar a las personas (clientes) regularmente como un trabajo social adicional, de manera que funcione como supervisión de nivel secundario.
- iiiiii) Introducir grupos de soporte de padres.

• Y los planes a futuro son:

• a) Implementar el programa extensivo, mantenido con diferentes organizaciones voluntarias, las cuales introducirán y sostendrán el programa de servicios voluntarios.

• b) Educación continua para supervisores y trabajadores de nivel secundario, talleres y seminarios que se organizarán para extender trabajadores voluntarios y maestros sobre los problemas y necesidades de los incapacitados, métodos de ayuda y prevención.

• c) Política y legislación, el ministro de educación ha planeado junto con la UNESCO un taller en el cual se discuta la política sobre educación especial y el Consejo Nacional de Botswana para los In- incapacitados, ha llevado a cabo un trabajo sobre la planeación política para la rehabilitación. Además de establecerse dos funciones.

- 1) Sostener juntas y establecer comisiones en los distritos para identificar los problemas y necesidades de los incapacitados.
- 2) Sensibilizar a la población de las necesidades y derechos de las personas incapacitadas, dispersando los prejuicios y actitudes negativas. (Sebina y

Kgosidintsi, 1981).

Ahora bien, con este programa preventivo de Botswana, se detecta que en este país, muy a pesar de sus condiciones económicas y bajos recursos humanos, han logrado rebasar dichas barreras, creando alternativas aplicables, ajustadas a sus necesidades y sobre todo apoyadas por el Estado Lo cual es un ejemplo para muchas de las naciones que cuentan con recursos económicos y humanos, capaces de contribuir con los programas de salud, y más aún tratándose del retardo en el desarrollo que está incrementando progresivamente y requiere de una verdadera atención que puede lograrse a través del trabajo comunitario, como es el caso de Botswana.

Otro ejemplo de un programa de prevención comunitaria es el de Philippines (1980), que nos reafirma el cómo podría disminuirse el porcentaje poblacional de incapacitados al llevar a cabo programas de asistencia médica, nutricionales, educativos y sobre todo programas de detección y estimulación temprana por medio de la labor del gobierno, la comunidad y el sector privado, permitiéndose así abarcar a la mayoría de la población ( en este caso villas semi-ruales), aceptándose con ello, las grandes posibilidades de llevar a la práctica el trabajo comunitario. (Tompar-Tiu , Assistant Director, Mental Feeding Programme Nutrition Center of the Philippines, Manila, 1981).

En los Estados Unidos de Norteamérica The State Implementation Grant (SIG), ha realizado un programa de 1976-77 en 13 estados; 1977-78 en 20 estados y 1978 al 79 en 23 estados, en total se abarcaron 56 estados, con el propósito de proporcionar intervenciones tempranas a niños con necesidades especiales, contrarestando las diversas barreras existentes como: la carencia de programas de estimulación temprana, deficiencia de instrumentos, procedimientos y crite



rios para identificar a los niños que requieren de este servicio y además la mínima y tardía participación de los profesionales involucrados en este ámbito para intervenir oportunamente, sin dejar de considerar también el alto costo -- que ameritan los programas de educación especial. Para lo cual SIG, llevó a cabo un programa de entrenamiento a maestros para adquirir habilidades más específicas en el manejo de estos niños y de proveer guías de desarrollo y estandarizar los programas de educación temprana especial. El programa incluyó:

- 1) Un sistema de desarrollo que consistió en unificar y expandir los servicios; ya sean públicos o privados hacia los programas de educación especial, coordinando así los recursos humanos necesarios, dado a la demanda existente de niños pequeños incapacitados.
- 2) Medidas pertinentes que comprenden la elaboración de programas y coordinación entre las diferentes agencias, entrenamiento a padres y/o personal y en general en necesidades administrativas.
- 3) La planeación para establecer metas y objetivos específicos, de acuerdo a los requerimientos de cada estado.
- 4) El manejo del programa que involucra los procedimientos de desarrollo y aspectos políticos en cuanto al empleo - fiscal.
- 5) La coordinación de fuentes fiscales y programáticas. El entrenamiento contempló a los administradores escolares, al personal educativo, padres, facultad universitaria, el personal comunitario de cada agencia y los legisladores.
- 6) El enfatizar el entrenamiento a padres para lograr mayor contacto a través de conferencias, descripción del perso

nal que atiende a los niños, la importancia de la efectividad de los padres y relaciones entre la casa y la escuela. Elaboración de juguetes educativos con instrucciones específicas para cada nivel de desarrollo del niño.

- 7) La asistencia técnica que controla las medidas convenientes para la misma.

Este último programa en realidad sólo presenta consideraciones generales para la aplicación de los programas preventivos, donde se mencionan únicamente las variables independientes empleadas (entrenamiento a padres y a maestros); pero no se indica cual fue su procedimiento ni los resultados obtenidos en el programa.

Además puede advertirse que en los programas de prevención de Philipinas y Botswana, no sólo se encaminan a la prevención del retardo en el desarrollo, sino que en general procuran una salud pública que determina y refleja el bienestar y productividad de una comunidad.

Y precisamente uno de los programas de prevención con más tendencia a la prevención del retardo en el desarrollo, es el programa efectuado por el departamento de salud en la ciudad de Nebranska en los Estados Unidos de Norteamérica, el cual ha sido el responsable del desarrollo e implementación de investigaciones científicas y programas educativos necesarios para crear métodos de tratamiento, prevención y cuidado de los defectos del nacimiento.

- Para desarrollar tales programas preventivos, consideraron como punto de partida el establecer un registro de los defectos del nacimiento, además los puntos comprendidos en el programa de prevención son:

- A) Servicios educativos provistos a los profesionales de la salud, como serían talleres, conferencias, discursos y pláticas. Basados en los temas de RH, rubeola, consejos genéticos, detección en el útero de defectos genéticos y amniocentesis.
- B) Proveer los servicios de diagnóstico prenatal, tanto en las madres con historia de anomalías genéticas como en los casos que se observan alteraciones físicas presentes. (Eisen, Schilifert y Back, 1974).

Como puede observarse en este programa llevado a cabo en Nebraska, se ve limitada la prevención hacia un horizonte de tipo médico y sólo a un nivel informativo a los profesionales involucrados en el campo de la salud; pero el programa no implica la participación activa de los profesionales (ya sea el psiquiatra, psicólogo, educadoras, etc.), - quiénes pueden colaborar junto con el médico, de contar -- con las herramientas necesarias en la detección de anomalías biológicas en las madres, en el feto y en el neonato; sin embargo, a pesar de sus aportaciones tan válidas en el aspecto anatómico y fisiológico, no pueden ir más allá de su campo sin la ayuda de los otros profesionales. De tal manera que la prevención sólo queda a un nivel de detección, sin contar con programas sistemáticos que impliquen un seguimiento de los deterioros o alteraciones de los niños, aún después del parto, donde se vería la necesidad de la participación de los otros profesionales.

Así también en México se está intentando la implementación de programas de prevención primaria y secundaria en el problema del retardo en el desarrollo por parte de algunas -- instituciones, tal es el caso del Instituto Nacional de Perinatología del Desarrollo Integral de la Familia (DIP), el cual tiene como objetivo terminal el de: Planear sistemas normativos para la investigación, docencia y asistencia, - que permitan mejorar las prerrogativas de salud materna, fe

tal y neonatal, en la población mexicana;

Dentro de los objetivos intermedios de la institución, cabe destacar los siguientes:

- Evaluar los conocimientos de los aspectos etiológicos, clínicos y epidemiológicos del embarazo de riesgo elevado y su repercusión en la reproducción humana;
- Registrar en forma temprana los embarazos de riesgo -- elevado y por consecuencia, los recién nacidos provenientes de este tipo de gestaciones;
- Desarrollar y evaluar técnicas diagnósticas y recursos terapéuticos útiles en el embarazo, feto y neonato de riesgo elevado;
- Valorar el ambiente fetal, el estado del feto y los -- cambios endócrinos y bioquímicos que tienen lugar durante el embarazo normal y patológico;
- Analizar los estudios citogenéticos y su aplicación a los servicios de Genética Clínica;
- Evaluar las condiciones materno-fetales durante el parto;
- Interpretar y cuidar de los mecanismos de adaptación --

del recién nacido de riesgo elevado y su evolución dentro de los primeros 28 días de la vida extrauterina.

- Planear la organización para integrar servicios aplicativos en los tres niveles de atención médica, dentro del campo de la medicina perinatal;
- Proponer las técnicas más eficaces al alcance de las Unidades Médicas del país, para la prevención, diagnóstico y tratamiento dentro del campo de la medicina perinatal;
- Aplicar programas sanitarios materno-infantiles en pacientes de riesgo elevado.
- Investigar las relaciones psicosociales y culturales de los factores interpersonales, familiares, comunales, regionales y étnicos que afectan a la mujer y a sus actividades frente a la conservación de la salud y responsabilidad familiar;
- Preparar personal capacitado en el área de la medicina perinatal en los campos de asistencia, docencia e investigación;
- Proponer sistemas de capacitación y evaluación de los casos con secuela derivada de la época perinatal;

- Planear y coordinar los Comités de Mortalidad Materna y Perinatal;

Encontramos el área de psicología en un solo departamento, pero con dos modalidades: División de medicina preventiva, psicología clínica y psicología del crecimiento y desarrollo.

A continuación describiremos las funciones de cada sección por separado:

El primer contacto lo establece la paciente con el médico, tanto el ginecobstetra como el médico general y después -- con la trabajadora social; el contacto con psicología sólo se establece cuando a criterio (subjetivo) del médico, considera que debe pasar. Por ejemplo cuando está muy tensa, ya sea por problemas con la pareja o por algún riesgo del producto, entonces se canaliza a psicología.

Dentro de Psicología sus funciones serán: a) Aplicación de una entrevista. b) Evaluación, que consiste en la aplicación de las siguientes pruebas para su diagnóstico -MMPI, HTP, TAT, en términos generales aplican una batería que incluye pruebas psicométricas como proyectivas. c) Tratamiento, éste se da posteriormente y consiste en dar terapia de grupo, breve, de apoyo, terapia de pareja, terapias en su mayoría dinámicas. Para fines administrativos una hoja de clasifi

cación es llenada por los psicólogos. d) Resultados y Seguimiento. Se da por terminado el tratamiento cuando la paciente deja de presentar la sintomatología no sólo de forma verbal y a nivel de cubículo, sino que hasta que el reporte de la paciente coincida con la gente que está a su alrededor (médicos, parientes, etc). Hay que aclarar que los psicólogos sólo emplean el criterio personal y como ellos mismos califican (subjetivo), para dar de alta a un paciente. No hay seguimiento. e) Investigación. Aquí en este rubro, el Depto. de Psicología Clínica se aboca a permitir que cada integrante estudie lo que más "le guste" o "prefiera", sin tener un esquema troncal de investigación, v.gr. una de las psicólogas está investigando la relación que existe entre: ser madre soltera y los índices de riesgo (alto, intermedio, bajo) durante la gestación y en el parto mismo.

Esto es de manera global, lo que el departamento de Psicología Clínica hace. Hay que comentar que no existen objetivos de trabajo definidos ni escritos.

El Departamento de Psicología del Crecimiento y Desarrollo, tiene como objetivos de trabajo los siguientes:

- Seguimientos de las madres y bebés que hayan sido diagnosticados como de alto riesgo.
- Diagnosticar a bebés con problemas para hacer detección temprana y proceder a su canalización a los centros idó-

neos, v.gr. niños Down, con Parálisis Cerebral, con Hipoacusia, etc.

- Aplicar instrumentos de diagnóstico e investigar su nivel predictivo (Escala de Percepción Materna, Perfil de conducta motriz, Brazelton, Gesel, Uzgiris).

En este Instituto existen 3 áreas principales para el diagnóstico temprano, donde se lleva a cabo en forma independiente un diagnóstico fisiológico, neurológico y psicológico, -- los cuales se integran posteriormente bajo un trabajo multidisciplinario con la finalidad de detectar tempranamente las anomalías de los recién nacidos. Pero desafortunadamente, esta labor está limitada a una población reducida, determinada por las zonas circunvecinas al Instituto. (Instituto Nacional de Perinatología, 1982). Además, esta tarea queda sólo a un nivel de detección temprana y no de tratamiento oportuno; ya que no existe la conexión o canalización con otros centros que puedan proveer a los niños de un tratamiento temprano. (Centros de Estimulación Temprana).

Por otra parte la Secretaría de Educación Pública está trabajando a un nivel de prevención secundaria con la elaboración de programas de estimulación temprana dirigidos a niños con problemas visuales, auditivos, de lenguaje, motricidad y retardo en el desarrollo;

Aunque estos programas todavía no se están llevando a cabo ,



dado que se encuentran en proceso de elaboración y revisión en el departamento de Planeación y Enseñanza de la SEP. Para los niños "normales" ya existen programas vigentes de E. T. elaborados por la misma Secretaría, para ser aplicados en las guarderías incorporadas a la misma SEP, de los cuales, aún no se han presentado reportes ni resultados.

Por su parte, la SSA, ha estado produciendo programas audiovisuales informales, dirigidos a los padres de familia, para proveerlos de herramientas de detección temprana en los problemas de aprendizaje de los niños. Estos audiovisuales son presentados en las clínicas de Salud de la SSA, en el área de consulta externa.

Existe también en el Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro, la Unidad Terapéutica para niños y adolescentes (UTNA), donde se están efectuando programas de estimulación temprana para niños pre-escolares, desde 1980, esta intervención terapéutica trata de abarcar los principales medios de los que el niño depende, que es la familia, la escuela y la comunidad, cuyo propósito es la prevención de los elementos que puedan ser nocivos para el desarrollo del niño. Uno de los complementos de dicho programa ha sido la elaboración de un manual de estimulación en el hogar para padres de niños de 3 y 4 años. Este trabajo se ha logrado a través de los esfuerzos de un equipo multidisciplinario, quienes pretenden en un futuro dar al programa una magnitud social y comunitaria, esto significa una gran aportación, aunque de-

hecho no podemos valorar metodológicamente este trabajo, -  
pues desconocemos sus procedimientos, técnicas y sistemas  
de evaluación, y aún no se han presentado resultados espe-  
cíficos sobre el programa de estimulación temprana, en cuan-  
to a esto último, lo mismo puede decirse de los programas de  
la S.E.P. y la S.S.A. pues se desconoce su metodología en -  
la aplicación o no aplicación (en los casos en que sólo han  
quedado en la teoría) de los mismos.

## 2.2 PLANES DE PREVENCIÓN

546

Existen también bosquejos de investigaciones sobre progra-  
mas de prevención que se han quedado a un nivel teórico y -  
no han llegado a la práctica misma, uno de estos casos es -  
el efectuado en Venezuela en donde se considera a la preven-  
ción desde una etapa preconcepcional hasta la etapa escolar  
del niño, con las cuales se puede elaborar un programa más  
completo de prevención.

- 1) Las preconcepcionales comprenden consejos y estudios -  
genéticos y detección de portadores (campanas de vacu-  
nación), desde dos puntos de vista: a) Examen prenupcial  
(enfermedades venéreas y alto riesgo materno) y b) Pla-  
nificación Familiar.
- 2) Prenatales, este control es de vital importancia, donde  
se incluyen el uso de técnicas que permitan la detec--

ción de procesos genético-metabólicos a través de diferentes procedimientos: a) Control prenatal b) Tratamientos específicos c) Amniocentesis d) Mejoramientos de las condiciones generales maternas e) Ficha de alto riesgo (historia médica) y f) Control nutricional.

- 3) Perinatales, que incluyen: a) Asistencia obstétrica óptima, b) Terapia intensiva obstétrica, c) Laboratorios especializados y d) Pruebas de bienestar fetal.
  
- 4) Neonatales como: a) Evaluación neonatal, b) Eficiente atención neonatal, c) Terapia intensiva, d) Mejorar los retenes y asistencia al prematuro, e) Ficha de alto riesgo y f) Detección de errores innatos del metabolismo y endocrinopatías.
  
- 5) Lactantes, donde se requiere de intensificar y ampliar: a) Programas de vacunación, b) Servicios de puericultura, c) Programas nutricionales, d) Clínicas de desarrollo y e) Servicios pediátricos. Y crear: f) Servicios de estimulación precoz, g) Laboratorios especializados, h) Servicios de genética y i) Servicios de puericultura.
  
- 6) Pre-escolar y escolar: a) Servicios de higiene pre-escolar y escolar, b) Detección de alteraciones neurológicas, c) Centro de información y tratamiento toxicológico, d) Accidentes y e) Servicios de higiene mental.

Y una vez que se ha detectado tempranamente a través de la ficha de alto riesgo y del control prenatal de la embaraza da, se detectan dos grandes grupos:

- I- Que incluye a las madres que tienen antecedentes - significativos y requieren de un control especial.
  
- II- Las madres que no presentan ningún antecedente; pe ro que puede existir la posibilidad de trastornos durante la gestación y en las etapas pre y post-na tales. Desde luego ambos grupos requieren de cuida dos especiales.

Estos planes tocan puntos muy específicos de prevención -- primaria al retardo sobre aspectos aparentemente relacionados a la medicina, sin embargo algunos de ellos como la - evaluación neonatal, estimulación temprana y la atención - pre-escolar y escolar, pueden participar otros profesionales y conformar un trabajo multidisciplinario. (trabajo -- inédito, Venezuela).

Por su parte la Who Secretarial (1976) ha indicado que las principales guías para una estrategia de prevención y rehabilitación debería ser:

- El de desarrollar programas generales de salud, nutri-- ción, bienestar y educación.

- Preservar lo mejor posible el proceso normal del desarrollo del niño y considerarlo como una medida de comparación en la validez de cualquier intervención del infante incapacitado.
- Tomar en cuenta la capacitación a la familia como principal instrumento para preservar el desarrollo normal del pequeño.
- Fuentes de acción comunitaria que provea un mayor soporte a las necesidades de la familia con problemas de este tipo en base a información y motivación conveniente.
- Entender los aspectos relevantes de las diferentes corrientes sobre los principios del desarrollo del niño ; - y emprender y dirigir el servicio hacia las instituciones responsables de la prevención y rehabilitación. (WHO Secretarial, 1981).

Este último proyecto plantea alternativas muy generales que son accesibles y aplicables a cualquier programa de prevención y que por lo tanto sólo nos proporcionan fundamentos básicos para la elaboración y aplicación de programas de -- prevención. Ya que, el cómo estará determinado por los recursos humanos, niveles socio-económicos y factores culturales específicos de cada población. Y precisamente sobre estos finales no podemos pasar por alto el modelo ecológico - de prevención operacionalizada mencionado por Clement (1980)

del cual podemos retomar fundamentos de gran importancia para la elaboración y aplicación de un programa preventivo.

Este modelo ha sido utilizado por la Comunidad de Consultantes de Salud Mental (CMHC) en Eugene Oregon, quienes han -- conducido numerosos programas de entrenamiento de preven--- ción, y durante 5 años de trabajo han descubierto que el ma yor problema se encuentra en el nivel de abstracción del - concepto de la prevención. Este nivel de abstracción, gufa - a la dificultad en la prevención operacionalizada en progra mas específicos. Por ello a lo largo de su experiencia CMHC ha desarrollado un modelo ecológico, el cual ha dirigido su esfuerzo en el entrenamiento, programación y evaluación de un programa de prevención!

El modelo ecológico en la prevención operacionalizada se en foca a la interacción entre el ambiente y las institucio--- nes primarias y secundarias. Donde las instituciones prima rias son las formas de organización social de la región. Y las instituciones secundarias incluyen las formas sociales- vinculadas a la expresión de actitudes y estatus relaciona dos con la cultura de la región, por lo que antes de elabor ar un programa de prevención, deberán detectarse las habi lidades de los participantes, condiciones geográficas, so- ciales y políticas, definiendo así los problemas. La mayor de las dificultades que se ha observado, es el tener la -- oportunidad para motivar el cambio. El programa de preven--

ción ecológica tiende a evitar la expansiva dependencia sobre los servicios profesionales, en lugar de ello, los para profesionales al par de la auto-ayuda sobre los grupos, incrementan la disponibilidad de servicios. Y finalmente diseñan actividades designadas específicamente para disminuir - la discrepancia entre la situación ocurrida y la meta a alcanzar.

De ahí que la CMHC ha llevado a cabo varios entrenamientos, tanto hacia las personas de la comunidad como a los profesionales de la "Salud Mental" sobre lo que sería un programa de prevención ecológica. El programa de entrenamiento -- contiene 4 áreas:

- a) Entendimiento de los patrones de conducta humana, proveyendo los conocimientos del cómo, la comunidad opera - un sistema ecológico.
- b) Diagnóstico de la comunidad y desarrollo comunitario a través de juegos de simulación y presentación, donde -- los participantes experimentan la importancia de considerar la comunidad como un sistema ecológico interdependiente. De esta forma se promueve un entendimiento de - los procesos y estructuras comunitarias; así como la es trategia de intervención para la comunidad.
- c) Proceso de grupo y desarrollo organizacional, en esta -

fase se proveen las habilidades necesarias para el trabajo efectivo con los grupos y organizaciones de la comunidad. Basándose en los sistemas teóricos aplicados a la Psicología Social de organizaciones de Katz and Kahn (1966) y los conceptos y técnicas de desarrollo organizacional de Schmuck, Runkel, Arendes and Arends (1977). También los patrones de conducta individual -- son analizados para determinar los factores que moldean la experiencia y conducta humana en una situación organizacional.

- d) Programa de desarrollo y evaluación, con el contenido de esta fase se provee a los individuos de habilidades para desarrollar y evaluar programas de prevención; empezando por un diagnóstico ecológico de la comunidad, determinando los objetivos concretos y específicos del programa para designar y planear las actividades.

De manera que los objetivos, actividades y estrategias de intervención se basan en los patrones de vida existentes de la comunidad. Para lo cual se hace uso de los siguientes principios ecológicos en la programación y evaluación de la prevención:

- I Adaptación:

- 1) Identificar y utilizar la naturaleza relevante y --



los sistemas de soporte social que son congruentes - con la prevalencia cultural y normas sociales de la población señalada.

- 2) Considerar el ambiente y la gente como fuente de soporte.
- 3) Incluir actividades designadas a realizar al ciudadano local y/o el entendimiento de los participantes y soporte del proyecto.
- 4) Incluir la evaluación necesaria para asegurar que el proyecto refleje las necesidades y valores potenciales de los participantes.
- 5) Considerar las diferentes perspectivas individuales y de grupo.
- 6) Utilizar recursos de enlace entre la población y el ambiente.

## II Interdependencia:

- 1) Crear oportunidades a la gente para funcionar en diferentes situaciones y en aquellas que precisamente se han presentado y elaborar nuevas reglas para las situaciones pasadas.

- 2) Crear y desarrollar nuevas situaciones para proveer un contexto apropiado en algunas conductas.
- 3) Incluir una comunicación funcional enlazada con grupos o individuos importantes.

### III Recursos Cíclicos:

- 1) Obtener necesariamente recursos tangibles, tanto como recursos cognoscitivos.
- 2) Crear oportunidades para desarrollar en la gente --- nuevas habilidades que puedan ser usadas en el futuro.
- 3) Crear oportunidades para desarrollar situaciones u organizaciones competentes que incrementen la responsabilidad al cambio.

### IV Sucesión:

- 1) Conocimiento de cambio, dar y usar el modelo de corrección para que continuamente se modifiquen las actividades del proyecto.
- 2) Incluir actividades que generen recursos futuros (dinero o locales).

3) Continuación del proyecto de acuerdo a la existencia de los participantes.

4) Usos históricos relevantes o información relacionada al proyecto.

Así la CMHC ha llevado a cabo alrededor de 50 proyectos de prevención, alcanzando a un 7% de la población; tanto en el estado de Oregon como en la ciudad (Eugene). Los participantes del entrenamiento y del programa han reportado -- cambios positivos como resultado de su involucración con este modelo de programación preventiva. El CMHC ve al modelo ecológico como un paso definido en la dirección del --- traslado de la prevención filosófica a la prevención aplicada, estando asociada al refinamiento y aplicación del modelo (Clement, 1980).

Dicho modelo ecológico de prevención puede proporcionar - puntos básicos para cualquier programa de prevención en el que se pretenda involucrar a la comunidad como principal - protagonista del mismo, llevándose a cabo la desprofesionalización necesaria para hacer más amplia la acción preventiva. Y muy especialmente en lo que respecta a nuestro objeto de estudio que es la prevención del retardo en el desarrollo sería demasiado ambicioso; sin embargo los resultados de cualquier programa preventivo serían más significativos si se aplicara un programa de entrenamiento sobre

prevención ecológica de este tipo antes de toda intervención preventiva, el cual proporcionaría las bases de organización de trabajo comunitario y detección de estrategias de intervención específicas a la comunidad y al futuro programa de prevención que se introduciría posteriormente.

### 2.3 CONCLUSIONES

La revisión de programas y planes de prevención existentes indican que no es imposible aplicar programas de prevención sobre todo cuando se utilizan los recursos humanos y económicos de la propia comunidad a donde se dirija el programa; además del apoyo institucional que pueda ofrecer el gobierno. Pues parece ser que el trabajo comunitario es el núcleo y fuente de la organización que emana la productividad y -- mantenimiento de los programas preventivos a menor costo a corto y largo plazo; pero bien es cierto que sí se requiere de una gran labor anterior con las comunidades y los profesionales involucrados en dichas tareas. Por lo cual surge -- la necesidad de elaborar primeramente un programa de entrenamiento sobre prevención ecológica a los profesionales de las ciencias sociales y médicas, y así ellos obtendrán las habilidades básicas para más adelante echar andar programas de prevención al retardo en el desarrollo bajo un verdadero trabajo multidisciplinario, haciendo partícipe a los miembros de la comunidad y cubriendo las necesidades existentes en la misma. Ya que de otra forma los programas de prevención continuarán presentando las deficiencias observadas -- hasta el momento, como la falta de:

- participación comunitaria.
- participación de los profesionales.
- formalización en la ejecución de los programas.



UNAM CAMPUS  
IZTACALA

- sistematización por carencia de instrumentos de evaluación.
- control de variables.

Y de esta manera los programas existentes no fructificarán ni cubrirán las necesidades esenciales de la Salud Pública y principalmente del retardo en el desarrollo.

**IZT. 1000847**

Al respecto del párrafo anterior, en todos los programas y planes de prevención expuestos, se exalta la necesidad de trabajar dichos programas fundamentalmente en: Programas de educación a padres, maestros, detección temprana, estimulación temprana y asistencia médica (atención en el desarrollo anatómico y fisiológico del niño antes, durante y después del embarazo).

De ahí que en los siguientes capítulos se mencionarán ampliamente cada uno de estos aspectos con la finalidad de comprender los elementos necesarios que deben incluirse en la elaboración de un programa de prevención del retardo. Así en el siguiente capítulo se revisarán los diferentes aspectos de la asistencia médica (factores biológicos) aunada a los factores socio-culturales determinantes del desarrollo del infante.



UNAM CAMPUS  
IZTACALA

## CAPITULO 3

FACTORES BIOLÓGICOS Y SOCIOCULTURALES QUE INTERVIENEN EN EL  
DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO

Empezaremos señalando que la historia materna previa a la concepción y durante todo el embarazo, la evolución del -- trabajo de parto y post-parto y todo signo de sufrimiento -- fetal son antecedentes importantes para la evolución del -- neonato, pues estos reflejan su historia genética y ambiental. Dado, que el desarrollo normal del feto está sujeto a la amenaza de una multitud de factores obstétricos (complicaciones maternas) y factores ambientales (condiciones de -- estimulación desfavorables, déficits nutricionales, etc) , -- que actúan por separado o en combinación, los cuales propi-- cian embarazos de alto riesgo o neonatos de alto riesgo.

Es necesario aclarar primeramente el término de embarazo de alto riesgo y neonato de alto riesgo.

Embarazo de alto riesgo es aquel cuyo feto tiene perspectivas mucho más altas de morir antes, durante o después del -- parto, o de sufrir alguna incapacidad más adelante. Y neona-- to de alto riesgo, es todo niño cuya existencia extrauteri-- na, cualquiera que sea su edad gestacional o peso de naci-- miento, se ve amenazado por una serie de factores (prenata-- les, natales y postnatales) que requieren de una asistencia

## médica especial.

En sí, todo recién nacido sano o enfermo, maduro o inmaduro, tiene que pasar por un proceso de transición para subsistir y adaptarse a la vida extrauterina. Esta transición es una evolución compleja que entraña tanto cambios funcionales de sistemas orgánicos (comienzo de la respiración, cambios de la circulación fetal o neonatal, modificaciones de la hemodinámica cardiovascular, alteraciones de las funciones hepáticas y renales) así como la reorganización de los procesos metabólicos para llegar a un estado constante de homeostasis postnatal. Una vez que los cambios funcionales y reorganizacionales (ajuste fisiológico) han evolucionado en forma satisfactoria, el niño está en condiciones de crecer y desarrollarse. De ahí la importancia de la valoración del niño en este período para determinar el éxito de los ajustes neonatales que son: vitalidad intrínseca (grado de perfección del neonato al momento de nacer, de acuerdo a los antecedentes fetales y de la madre), madurez en el momento de nacer (donde la duración de la gestación es vital para definir el estado de maduración anatómica y fisiológica), y procesos patológicos.

### 3.1 FACTORES BIOLÓGICOS

Por su parte Sells y Bennett (1977), Arnold (1978) y Kopp y Parmelle (1979) han caracterizado a los problemas de demora



de desarrollo, secuelas neurológicas e índices de atipicidad en términos de riesgo en base a 3 periodos que son:

- a) Período prenatal antes del nacimiento, dividido en dos - fases: embrionaria (desarrollo de las estructuras) y lafetal (maduración de las estructuras).
- b) Período perinatal que comprende del nacimiento a las 3 o 4 semanas de vida extrauterina.
- c) Período postnatal que se refiere al período subsecuente - hasta los 3 años.

Así, por ejemplo, una malformación estructural, tiene su origen en el período embrionario, un trauma en el nacimiento -- que es un evento de riesgo natal y una infección adquirida a los 6 meses, es considerada una consecuencia postnatal. La - ventaja que provee este análisis es de que se puede utilizar la clasificación de las implicaciones de riesgo asociadas a un alcance estructural y funcional de nivel de desarrollo, - además de permitir una medición efectiva de servicios socia - les y de salud previstas para las madres y niños. De ahí -- que puede estudiarse la relación de mortalidad y morbilidad con los períodos prenatales, perinatales y postnatales (Kopp y Parmelle, 1979).

A continuación se mencionaran los factores determinantes -- que pueden afectar el desarrollo óptimo del niño en los di-

ferentes períodos:

### 3.1.1 FACTORES PRENATALES Y PERINATALES:

a) Desórdenes genéticos: los defectos genéticos son variados, dependen de que el gene mutante esté sobre un autosoma o un cromosoma unido, además de que la dosificación sea simple (heterocigóticos) o doble (homocigóticos). (Mc.Kusik, 1969, citado en Kopp and Parmelee).

El retardo y los problemas severos de desarrollo son manifestados en condiciones del autosoma recesivo, estos genes mutantes afectan directamente a las reacciones bioquímicas que impiden el funcionamiento adecuado del cerebro, como son: los patrones de aminoácidos, producción de enzimas, procesos metabólicos, la acumulación de sustratos y la cantidad de metabolitos.

Así también, no todas las condiciones autosómicas recesivas resultan en el retardo en el desarrollo, pues en 1974, Nora y Fraser ( En Kopp and Parmelee ), han enlistado 61 síndromes autosómicos, de los cuáles una tercera parte están asociados al retardo, y estos incluyen: la galactesomía (error en el metabolismo de los -- carbohidratos), síndrome de Huler, defectos genéticos en la tiroides y la fenilcetonuria. Esta última es un tipo representativo de los desórdenes genéticos, lo cual consiste en la alteración del metabolismo de los aminoácidos, lo que implica una serie de efectos bioquímicos, fisiológicos y patológicos que contribuyen a

cambios irreversibles en el Sistema Nervioso Central - (SNC) , originando el retardo en el desarrollo, de mayor vulnerabilidad, los primeros meses de vida.

El desequilibrio cromosómico, es otra de las alteraciones genéticas (trisomías) como resultado de una meiosis imperfecta, siendo la más común de ellas, la trisomía 21 o síndrome de Dawn.

- b) Malformaciones Congénitas: Existen malformaciones congénitas relacionadas al sistema músculo esquelético como: paladar hendido, pies contrahechos, etc. que no están relacionados al SNC y las malformaciones congénitas que sí tienen relación con el SNC que pueden ser incompatibles con la vida o resultar impedimentos severos - físicos y/o intelectuales. Entre estos pueden mencionarse: las lesiones de la espina bífida (parálisis de miembros inferiores, incoordinación de extremidades superiores, deformación estructural, etc); meningocele, -encefalocele, anencefalia, hidranencefalia (ausencia total o parcial de hemisferios), haloteliencefalia (ausencia de porción del cerebro o fusión de hemisferios). Todos estos pueden relacionarse a diversos grados de impedimentos neurológicos, como parálisis, deterioro en el control de esfínteres, baja percepción de sensaciones y en el desarrollo que se observa asociado con el meningocele y encefalocele craneal. (Laurence y Weeks, 1971, Citado en Kopp and Parmelee, 1979, ).

- c) Drogas: Es otro de los factores de mayor predominancia y correlación a los deterioros del desarrollo. En el caso de las madres alcohólicas, se provoca en el niño el síndrome fetal alcohólico, e incluso en diversos estudios se ha demostrado que dicho síndrome puede producir en el niño microcefalia, anomalías craneoencefálicas y hasta retardo en el desarrollo.

Meadow (1968), Hill, Vermand, Horning, Mc Culey, Morgan y Houston (1974, en Sells and Bennett 1977), han descrito patrones de malformaciones por la ingestión de anticonvulsivos, como sería: la hipoplasia de dedos y uñas, aumento de la deficiencia mental; y así también los agentes farmacológicos (antibióticos, LSD, etc) producen anomalías en el desarrollo del feto, por lo cual se recomienda un mayor control en el manejo de dichos agentes durante el embarazo.

- d) Infecciones intrauterinas: Una de las principales infecciones de este tipo es la rubeola, la cual adquiere la madre durante el primer trimestre, ésta es sumamente peligrosa ya que puede ocasionar en el feto sordera, enfermedades cardiovasculares congénitas, impedimentos del crecimiento, microcefalia, cataratas y glaucoma. Por su parte Elek y Stern (1974), han demostrado que una de las mayores causas del retardo en el desarrollo son las infecciones virales, además de que los estudios de Dalhe, Mac. Collister (1974, citados en Sells and -

Bennett), lo reafirman, concluyendo entonces, que la inclusión citomegálica viral es una importante causa de -  
daño del SNC en el niño.

- e) Las radiaciones: Se ha observado que en las madres que han recibido radiaciones terapéuticas pélvicas durante la preñez temprana (primer trimestre), presentan graves consecuencias manifestadas más tarde en el neonato a través de retardo y microcefalia.
  
- f) Fenilcetonuria materna: La evidencia médica ha observado que la mayoría de los niños nacidos de madres con fenilcetonuria presentan retardo en el desarrollo. Así Mc Cready y Levy (1972 en Sells and Bennett), han reportado que una alta concentración de fenilalanina y metabolitos en la sangre de la madre, es la causa de diversos daños en el útero y consecuentemente daños en el cerebro del niño. Para lo cual existe un tratamiento y dieta adecuada durante el embarazo, previniendo el retardo en el desarrollo de los niños no-fenilcetonúricos.

### 3.1.2 FACTORES POST-NATALES

- a) Las infecciones por herpes: El herpes genital es una infección viral que frecuentemente incrementa en las madres embarazadas. El herpes viral es altamente contagio

so y transmitido por la madre al infante durante la liberación vaginal (parto) en un 40 y 60% de probabilidad dado que en esta etapa el recién nacido presenta una inmadurez del sistema inmunológico, llevándolo hasta la - muerte o a secuelas severas que incluyen retardo mental en un 80% de las infecciones, ( Nahmias, Visintine, Reimer, Buono, Shore y Storr, 1975, citados en Sells and - Bennett, 1977).

- b) Las secuelas de meningitis bacteriana: Propician inva-- lidez neuromuscular, deterioros auditivos, visuales y - déficits "intelectuales", siendo su morbilidad signifi- cativa. En un estudio reciente de Sell, Merrill, Doyne y Zimsky (1972, en Sells and Bennett), el 43% de los pacientes con meningitis bacteriana resultaron ileos de- defectos, quizá esto se deba a que en la actualidad los antibióticos y otros agentes quimioterapéuticos han re- ducido la mortalidad, aunque no la morbilidad.
- c) Meningocefalitis viral: Es una infección producida en - el SNC, que se presenta con mayor frecuencia en el pri- mer año de vida produciéndose subsecuentemente un retardo psicomotor.
- d) El sarampión: Es una enfermedad viral congénita, que al no no ser aplicada la vacuna dentro de un tiempo conve- niente, afecta tempranamente al niño, pudiéndolo llevar

a complicaciones neurológicas.

Y así también la prematuridad y el bajo peso (neonatos que al nacer presentan un peso por debajo de 2.5 gr de acuerdo a su edad gestacional) son dos causas de riesgo en los niños en términos de mortalidad y alteraciones en su desarrollo subsecuente, a consecuencia de factores prenatales, perinatales y postnatales.

Sobre la prematuridad, existen dos grupos; los nacimientos a término (40 semanas) y los pretérminos (37 semanas o menos) estos últimos han estado sujetos a un crecimiento intrauterino retardado.

Las causas de los nacimientos a pretérmino con peso apropiado a la edad gestacional son diversas, según Bergner y Susser (1970), Miller (1976), Naylor y Myriantopolos (1967) (citados en Kopp and Parmelee), muchas de estas causas se deben a condiciones adversas sociales y económicas que incluyen entre ellas, la salud y el estado nutricional antes y durante el embarazo, edad materna, estatura y peso, problemas uterinos, tabaquismo, uso de drogas durante el embarazo y en general la carencia de cuidados prenatales. Teniéndose entonces un pronóstico muy pesimista para estos niños pues el 40% de ellos muestran secuelas neurológicas que traen consigo déficits en el área cognoscitiva (Drillen 1975), Ya que los niños que parecen vulnerables a los problemas tar--

dianamente presentan mayor inmadurez y disturbios fisiológicos. (Parmelle y Haber, 1973, citados en Koop and Parmelle) Por lo cual se debe disponer de una tecnología moderna y patrones de cambio de cuidado para reducir la mortalidad y -- morbilidad (proporción de enfermos en un lugar y tiempo determinados) en los niños pretérmino vulnerables.

### 3.2 PROCEDIMIENTOS MEDICOS DE PREVENION EN LA DETECCION DE ANORMALIDADES BIOLOGICAS.

Puede observarse la existencia de una estrecha relación indudable entre el estado de salud de la madre y el resultado final reflejado éste por el bienestar de su hijo y su desarrollo físico y psicológico posterior. (Así se ha demostrado que una arma excelente para detectar oportunamente el o los factores causales de problemas prenatales o para indicar la necesidad de una vigilancia más cuidadosa del parto, son los sistemas de identificación del embarazo de alto riesgo además de mantener en vigilancia al recién nacido - en los primeros días de su vida para ofrecerle la mejor atención y a su vez correlacionar su desempeño neonatal y posterior con la serie de eventos prenatales. Afortunadamente en los últimos 10 años, los métodos de detección de embarazo de alto riesgo, han evolucionado hasta el punto de prevenir en un 94% de certeza que el feto tenga peligro de alguna complicación que puede hacerse evidente en el período neonatal o varios años después del nacimiento. (Ruiz, Villalobos,



Mc Gregor y Peña, 1979). El rápido avance de dichas técnicas ha llevado al punto de guiar y orientar a la población; y concientizar al profesional sobre los beneficios y riesgos que produce esta nueva tecnología, ya que estos llevan a problemas morales, sociales y legales; incluyendo el aborto selectivo asociado al diagnóstico prenatal.

Con estos antecedentes puede percibirse que en el campo de la Medicina no se ha perdido de vista la importancia de prevenir las alteraciones y dificultades del desarrollo del niño desde la etapa fetal. Y es así como de acuerdo a Stein (1975), Sells y Bennett (1977), Arnold (1978), Kopp y Parmelle (1979) y Kaback, Craudal, Dowben, Jonsen, Mahoney, -- Scotch, Swint, Whitelew y Wotta (1979), (citados en Davis, 1981) se agrupan e integran los diversos procedimientos -- utilizados en el diagnóstico intrauterino por parte de los médicos para detectar anticipadamente anomalías en el feto, como:

- 1) El examen radiológico del útero, donde se puede valorar la localización de la placenta, la medida del diámetro de la cabeza del feto e indirectamente la edad gestacional.
- 2) La fetoscopia y fetograffa que permiten valorar las malformaciones fetales, de las cuales existen 60 síndromes diferentes relacionados al retardo.

- 3) La ultrasonografía, que se emplea para medir el diámetro del cráneo fetal, diagnosticar la madurez y crecimiento del feto.
  
- 4) Detección heterocigótica, que consiste en detectar enfermedades de carácter recesivo, esta detección es una herramienta para el control potencial de enfermedades hereditarias, tomando en cuenta la raza y el grupo étnico de los individuos o parejas de alto riesgo. Con el método de identificación heterocigótica, puede descubrirse la unión autosómica recesiva. Un ejemplo de esto, es la enfermedad del Tay Sachs (enfermedad hereditaria donde se presenta el retardo mental total, llamada idiocia familiar. Puede presentarse en los primeros años de vida o tardíamente, en el último caso, toma el nombre de enfermedad de Vogt-Spielmeier).
  
- 5) La amniocentesis es uno de los procedimientos más comunes de los llevados a la práctica, que detecta diversas alteraciones a través de la extracción de 10 a 20 ml. de líquido amniótico del útero, a partir de la doceava y décima sexta semana de embarazo para detectar deterioros como: la espina bífida, alteraciones en tubo neural y anencefalia, malformaciones congénitas, desórdenes metabólicos, la bilirrubina, sufrimiento fetal, embarazo pretérmino y término. (Pitkin, 1967, --- Brock, 1976, Sells y Bennett, 1977, Olivas, Pinales, -

Salinas y Vargas 1979) .

Los antecedentes específicos que debe poseer una pa---  
ciente para que le sea aplicada la amniocentesis, son -  
los siguientes: preñez en mujeres mayores de 35 años ,  
anormalidad cromosómica en cualquiera de los padres , -  
previos nacimientos de niños con malformaciones, abor-  
tos espontáneos múltiples, mujeres u hombres con dis--  
trofias musculares, hemofilias, preñez que incrementa  
el riesgo para los defectos del tubo neural fetal, sín  
drome de Dawn u otras anomalías en la familia.

### 3.3 FACTORES AMBIENTALES

No podemos perder de vista que el niño es un ser social --  
por naturaleza, en el cual debe apreciarse más ampliamente  
su desarrollo psicobiológico, es decir que entre el niño y  
el medio existe una comunicación dada por los elementos so  
ciales y humanos que facilitan su desarrollo, principalmen  
te desde la gestación hasta los 6 años de vida, período al  
cual Mora (1981) ha denominado como etapas críticas y funda  
mentales en el desarrollo del ser humano, donde existen --  
otros factores aparte de los biológicos, que pueden inte--  
rrumpir el desarrollo, produciendo algún retardo en el ni-  
ño.

De ahí que las influencias limitadoras sobre el progreso -  
del desarrollo no son únicamente genéticas. Desde los pri-  
meros momentos de vida, la sobrevivencia y el desarrollo -

subsecuente, dependen en forma decisiva de la disponibilidad e implementación de condiciones ambientales (nutrición, temperatura, amplitud de área física, estimulación visual, auditiva, táctil etc.).

También la Rehabilitation International (1981) alude que - las principales causas de las incapacidades son: la desnutrición, la no orientación al niño, las enfermedades infecciosas y los accidentes. Estas incapacidades son producto de la pobreza, ignorancia y servicios insuficientes de dichas localidades. De manera que el riesgo de impedimento, es mayor en los niños de estratos bajos, convirtiéndose la morbilidad en una característica del niño pobre, especialmente por enfermedades infecciosas (tanto epidémicas propias de la niñez, como las transmisibles como enfermedades diarréicas y de vías respiratorias) instaurándose un círculo vicioso ya que con la desnutrición se deterioran los mecanismos de protección inmunológica del organismo, al mismo tiempo que se incrementa la frecuencia e intensidad de las enfermedades infecciosas y parasitarias, dado que la desnutrición empieza desde el período intrauterino, como consecuencia de las deficientes condiciones nutricionales de las madres antes del embarazo y en el transcurso del mismo y muy posiblemente a una infección intrauterina que serán determinantes para el desarrollo físico del infante, y consecuentemente existirán algunos niños que sobrevivirán y presentarán más tarde alteraciones en su crecimiento y -

aprendizaje, ya sea por la desnutrición materna del mismo niño o ambas.

Las áreas en las que se presentan las dificultades en el desarrollo del niño son: la cognoscitiva y social, manifestándose a través de dificultades en el aprendizaje, deficiencias en el rendimiento escolar y las altas tasas de fracaso y deserción escolar. Este "retardo mental sociocultural" contemplado por Mora (op.cit) engloba las condiciones de deprivación múltiple, características de la niñez pobre, cuyos componentes son la desnutrición y la carencia de estimulación ambiental. También es común utilizar en estos casos el término de "deprivación cultural", utilizado por Riessman (1962 en Bralic y Lira, 1976) y que es ahora conocido como "deprivación psicosocial", el cual implica una situación de carencia o falta de estímulos apropiados en un determinado ambiente. Mialaret (1980), es más explícito al señalar que los factores de la deprivación sociocultural son:

- 1.- El factor nutricional y ambiental del medio sobre las funciones cerebrales, aportación que se correlaciona con un informe de la UNESCO (1980), en donde se muestra que la nutrición tiene una influencia directa sobre el desarrollo del cerebro, especialmente en las fases críticas iniciales, donde el encéfalo alcanza una velocidad de crecimiento máximo que de--

pende del desarrollo posterior del sujeto.

- 2.- La malnutrición sociológica (término equivalente al -  
deprivación sociocultural), conduce a un débil nivel -  
de capacidad "intelectual", o bien a perturbaciones -  
de comportamiento durante los períodos de desarrollo.
  
- 3.- A la pobreza del medio relacionado estrechamente con-  
la pobreza de estimulación exterior que provoca un -  
escaso sistema de estimulación, ésta ejerce una gran  
influencia biológica sobre el desarrollo del infante,  
como lo hace notar Mialaret (1980) en una revisión de  
estudios efectuada con niños prematuros, donde se com-  
probó que las funciones cerebrales comienzan 6 sema--  
nas antes del nacimiento y van evolucionando dichas -  
funciones a través del tiempo. Incluso en experimen-  
tos realizados con animales se ven cambios morfológi-  
cos que se correlacionan con el aumento brusco de si-  
nápsis corticales y la maduración del comportamiento,  
no significa que las células nerviosas se reproducen  
a lo largo de la vida, sino que incrementan el núme--  
ro de sinápsis, las cuales permiten mayor número de -  
circuitos de comunicación. Es posible con estos estu-  
dios, decir que a un nivel biológico, una estimula---  
ción adecuada tanto cuantitativa como cualitativa du-  
rante la primera infancia es determinante para los --  
cambios morfológicos. Otros estudios con animales de-

muestran también modificaciones anatómicas (espesor de la corteza y tamaño del cerebro) y químicas (alto grado de contenido proteico) en aquellos animales criados en condiciones ambientales enriquecidos por diversos estímulos y dichos cambios no se presentan en animales criados en situaciones carentes de estimulación.

Por lo anteriormente expuesto es recomendable una organización del medio familiar y educativo que aseguren las condiciones de estimulación óptimas al desarrollo del infante, ya que se advierte que en el desarrollo del niño se manifiestan períodos críticos en los primeros años de vida que son trascendentales para el desarrollo de habilidades cognitivas, motoras, sociales y de lenguaje; dado que el desarrollar dichas áreas le proporcionarán al niño elementos fundamentales para un desenvolvimiento óptimo en su medio y por lo tanto una evolución neurológica adecuada. ]

De acuerdo a Lewis (1979, citado en Galofré) la importancia de la crianza en el desarrollo normal del niño está dado por el desarrollo progresivo de cada etapa específica del infante, entendiéndose desarrollo como, el surgimiento completo y la utilización múltiple de las funciones y habilidades que van apareciendo gracias a la interacción entre el individuo y su ambiente. Y en este desarrollo existe:

" Un orden constante de sucesión desde una etapa ha

cia la otra. Cada etapa sucesiva de desarrollo normal representa un adelanto a partir de la etapa --  
previa. Es más, cada etapa subsecuente supera a todas las etapas anteriores; ya que una etapa inferior se convierte en parte de una etapa superior".

(Lewis, 1979, pp.)

En resumen, el retardo sociocultural comprende una serie de determinantes como: la desnutrición tanto de la madre como del niño, la estimulación inadecuada del ambiente que rodea al niño, el nivel cultural de los padres que influye por la falta de orientación sobre el cuidado y manejo del niño, las condiciones insalubres y reducibles de la casa habitación, la carencia o poco acceso a los servicios públicos de salud y educación a la familia. Este hecho puede ser confirmado a través de las investigaciones de Galofré (1981), donde se menciona que la incidencia del retardo de origen sociocultural de grado leve o moderado con una alta frecuencia en los menores de 6 años y preescolares, presenta una correlación inversa con el nivel socioeconómico; ya que no ocurre lo mismo con el retardo severo de origen orgánico, el cual aparentemente afecta en similar proporción a los diferentes estratos socioeconómicos. ]



#### 3.4 CONCLUSIONES

Afortunadamente a través de los últimos cien años se ha venido progresando en las áreas de prevención del retardo en el desarrollo, gracias a los avances del conocimiento y la tecnología que a lo largo de diversas investigaciones ha logrado detectar los problemas potenciales antes de que estos puedan ocurrir, creando programas de resguardo y tratamiento oportuno; además de crear vacunas para prevenir padecimientos que pueden afectar en el futuro el desarrollo físico, psicológico y social del individuo.

Sin embargo, no siempre se cuenta con el instrumental técnico ni el personal capacitado para llevar a cabo dichos métodos de detección. O bien, cuando existen a un nivel institucional no se encuentran al alcance de toda la población por la gran demanda que existe para cubrir dicha necesidad y el restringido acceso a ellas. Y a pesar de que -- los métodos sean muy efectivos es necesario hacer la detección en el período en el que los padres aún puedan decidir sobre el futuro del niño; o bien se pueda incluir un tratamiento oportuno, pues de otra forma los beneficios de la detección se limitan a la sola predicción.

El problema se presenta también en el momento en que no -- existe un seguimiento postnatal de los niños de alto riesgo, con el propósito de proporcionarles tempranamente un -

tratamiento médico, psicológico y/o pedagógico conveniente a sus condiciones. Ya que, los métodos llegan hasta un nivel de detección durante la gestación, considerando solamente las medidas prenatales y perinatales, y las postnatales únicamente durante la estancia hospitalaria, olvidándose así las repercusiones posibles del neonato. Cabe señalar que se encuentra una relación estrecha entre la madre y el feto, y por lo tanto, alteraciones de ella afectaran directamente en éste, durante el embarazo y más aún en el parto, donde se agudizan. De tal manera que si no se utiliza un procedimiento obstétrico adecuado, el neonato puede resultar con secuelas muy graves que incidirán en su crecimiento. Esto nos da la pauta de la necesidad de crear y planificar servicios tanto de intervención médico-obstétricas que brinden atención temprana antes y durante el nacimiento y en la primera infancia; como servicios de intervención social que contribuyan a propiciar ambientes óptimos donde los niños puedan desarrollar sus funciones y capacidades. Evitando así déficits en el desarrollo que repercuten en el aprendizaje manifiesto para los padres y maestros, hasta la etapa escolar.

De ahí que la prevención del retardo en el desarrollo debe contemplar los factores biológicos, sociales y culturales, que contribuyen y aceleran cada día más dicho problema, dándole también importancia al entrenamiento educativo especial para aquellos niños que lo requieran una vez realiza-

da la detección temprana; sin darle sólo prioridad a la asistencia médica en el caso de los niños de alto riesgo, como se ha venido realizando hasta nuestros días. Desde luego para ello se requiere de la participación de diversos profesionales para llevar a cabo un trabajo multidisciplinario que cumpla con programas suficientes de detección -- temprana y tratamientos oportunos tanto para las madres como para los niños con la finalidad de prevenir alteraciones futuras.

LA ESTIMULACION TEMPRANA

A través de la literatura revisada sobre las medidas educativas de prevención que han sido utilizadas en los niños , observamos que las de mayor predominancia son: la estimulación temprana y el entrenamiento a padres, ambas se vinculan por el momento oportuno de intervención (experiencias tempranas) y por la determinante participación de la familia, como principal fuente mediadora, tanto a un nivel individual como social. Por lo que a lo largo de este capítulo se desglosarán dichas medidas de prevención definiendo el concepto de la estimulación temprana, sus objetivos, su aplicabilidad, resultados y la indispensable participación de los padres para llevar a cabo la estimulación adecuada y obtener así mejores resultados; además de que dichos programas pueden efectuarse en niños con retardo en el desarrollo de 0 a 6 años.

Brody (1960) ha reconocido que los estudios psicoanalistas coinciden en que las experiencias tempranas del infante -- son precondiciones fundamentales para la salud o enfermedad psicológica. Pues las experiencias infantiles pueden producir cambios orgánicos no evidentes que podrían causar adversidades psicológicas, o bien infortunios que espontá-

neamente serían autocorregidos, lo cual llevaría a futuras alteraciones en el desarrollo. Por ello, es necesario detectar los factores de mayor riesgo que pueden causar trastornos o disturbios a los niños a largo plazo. Ya que la clase de intervención que se lleve a cabo durante el desarrollo del pequeño va a marcar la diferencia entre prevenir, educar o proveer terapia, siendo los esfuerzos terapéuticos los mayormente utilizados con la tendencia de proporcionar habilidades que no posee el niño, manejando fundamentalmente el ambiente y la guía a los adultos (Caplan, 1961).

De manera que, es preciso cubrir la etapa de la infancia de un ambiente y actitudes oportunas por parte de los padres para apoyar y estimular el desarrollo, tal acción educativa requiere de ejercerse en cada grupo social, en cada estrato de esos grupos y, en los privilegiados o dominantes y en los marginados, para crearle al infante una situación favorable, dado que éste se enfrenta a una serie de circunstancias difíciles como:

- 1) El estar expuestos a una marginación, ya sea de tipo educativo, higiénico, social, nutritivo o cultural.
- 2) El vivir como un simple objeto, sin posibilidad de elegir sujeto a un manipuleo técnico o intervenciones parciales de quienes atienden sus necesidades vitales.

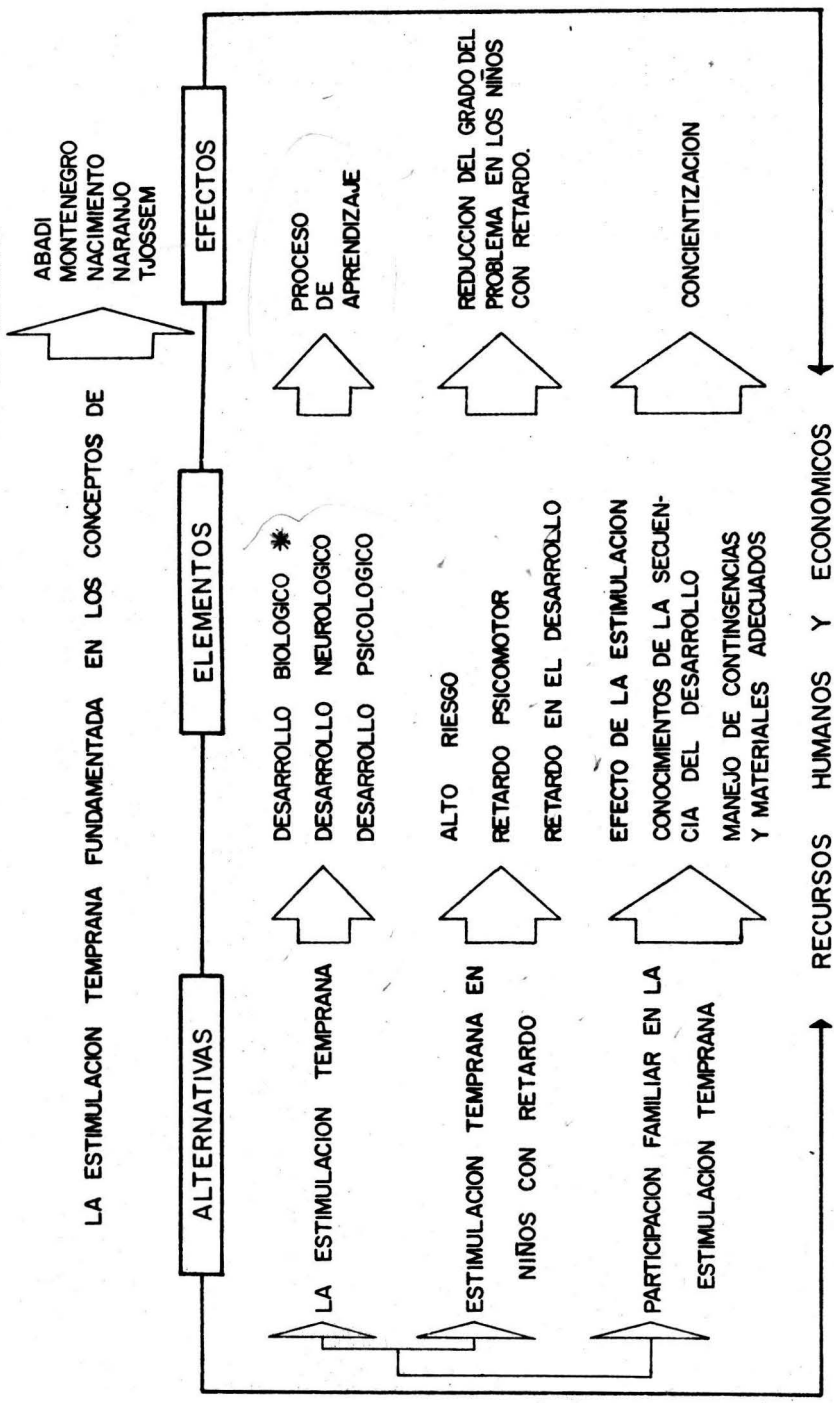
- 3) El infante es susceptible a toda clase de riesgo: ya sea por exceso o carencia de cuidados que pueden ocasionar daños orgánicos, emocionales e intelectuales de los que será trabajosa la recuperación.
- 4) Estar expuesto a los cambios de experiencias sociales y ambientales sin la conciencia de los elementos que requiere para alcanzar su pleno de desarrollo.
- 5) Las personas que atienden las necesidades del pequeño lo hacen sólo en forma material sin proporcionarle los elementos esenciales de su desarrollo integral y de crecimiento físico y psicológico.
- 6) La carencia de servicios de salud, educación, nutrición, saneamiento y habitación en hogares improvisados y con falta de "afecto" y orientación a los padres. (Naranjo, 1981).

Es así como las costumbres sobre el cuidado de los hijos dependen de las adaptaciones a las características del ambiente, ya que éstas en algunas ocasiones parecen ser valiosas o también amenazantes para el desarrollo de los hijos, y -- así son transmitidos de generación en generación sin que -- necesariamente los padres estén conscientes de su funcionalidad.

Con los párrafos anteriores podemos percatarnos de la importancia que tienen las primeras experiencias por las que pa-

sa el niño, así como la forma en que repercutirán en su --  
crecimiento. Donde el ambiente es la fuente proveedora de  
estimulación, el cual no puede verse aisladamente ni en --  
forma simplista pues en él se contienen los estímulos ff--  
sicos existentes que rodean al niño, las costumbres y valo  
res dados por el contexto social, así como el factor cultu  
ral específico de cada comunidad. (Ver cuadro 2 para obser  
var el contenido y tópicos a tratar en el presente capítu  
lo).

**CUADRO 2 LA ESTIMULACION TEMPRANA COMO MEDIDA PREVENTIVA EN EL INFANTE**



ABADI  
MONTENEGRO  
NACIMIENTO  
NARANJO  
TJOSSEM

\* Equivalente del riesgo biológico, que es la consecuencia de condiciones prenatales, perinatales y preconcepcionales que llevan a una alta posibilidad de retardo a corto o largo plazo, determinación de condiciones biológicas del niño.



#### 4.1 CONCEPTUALIZACION DE ESTIMULACION TEMPRANA

D 91

Como primera instancia, es importante ubicarse en los conceptos manejados dentro del campo de la Estimulación Temprana (E.T.) En el primer Congreso Nacional sobre la Deficiencia Mental, llevado a cabo en la ciudad de México, Tjoseem (1981), planteó la diferencia existente entre intervención temprana y estimulación temprana, definiciones que no son clásicas, sino que son definiciones de trabajo a partir de su propia experiencia. De ahí que la intervención temprana se refiere: "Al conjunto de todos los métodos y estrategias de procedimiento, ya sean educativas, biomédicas, de conducta o sociales, aplicables a un niño que corre el riesgo de volverse deficiente mental durante el proceso de desarrollo que va del nacimiento a los 5 años, o sea a la edad normal de ingreso a la escuela, con el objeto de que el niño ingrese a una escuela especial para que obtenga un buen aprendizaje y sea capaz de participar plenamente en las clases normales proporcionadas por la escuela regular" (Tjoseem, 1981, pág.203).

Una definición subordinada es la intervención educativa temprana, término que se subsume a la definición general de la intervención temprana y se utiliza para designar todos aquellos métodos y estrategias específicamente educativas.

Y la estimulación temprana es:

Una de las principales estrategias de procedimientos de la intervención temprana, específicamente se refiere: se proporciona un estímulo sensorial, se obtiene una respuesta asociada y la integración neuronal de ambas, de manera que se pueda aprovechar la plasticidad del Sistema Nervioso que se está desarrollando. El estímulo sensorial es totalizador, es una parte de toda la red asociativa que se lleva a cabo en el niño dentro de su complejo aparato neuronal; en el cerebro se va desarrollando el estímulo sensorial hasta producir una modificación en su estructura y ocasionar cambios químicos y eléctricos en las células nerviosas, en sus interconexiones y terminales. El objetivo último en el empleo del estímulo sensorial temprano dentro de los programas de estimulación temprana, es el de controlar y dirigir el estímulo para asegurar un desarrollo óptimo del cerebro y del Sistema Nervioso Central y que este desarrollo sea la base para una conducta adecuada de aprendizaje y adaptación en la escuela".

(Tjoseem, 1981 pág. 204)

Y para Montenegro, director del Servicio Mental del Servicio Nacional de Salud de Chile, ha definido la Estimulación Temprana como:

"El conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que éste necesita desde su nacimiento para desarrollar al máximo su potencial psicológico. Esto se

logra a través de la presencia de personas y objetos, en cantidad y oportunidad adecuados y en el contexto de situaciones de variada complejidad, condición necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo".

(Citado en Naranjo, 1981 pág. 14)

Cabe señalar que en los países Iberoamericanos surgió la utilización del término de Estimulación Precoz (E.P.) para denominar programas de prevención secundaria de alto riesgo biológico establecido o probable (a consecuencia de condiciones preconceptionales, pre, peri o postnatales inadecuadas de la madre, o bien por condiciones biológicas del mismo niño), posteriormente, se amplió el término hacia las intervenciones dirigidas a los infantes de alto riesgo ambiental; es decir, a los pequeños que nacen biológicamente sanos pero que tienen posibilidades de adquirir algún o algunos deterioros en su desarrollo, dado a las condiciones adversas de su ambiente.

Como podemos observar, el término de E.P. se ajusta y es válido dentro del marco conceptual de E.T. Sin embargo, es preferible utilizar este último término muy a pesar de la extensión del concepto de E.P., ésta puede inducir al error de creer que las experiencias tempranas proporcionan al infante una serie de prácticas antes de su maduración neurofisiológica, o bien, que se pretende la formación de

niños precoces presionado a ser superiores a lo "normal" - o, también suponer que la criatura logre metas en el desarrollo antes del promedio de los infantes de su edad. - (Montenegro, 1978).

Es conveniente entonces, destacar que se han realizado diversas investigaciones sobre el momento oportuno en que -- debe surgir la intervención temprana, en las cuales ha habido controversia; sin embargo, muchas de ellas han coincidido. Por ejemplo: investigaciones que se han llevado a cabo en la Universidad de Chicago; demostraron que el cerebro tiene un mayor número de células nerviosas a la edad de 2 años y de ese momento en adelante empiezan a disminuir. Además se ha percibido como lo señala Tjoseem (op. cit.), que el ambiente es determinante para desarrollar -- las células nerviosas. Pues en niños que mueren a una edad temprana con oportunidad de haber experimentado en su medio, presentaban un cerebro más desarrollado que aquellos que murieron sin esta oportunidad (casi inmediatamente a su nacimiento). Constatándose entonces, que el cerebro no es una estructura que funciona solamente a un nivel biológico, sino que cambia y se adapta de acuerdo a la estimulación que recibe del ambiente. (Ver Cuadro 2, La Estimulación temprana).

Se ha hecho notar en otros estudios con niños que carecen de "afecto", estímulos sensoriales o han crecido en ambien

tes limitados, presentaron déficits en su desarrollo, en su conducta y en su capacidad de aprendizaje, los cuales se van incrementando a través del crecimiento, Y por el contrario, los niños estimulados desde su nacimiento han logrado el mejor desarrollo orgánico y funcional de su Sistema Nervioso y Órganos de contacto.

De ahí, que la etapa primordial del niño abarca como ya se ha señalado de los 0 a los 6 años, por lo que es indispensable estimularlo adecuadamente en esta etapa; además de que es un período óptimo para detectar cualquier déficits del pequeño; ya sea de orden orgánico, perceptual, motor, cognoscitivo o ambiental, y así intervenir oportunamente equilibrando las deficiencias y creando mecanismos de aprendizaje que le permitan en lo posible habilitarse y adaptarse a su vida cotidiana. Por lo cual el tipo de ambiente, material y social durante la edad de la lactancia y de la infancia temprana son la fuente de estímulos y experiencias que determinarán un desarrollo "normal" o "desviado". Por ello, la preocupación de un entrenamiento sistemático al lactante y al preescolar, orientado a los padres hacia la creación de condiciones ambientales adecuadas que eliminen experiencias tempranas negativas y fomenten las positivas, las cuales contribuirán a su desarrollo físico y psíquico. Incluso Wachs (1971, Citado en Bralić y Lira 1978), ha reportado que también una excesiva variedad e intensidad de la estimulación puede ser tan perjudicial para el desarro-

llo psíquico, como la falta de ella; lo cual comunmente se ha observado en ambientes familiares de grupos marginados, donde existe un bombardeo de estímulos desorganizados e intensos.

En síntesis puede decirse que la E.T. es una medida preventiva primaria y/o secundaria al retardo en el desarrollo - dependiendo del momento de su aplicación. Entonces, si se aplicaran programas de E.T. a una población de preescolares quiénes no presentan déficits en su desarrollo, la E.T. sería una forma de prevención primaria (antes de presentarse el problema); y si se aplica un programa de E.T. a una población de preescolares a quiénes se les ha detectado algún o algunos déficits en su desarrollo, la E.T. sería una forma de prevención secundaria al retardo en el desarrollo. Lo cual es una ventaja más de la E.T., dado su momento de aplicación.

#### 4.2 LA ESTIMULACION TEMPRANA EN NIÑOS CON RETARDO EN EL DESARROLLO

Hemos detectado que una de las fuentes proveedoras de programas de Estimulación Temprana (E.T.) es el UNICEF, dichos programas están fundamentados por los resultados obtenidos en la atención oportuna y temprana de niños que han nacido con problemas en su desarrollo. Debido a los sorprendentes resultados que se han tenido con niños de riesgo biológico establecido, se detectó la probabilidad de utilizar los programas de E.T. en los niños deprivados social y "afectivamente", teniendo así resultados más favorables que en los infantes con riesgo establecido, por lo que, el Programa del UNICEF ha considerado 4 áreas importantes de trabajo para los niños que presentan problema y riesgo en su desarrollo, y son:

- 1.- La prevención, que tiende a evitar los riesgos de tipo biológico y toda clase de accidentes que puedan -- causar serios problemas al desarrollo del infante; -- además la prevención comprende la detección oportuna de cualquier anomalía en el crecimiento y en el desarrollo, acudiendo convenientemente a la consulta, -- consejo y adiestramiento de personal capacitado en estas materias.
  
- 2.- La habilitación temprana, en la que se recomienda y se

de mayor paso al campo rehabilitatorio proporciona---  
do por los padres en el ambiente natural del niño, su  
pervisado por un especialista.

- 3.- Integración y participación socioeconómica, para lo -  
cual se requiere de la ayuda de los padres y la comu-  
nidad a través de su desempeño conciente de la situa-  
ción y su sentido de responsabilidad social.
  
- 4.- Y la estima y aceptación humana, que debe partir del-  
interior de cada familia; ya que de ellos dependerá -  
la imagen social reflejada hacia los otros miembros -  
de la comunidad para que el niño sea aceptado y respe-  
tado (Naranjo, 1981)

Así Nacimiento y Abadi (1977), han señalado que el campo -  
de la E.T. abarca a 3 grupos de niños: de alto riesgo, con  
retardo psicomotor y con retardo mental. Considerando que-  
los infantes de alto riesgo tienen una mayor probabilidad-  
de presentar problemas neurológicos, déficits sensoriales,  
trastornos de aprendizaje y/o retardo. Dichas alteraciones  
son factibles de detectarse tempranamente y evitar que a -  
estas estas fallas biológicas se le sumen otros factores a  
adversos (medio familiar y ambiental). Logrando que los -  
niños con retardo puedan llegar a ser entrenables o educa-  
bles a través de un programa de E.T., por consiguiente este  
tipo de programas puede reducir el porcentaje de niños



con retardo mental profundo.

Dado que un programa de E.T. es un proceso organizado y --  
técnico, en donde el infante no queda solamente bajo la -  
responsabilidad del sentido común de la madre, por el con-  
trario es dirigida por un personal técnico capacitado y --  
fundamentado en investigaciones científicas, teniendo como  
objetivo que el potencial de habilidades alcance su máxima  
expresión en el grupo de infantes de alto riesgo evitando-  
así, una posible alteración; en el caso de los niños que -  
presentan retardo "mental" se reducen los efectos del re-  
tardo en manifestaciones de leve y moderado, observándose  
en la categoría de retraso psicomotor los cambios más favo-  
rables que logra hacer la E.T. (Ver Cuadro 2, Estimulación-  
temprana en niños con retardo).

Por su parte, Tulio (1976), ha remarcado que el manejo de -  
un niño con retardo, requiere el enfoque multidisciplina--  
rio de un equipo de rehabilitación, para desarrollar al --  
máximo todos los potenciales que posee el niño, tanto ffsi  
cos como psíquicos, socioeconómicos y vocacionales, que pe  
se a sus incapacidades logre convertirse en un ciudadano -  
útil a sí mismo, a su familia, a la sociedad y al país que  
pertenece. Tal atención debe llevarse a cabo lo más pronto  
posible a través de la detección y diagnóstico temprano de  
déficits presentados, y parte inicial de dicha atención --  
puede estar dada por la orientación a los padres para com-

prender y aceptar la condición de su hijo, evitando la -  
identificación y rotulación del retardo hasta la edad esco-  
lar, lo cual sería más significativo para los padres, fami-  
liares y el mismo niño, pues hasta la etapa escolar, se le  
marcarían al niño sus limitaciones, potencialidades y pla-  
nes para su cuidado. Es así esencial la ejecución de pro--  
gramas de E.T. para niños con retardo en el desarrollo, a  
continuación se presentan algunos de estos programas apli-  
cados en diferentes naciones como:

I PANAMA. - Es este país uno de los organismos que más se  
ha preocupado por la aplicación oficial de programas de  
E.T., es el Instituto Panameño de Rehabilitación Especial  
donde se atiende a los niños que han sido canalizados -  
por las diferentes maternidades y centros de salud del  
país, sus principales actividades son:

- La elaboración de un diagnóstico temprano y preciso.
- El establecimiento de hábitos de higiene personal y  
actividades de la vida diaria.
- El establecer hábitos propios de la edad del niño que  
permitan su integración en actividades escolares.
- El ejercitar con criterio científico las áreas: moto-  
ra, visual, perceptiva, táctil y auditiva.
- Brindar seguridad "afectiva" para el desarrollo de la  
personalidad.
- Proporcionar instrucciones para padres y familiares -  
sobre un programa hogareño.

- El estimular el desarrollo psicoemocional.
- Un tratamiento foniátrico para dislalias, disartrias, y diafasias.
- Un tratamiento psicoterapéutico individual y en grupo.
- Un tratamiento social, sensibilización a padres y familiares.

Además de que el programa tuvo como objetivos específicos el estimular tempranamente:

- a) El equilibrio estático y dinámico.
- b) La coordinación de extremidades.
- c) Los movimientos sincinéticos.
- d) El aumento del tono muscular.
- e) La orientación y adaptación del niño en el espacio.
- f) Los órganos sensoriales.

De esta manera dicho programa de estimulación temprana está empleando básicamente la psicomotricidad, la cual ha dado resultados altamente satisfactorios, dado que es una acción psicológica y pedagógica que utiliza los medios de las actividades físicas, con el fin de normalizar o mejorar el comportamiento del niño, dándole -- así, importancia a la reeduación muscular, técnicas -- de relajación, ejercicios respiratorios, actividades -- recreativas físicas, usando el componente físico pos-- tural dinámico y rítmico para influir o estabilizar -- en cierto grado, el área mental. Además de que esta --

reeducación motora tiene una base neurofisiológica que muestra una gran interrelación de evolución y maduración entre los sistemas motores y actividades mentales superiores. Por lo que Tulio (1976) plantea que en los primeros años de vida del niño con retardo, no tiene otra posibilidad de penetración progresiva y eficaz en él mismo, en el sentido de maduración y creación que el área sensoriomotora, encontrándose ante las mejores posibilidades de plasticidad funcional bioeléctrica y neuroquímica del Sistema Nervioso Central. Por lo cual se requiere de programas científicamente elaborados, que inicien con la E.T. de tal manera, que durante la edad preescolar se provea de herramientas a los niños con deficiencias para un mejor aprovechamiento en su futura actividad escolar (Tulio, 1976).

En este programa Panameño se presenta un orden y seguimiento en la detección temprana del retardo en el desarrollo desde el diagnóstico temprano (nacimiento) hasta la aplicación del mismo en el que no se pierde de vista la participación de los padres y familiares a través de un programa hogareño, el cual desafortunadamente en el reporte no se especifica y por lo tanto no puede evaluarse su validez en cuanto a su contenido y aplicabilidad dentro del contexto de las familias panameñas. Y lo mismo puede decirse de las demás actividades del programa que a pesar de captarse a primera vista como estrategias

completas y eficaces de un programa preventivo, no se desglosan los procedimientos efectuados en cada una de las fases, las cuales unicamente presentan los objetivos generales que debería contener todo un programa de prevención.

Otro de los países que se ha preocupado por llevar a cabo programas de E.T. como medida preventiva es:

*multi e interdisciplinario*  
II URUGUAY. - El cual cuenta con una escuela de recuperación psíquica que tiene como propósito la asistencia e investigación con niños de alto riesgo, quienes han sido identificados como tales, de acuerdo a:

- Anormalidades cromosómicas.
- Anormalidades en la gestación.
- Anormalidades pre y perinatales o anormalidades neurológicas que duren más de tres días.
- Niños pre-término o morfológicamente dismaduros.

Incluyendose a las madres y niños de alto riesgo de las clínicas de Obstetricia y Pediatría de la Facultad de Medicina y del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo humano. Estas instituciones cuentan con un equipo multi e interdisciplinario integrado por médicos, neurólogos, neuropediatras, psicólogos, maestros especializados en el desarrollo del infante, maestros especiali

zados en educación preescolar, terapeutas de lenguaje y auxiliares de maestros. El programa abarca pasos --- progresivos dependiendo de cada caso, y son los siguientes:

- 1.- Entrevista a las madres de alto riesgo a partir -- del 7° mes de embarazo con el objeto de establecer aceptación y comprensión del programa que se ha de llevar a cabo.
- 2.- El maestro por medio de visitas, se encarga de reunir los datos sobre el ambiente físico y familiar para detectar las posibilidades con que cuenta la familia para realizar el programa.
- 3.- Cuando el infante nace, el equipo examina el reporte médico, el registro de salud y su condición neurológica y pediátrica, manteniendo al bebé en observación sobre su comportamiento cuando duerme y al estar despierto (reacción del infante cuando -- despierta espontáneamente en una sala iluminada o semioscura, sueño profundo, temperatura, reflejos tónicos y cervicales, presión palmar, etc). Así como el comportamiento ante estímulos cinestésicos , táctiles, auditivos, visuales, interacción madre e hijo y hermanos.
- 4.- En base a estas evaluaciones se elabora un perfil de reacciones del neonato, que sirve de guía para el plan de trabajo que incluye la secuencia, el rit



UNAM CAMPUS  
ESPECIAL



M.N.A.M. CAMPUS  
IZTACALA

mo y el orden de presentación de los estímulos, es decir, el perfil indica una modalidad sensorial.

5.- El equipo intercambia ideas con el maestro visitador, la madre o quien la sustituya, orientándolos individualmente, de acuerdo a las necesidades del niño y el medio familiar.

IZT. 1000847

6.- Durante los 6 meses siguientes, el maestro visitador y el equipo realizan las visitas que se requieran en el hogar, aparte de que la madre asiste al servicio, una o más veces por mes donde aprende a manipular a su hijo, recibiendo información y material didáctico.

7.- De los 6 meses en adelante el niño acude al servicio, de 1 a 3 veces semanalmente.

8.- A los 2 años, acude a clases colectivas con una duración de 2 a 3 hrs diarias.

9.- Y en la etapa preescolar asisten al mismo Servicio.

10.- Posteriormente son canalizados a las escuelas primarias especiales o normales, llevándose a cabo un seguimiento de los cambios que van presentando los niños.

(García, 1974).

En este programa de Uruguay, se observa el gran provecho que tiene el trabajo multi e interdisciplinario en la atención prenatal y postnatal a las madres de alto riesgo, así como, la adecuada programación en el diagnóstico, aplicación y seguimiento del programa de E.T. secuencial y formal que aseguran la atención a un mayor sector de niños con

retardo en el desarrollo y que logran ser integrados a la escuela de educación normal.

III En Venezuela se efectuó un programa de E.T. con niños con Síndrome de Down, basándose principalmente en la estimulación multisensorial que cubrió diversas áreas como: la propioceptiva, vestibular, visual, táctil, auditiva, proporcionando la coordinación viso-manual, psicomotricidad fina, funciones motoras globales y -- posturales. Proporcionando sumultáneamente la tera--- pía de lenguaje (estimulación oral, para preparar el aparato fonador y corrección de problemas bajo la supervisión de foniatras) y las fisioterapias (utilización de la actividad refleja, integración del equilibrio, integración motora, etc.)

En dicho programa de E.T. los casos son evaluados ini cialmente por el Departamento de Servicio Social acer ca de las condiciones socio-ambientales de la familia, posteriormente se canaliza al servicio de Diagnóstico de ahí los infantes son integrados a los Centros de - Servicios Regulares (niños con patrones de rendimien to "normal" que no presentan dificultades detectables por el momento) y Servicios de Asistencia Especial -- (niños con nivel de rendimiento inferior al esperado por su edad cronológica ya sean educables o entrena-- bles).



La muestra del presente estudio fue de 94 infantes -- diagnosticados con Síndrome de Down de una edad entre los 10 días hasta los 5 años 6 meses. Con el objeto de recabar datos se elaboró una ficha control basada en la entrevista a padres, exámenes complementarios y fichas de evaluación kinesiología longitudinal.

A los recién nacidos se les aplicó la escala de evaluación conductual de Brazelton, la cual evalúa el comportamiento y condiciones neurológicas del bebé. Además, se utilizó la escala de Desarrollo para niños de Bayley para evaluar a los párvulos que comprendían entre los 2 a 30 meses, explorando el área mental, -- (componentes sensoriales, cognoscitivos y de lenguaje) motora y social. También, se emplearon las escalas de Desarrollo de Gessell, Inteligencia de Stanford-Binet forma "L - M" y la madurez social de Vinograd.

Se dividieron a los pequeños en tres grupos: 1) Aquellos que comenzaron el proyecto de E.T. antes del año. 2) Los que iniciaron el programa entre 1 y 2 años y 3) los que dieron principio después de 2 años. Cabe hacer notar que los 3 grupos fueron evaluados continuamente por los instrumentos antes mencionados.

Se encontró que la búsqueda de orientación especiali-

zada se hace tardíamente, ya que la edad promedio de ingreso al programa fue de 15 meses y medio reafirmando lo reportado por Mejer (1976, en Nacimiento, Abadi, Cuevas, Perdonó y Baez, 1977), quien indicó en su revisión estadística que sólo el 3% de la población sospechosa de presentar desórdenes en su desarrollo consulta antes de los 12 meses y menos del 15% ha sido recibida antes de los 3 años, por lo que el 97% de los niños que desarrollan alteraciones no son detectados durante el primer año de vida, período en el cual las intervenciones son más eficaces.

Con respecto a los antecedentes familiares, se observó que el 5.3% de los casos manifestaban Síndrome de Dawn, Epilepsia en un 6.3% y retardo en un 5.3%. Asimismo la edad materna tuvo influencia: dado que el 28% de las madres tenían una edad entre los 40 y 45 años; 23% entre 35 y 40 años, es decir, que el grupo de madres con edad superior de 35 años corresponde al 51%. Por otro lado el 28% procedían de una gestación inferior a las 38 semanas o un peso inferior a los 2.500 gr.

En cuanto al análisis que se llevó a cabo durante el seguimiento evolutivo (5 años), se vio que en el grupo 1, el cociente de desarrollo incrementó de 60 a 70 en los 6 primeros meses de edad cronológica. Elevando

se también el coeficiente intelectual y social man  
tendiéndose ese nivel a través de las evoluciones -  
transformándose el retardo a un retardo educable.

En general, estos resultados nos indican una evolu  
ción satisfactoria de los niños que ingresan a eda  
des tempranas al programa de E.T. Sin dejar de con  
siderar que la confiabilidad de estos programas au  
mentará cuando el número de casos sea mayor y el -  
seguimiento sea por tiempo más prolongado. (Control  
de variables mas estricto). En el grupo 2, se perci  
be un rendimiento estable manteniéndose casi cons  
tante el cociente de desarrollo de 54 desde el ini  
cio, en la escala motora los resultados no son tan  
homogeneos sólo favoreció a quienes continuaron --  
por más de un año el entrenamiento en la Institu--  
ción. Referente al grupo 3 no hay cambios pero tam  
poco pérdidas en cuanto al cociente de desarrollo-  
y la escala motora. Apreciándose finalmente, que--  
existe mayor rendimiento en los grupos que comien  
zan antes de los 2 años. (Nacimiento, Abadi y col.  
op.cit).

No podemos perder de vista que para realizar este-  
tipo de proyecto como el llevado a cabo en Venezue  
la, es importante tener presente el aspecto econó-  
mico, las características de los países, los recur

... sos humanos existentes y el tiempo que se requiere pa-  
 ra concientizar a las autoridades sobre la importancia  
 de estos programas, ya que la mayoría de las veces son  
 una de las limitantes que obstaculizan la realización  
 de programas nacionales de esta índole.

→ trabajo compartido

IV En Chile, teniendo en cuenta los aspectos que se han -  
 comentado anteriormente, decidieron planear diferentes  
 actividades inmediatas a través de la Sección de Salud  
Mental del Servicio Nacional de Salud. Sin dejar de --  
 considerar la existencia de un bajo porcentaje de en--  
 fermedades metabólicas, el alto costo de los programas  
 la la falta de personal capacitado en la tecnología pa-  
 ra mejorar la atención obstétrica y pediátrica existen-  
 te en Chile, pues bajo dichas condiciones no es posi--  
 ble la aplicación de programas de prevención primaria-  
 similares a los empleados en los otros países, sobre -  
 todo por la advertencia evidente de que en este país el  
 retardo sociocultural es la esfera que más necesita de  
 un programa de prevención; ya que los niños que presen-  
 tan este tipo de retardo se encuentran en condiciones-  
 ambientales restrictivas como: en cajones, hogares de  
 1 o 2 habitaciones que limitan la movilidad de los in-  
 fantes, menor exposición de estímulos visuales, tácti-  
 les, auditivos, cinestéticos, olfatorios, etc. más la-  
 escases del lenguaje en cantidad y calidad apropiadas.

Con tales antecedentes el Servicio de Salud de Chile, considera de gran trascendencia por sus repercusiones sociales y económicas la ejecución de un programa de E.T. para el lactante de nivel socioeconómico bajo que abarquen tanto a los niños de alto riesgo como a los lactantes que acuden normalmente al Control del Niño Sano en los consultorios pediátricos del Servicio Nacional de Salud, donde se estimula los diferentes canales sensoriales del infante, su motricidad y un lenguaje, adecuado a su edad cronológica. Para lo cual apoyándose en la escala de Bayley se elaboró una pauta de medición del desarrollo psicomotor.

En este programa las enfermeras de una determinada área hospitalaria de Santiago son las que se encargaron de llevar el proyecto y la medición, después de haber recibido un curso de capacitación dado por los psiquiatras y psicólogos infantiles. Posteriormente ellas impartirían cursos a las auxiliares de enfermería, y éstas a su vez formarían líderes en la comunidad, que luego enseñarían a los padres de familia en los centros de padres y juntas de vecinos, apoyándose en los medios masivos de comunicación para implementar esta campaña.

A su vez en los jardines infantiles intracomunitarios se llevó a cabo un segundo programa dirigido por los adolescentes de la misma comunidad con el propósito del

enriquecimiento cultural del preescolar de bajo nivel socioeconómico. Y dado a que las adolescentes en un futuro van a ser las madres, se vió la importancia de -- trabajar con ellas para que se encargaran de las labores de estimulación del pre-escolar, del contenido educativo en torno al manejo de la crianza del niño para producir un cambio cultural extenso al respecto. Las - adolescentes recibieron adiestramiento por parte de las educadoras de párvulos durante dos meses aproximadamente, supervizando una vez a la semana a los niños.

También, se elaboró un programa de formación de profesores especialistas en el retardo para que proporcionaran un tratamiento pedagógico especial a los infantes. Con ello se observa lo esencial del entrenamiento a los profesionales que pueden colaborar en los programas de E.T. con niños con y sin deterioro, ambos grupos necesitados de estimulación temprana.

Así vemos que en Chile se ha llevado a cabo un trabajo comunitario intensivo de prevención secundaria haciendo uso de los recursos humanos, sociales y económicos-existent, siendo esto lo más óptimo para los países latinoamericanos que carecen en su mayoría de una tecnología actualizada para llevar a cabo un tipo de programa como el efectuado en:

V Washington.- Donde se manifiesta la existencia de programas para niños disminuidos, en los cuales los infantes son evaluados previamente, estableciendo metas a -- largo plazo y objetivos a corto plazo que el niño deberá ir desarrollando, al mismo tiempo que se requiere la completa colaboración de los padres. Para lo cual el Es tado cuenta con un sistema de disposición contractual - con agencias privadas y parroquiales que permiten más - opciones y acceso a los centros donde están disponibles dichos programas.

Este programa abarca el área urbana, suburbana y rural que aparte de desarrollar el modelo de educación pre-escolar para la temprana infancia se ha desarrollado un - tipo de instrucción hogareña que incluye la participación de los padres quienes supervizados por docentes es pecializados, estos se encuentran divididos en unidades de servicio en diferentes distritos. Conjuntamente exis ten centros de entrenamiento y educación especial encargados de capacitar a los maestros en el manejo de materiales y equipo y en la programación apropiada de los - niños. Estos centros están distribuidos en todo el Esta do, dando preferencia a los que residen fuera de los -- principales distritos. (Spence, 1978, Citado en Ellis y Cross, L., 1978).

Finalmente podemos detectar que con esta muestra de 5 pro-

gramas de estimulación temprana llevados a la práctica y - que no se han quedado sólo a un nivel teórico, muestran la gran posibilidad de efectuar este tipo de trabajo, pues a través de la participación de los padres, el trabajo multidisciplinario entre los profesionales involucrados en dichas actividades y sobre todo el enfoque de la labor comunitaria sin restringirse al apoyo gubernamental o institucional que pueda ser proporcionado se facilita la tarea de -- realizar programas de E.T., pues de otra forma se limitaría la labor a grupos reducidos y no se cubrirían las necesidades prioritarias de prevención. Para lo cual es indispensable la capacitación a profesionales y no-profesionales que permita un mayor acceso y extensión a los programas de E.T. encaminados a la prevención primaria y/o secundaria. De esta manera se pueden utilizar los recursos naturales - del ambiente sobre todo en aquellas poblaciones de nivel socio-económico bajo y áreas rurales que como ya se indicó son las más afectadas y necesitadas.

Y muy a pesar de las aportaciones positivas que debemos retomar de dichos programas, cuestionamos algunas deficiencias principalmente en los instrumentos de evaluación: ya que los instrumentos de medición mayormente utilizados se dan a un nivel de coeficiente intelectual (CI), coeficiente de Desarrollo (CD) y madurez, las cuales han sido diseñadas y estandarizadas en base a poblaciones de clase media de - países desarrollados, donde conocemos que su cultura, sus-



valores y su ritmo de vida es muy diferente a los de los -- países subdesarrollados. Además, el tipo de pruebas en las -- que se obtiene el CI no expresa nada con respecto a la adaptación o inadaptación del individuo, de acuerdo a las exigencias del medio en el que se desarrolla ni tampoco nos da la pauta para el tipo de tratamiento a seguir. Pues incluso como lo menciona Zarzosa (1979), dicha tecnología normativa y estandarizada de los tests psicológicos son el producto de una etapa histórica de la Psicología y continúan con su mismo sistema conceptual, problemas, métodos y soluciones que conforman un sistema mentalista-metafísico. Así el término de inteligencia se ha venido identificando y parcialmente definiendo en forma múltiple, alterándose la confiabilidad de que se está midiendo lo mismo o de que esto exista, pues los términos se convierten en formulaciones conceptuales abstractas, a pesar de que se presentan en resultados estadísticos para expresarlos cuantitativamente.

En las evaluaciones efectuadas en los pre-escolares de cada caso, no existe la confiabilidad (certeza) de que estas sean las medidas adecuadas y "los resultados de una prueba standar no arrojan ningún dato topográfico o funcionalmente correspondiente a déficits conductuales" (Ribes, 1972, pág. 19. En Zarzosa, 1979).

Con respecto al diagnóstico temprano tanto médico como psicológico Montenegro (op.cit.) opina que éste es un elemento --

más que presenta limitaciones (como forma colateral a los -- instrumentos de evaluación) imposibilitando así una oportuna intervención, esto como resultado de:

- Los pocos conocimientos del médico pediatra y del personal para-médico en la realización de un diagnóstico adecuado temprano.
- Debido a que los psicólogos sólo utilizan las pruebas de desarrollo psicomotor para evaluar niños con edad pre-escolar y no tienen la suficiente preparación para aplicar o mejorar las pruebas existentes para los lactantes.

Cabe señalar con ello que el psicólogo podría elaborar una evaluación más objetiva para la valoración que se requiere en este caso del lactante y pre-escolar a través de la estructuración de categorías conductuales específicas al desarrollo del niño, las cuales pueden romper con las barreras de las - conceptualizaciones abstractas. Esta actividad es una de las principales funciones que ha perdido de vista el psicólogo , quien cuenta con las herramientas pertinentes para la elaboración y aplicación de programas de E.T. y de sus respectivos instrumentos de evaluación adecuados a lactantes y pre-escolares, tanto en las instituciones de salud como en las educativas, este tópico será tratado ampliamente en subsecuentes capítulos.

#### 4.3 LA PARTICIPACION DIRECTA DE LOS PADRES EN EL MANEJO DE LA ESTIMULACION TEMPRANA

"La atención integral al niño desde el momento en que nace hasta su ingreso a la enseñanza - básica supone un rol muy importante de la familia y la comunidad, los que le proporcionan su entorno social afectivo y material. Es con la familia y a través de ella, que puede alcanzarse de manera más efectiva y completa al lactante y pre-escolar proporcionando a la madre, al padre y a los jóvenes las conocimientos y motivación para atenderlo y estimarlo". (Martínez, 1976, pág.6, En Bralić, Haussler, Lira y Montenegro, 1982)

Podemos distinguir que a pesar de que se ha venido mencionando a lo largo de los años, que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad, no se ha hecho nada por fortalecerla como dicho centro social capaz de proveer repertorios conductuales y sociales al individuo sobre todo en lo que se relaciona a la carencia de orientación por parte de los padres - para proporcionar una adecuada estimulación temprana (E.T.).

Con respecto a este hecho Bralić y col. (op.cit.), consideran que esta indiferencia del núcleo familiar puede ser una consecuencia de las necesidades y condiciones de la vida mo-

derna en la que la tecnología ha incrementado progresivamente y con ella la incorporación de la mujer al campo laboral, sin que la sociedad proporcione los elementos de apoyo integral necesarios. Dando prioridad sólo al progreso tecnológico y al desarrollo económico, olvidándose del progreso en el bienestar integral de las personas, aumentando así el riesgo de deterioro ambiental en los primeros años de vida del infante.

A su vez Friedman (1978), ha remarcado la importancia del papel de la familia como agente primario de cambios positivos en el tratamiento de los problemas de aprendizaje; ya que los padres son los primeros maestros de los pequeños y la familia la primera escuela, pues en ella se involucran todas las experiencias tempranas del aprendizaje. Un ejemplo claro de esto, es el hecho de que los padres establecen inicialmente los repertorios tales como seguir instrucciones, imitar, solucionar pequeños problemas, establecer conductas de autocuidado, etc., los cuales se ven reafirmados más adelante por la escuela.

Y por el contrario, cuando los padres no han establecido tales pautas de conducta, el niño se encuentra ante una barrera en el momento de llegar a la escuela formal donde el infante lo manifiesta a través de deficiencias en el aprendizaje. Es por esto que no debe perderse contacto con la familia, proporcionándoles oportunamente información por medio de conferencias formales y no formales, lo que en cierta forma podría aminorar los problemas manifiestos. Y la escuela, puede ser -

el enlace a través del cual el personal capacitado proporciona los consejos pertinentes a los padres y los guía hacia algún cambio apropiado, aprovechándose así el contacto que tienen los educadores con los padres, capaces de influenciar -- oportunamente en los cambios pertinentes. (Friedman 1978).

Afortunadamente en diferentes países se ha contemplado esta estrategia de realizar programas donde los padres sean los encargados de llevar a cabo actividades que tienen como objetivo la orientación en el manejo de sus niños y para obtener óptimos resultados estos programas son elaborados por especialistas.

Uno de estos países es Venezuela, en donde se ha aplicado un programa de E.T. que funciona en dos niveles: Diagnóstico integral y longitudinal y el tratamiento dirigido: A) Al niño -- que debe ser atendido intensamente respetando sus períodos -- fisiológicos de descanso y sus variaciones, y B) A la familia, que debe integrarse para la aceptación y manejo del infante -- como los principales responsables.

En este programa se llevaron a cabo cursos teóricos -- prácticos a los padres donde se tocan los aspectos primordiales de la E.T., la aplicación de las técnicas, utilización de materiales, juguetes creativos, etc. Las actividades de los grupos -- de padres permiten una mayor interacción entre la madre y el tratante, analizándose no sólo los problemas de los niños, sí

no los conflictos familiares que están afectando a la propia familia. Pues se observó que la elaboración de material, el resumir programas y la discusión de objetivos dieron una pauta de concientización a la familia dentro de lo que implica el problema del retardo, creándose mecanismos de apoyo entre sí. Incluso en el programa se contempla la ayuda psicológica y psiquiátrica a los padres tratando de establecer un equilibrio ante el percance (Nacimiento, Abadí, Cuevas, Perdonó y Baez, 1977).

Es importante destacar que éste es uno de los programas en el que más se han preocupado por llevar a cabo una sistematización metodológica que muestra resultados favorables y confiables en el manejo adecuado del contenido y técnicas de E.T. - por parte de los padres, no quedándose sólo a un nivel de información teórica sino la práctica en la que los padres aprenden a definir sus objetivos del programa, a elegir el material pertinente de acuerdo a sus necesidades económicas; además de que los padres recibieron terapias psicológicas y psiquiátricas con el propósito de eliminar o reducir aquellos comportamientos que obstaculizarían el buen desarrollo del programa de E.T. lo que contribuyó a que el programa fuera más completo y eficaz.

Por su parte la ciudad de Nueva Jersey ha elaborado un programa denominado "Rutgers" con el fin de entrenar a los padres para estructurar un plan de enseñanza hogareña, individualiza-

da, prescriptiva en un esfuerzo por mejorar sus condiciones desventajosas, siendo los padres los principales protagonistas del programa. Las metas son las siguientes:

- 1.- Ampliar la comprensión de los efectos de los estímulos positivos y negativos sobre el aprendizaje.
- 2.- Hacer que el padre conozca las secuencias de desarrollo y las edades en que aparece por lo general las habilidades.
- 3.- Alentarlo para que establezca interacción verbal con el niño con mayor frecuencia.

Dado que en este programa los consejeros para padres son maestros, trabajadores sociales y psicólogos, ellos requirieron de un proceso de adiestramiento a través del cual:

- Se proporcionó un programa de orientación para que el equipo de Consejero de Padres (C.P.) conozca en su totalidad el plan.
- Enseñar a desarrollar las siguientes habilidades: a) Manejo y utilidad de los materiales educativos. b) Conocer y practicar los principios básicos de la conducta de estímulos positivos y negativos, castigos y prohibición. c) Desarrollar la habilidad de evaluar, necesaria, para trazar un perfil de nivel de desenvolvimiento del niño y enseñar estas aptitudes a los padres. d) Describir prescripciones de conductas adecuadas para la identificación del proceder deseado.

do y para el desarrollo de comportamientos de control. e) Obtener la medida en que los padres los materiales presentados.

- Los consejeros seleccionaron a los ayudantes dentro de la familia durante la primera visita al hogar, además de determinar la selección del programa y explicar los requerimientos de su participación.

- El consejero entró en contacto con la familia y determinó la forma más eficaz y conveniente de cumplir el programa.

- Llevado el entrenamiento inicial, se definió el programa, las actividades de los padres, el empleo de materiales educativos, el perfilar el desarrollo y describir las tareas educativas, así como la presentación de los conceptos básicos en el manejo de la conducta.

- Y finalmente se llevaron a cabo las visitas domiciliarias y el adiestramiento individual en el hogar donde los consejeros auxiliaron a los padres en el proceso de enseñanza, por medio de rol de juegos (Collins, 1978).

Este programa presenta ventajas similares al programa anterior en cuanto al adecuado manejo metodológico para el cumplimiento de los objetivos y en lograr la participación directa de los padres en la implementación de la E.T. y sobre todo por el entrenamiento que se proporciona a los diferentes profesionales lo cual permite que el programa tenga una mayor difusión y así abarcar al mayor número de familias.

Otro de los países que se ha preocupado por realizar este ti



po de programas es Chile, que en 1979 efectuó un programa de E.T. del desarrollo psicomotor, considerando a las madres como el principal elemento capaz de proporcionar la estimula--ción y educación apropiada al infante, para ello las madres--recibieron entrenamiento a través de folletos e instruccio--nes verbales proporcionadas por las enfermeras.

Ya en marzo de 1974, se creó un plan piloto, dada la necesi--dad de implementar un programa que considerara a los niños -de nivel socioeconómico bajo, que crecen en un medio desfavorable y que presentan una alta probabilidad de retardo en su desarrollo manifestándose en el bajo rendimiento pre escolar y escolar. De ahí la necesidad de elaborar un programa que -tratara dichos problemas más tempranamente y en el que se hícieran responsables a los padres.

El plan piloto dió la pauta de que la estimulación proporcionada a los niños de nivel socioeconómico bajo, tanto del priomero como al cuarto mes de vida, influye positivamente en su desarrollo, comparado al rendimiento de los niños de nivel -socioeconómico medio alto. Y aplicado el programa al quinceao mes no se observaron efectos estadísticamente significatiovos que dieran la pauta de que la E.T. había influido en el desarrollo del niño.

En el programa piloto se dieron cursos de adiestramiento teóorico prácticos a las enfermeras y auxiliares; pues el psicó--

logo y los médicos sólo adquirieron un papel informativo. El adiestramiento se proponía incrementar los conocimientos de los participantes acerca del rol que juega el ambiente en el desarrollo del lactante, conocer las características del desarrollo psicosocial del lactante, capacitarlos en las técnicas de desarrollo, aplicación y evaluación de los mismos. El plan se dividió en 5 grupos, con el fin de valorar las diferentes variables.

En el primer grupo se probó el efecto del programa completo (evaluación mensual, visitas domiciliarias y el programa de E.T.) proporcionando un manual del recién nacido y del mes correspondiente a la edad del niño (cuyo contenido comprendía desarrollo y manejo del lactante). En el segundo grupo, trataron de comprobar el efecto de la evaluación mensual y en el tercer grupo el efecto de las visitas domiciliarias. En el cuarto grupo sólo se llevaría a cabo una evaluación trimestral del desarrollo psicomotor. Respecto al quinto grupo o control, lo formaron niños que no pertenecían a la muestra seleccionada de un nivel socioeconómico bajo.

Los instrumentos de evaluación fueron: la escala de evaluación y desarrollo psicomotor de 0 a 24 meses (Rodríguez y col. 1974, citado en Latore y Magendzo, 1979), prueba de Denver, prueba de Piaget para evaluar el desarrollo de la inteligencia entre 0 y 2 años, fichas de antecedentes personales y familiares, escala de Wechsler para las madres del grupo con--

trol, de comparación entre el CI de las madres y de los niños.

Las auxiliares realizaban visitas domiciliarias, registrando las observaciones en el ambiente natural, completaban la ficha de antecedentes personales y familiares de cada niño y citaban a las madres para las evaluaciones periódicas.

Se observó en los resultados que el CI de las madres no afectó en nada el desarrollo psicomotor de los niños. Pero sí, influyó en la motivación a lo largo del programa, que se reflejó por el nivel de participación de las madres. En esta primera práctica las enfermeras reportaron no tener los repertorios suficientes en la aplicación del programa, ya que le surgían dudas que no podían ser debidamente aclaradas, dado que no tenían acceso al psicólogo, además de que había niños quienes requerían de una atención especializada. Siendo uno de los principales problemas, la necesidad de incrementar la infraestructura, pues en general se observó una adecuada aceptación y participación de la comunidad, donde se llevó a cabo el programa.

A raíz de los programas piloto surge un programa de salud para el niño, durante el período de 1976-80, teniendo como objetivos específicos:

- a) Identificar y captar la población de mayor riesgo y orientar preferentemente hacia ella las actividades y los re--

cursos humanos y materiales.

- b) Prevenir el retardo del desarrollo psicomotor de etiología ambiental, a través de una evaluación oportuna y educación a las madres.
- c) Incorporar a la comunidad a las actividades de salud.

Esto se llevó a cabo en consultorios de hospitales y servicios de emergencia en diferentes regiones, para lo cual, se efectuaron constantes evaluaciones del desarrollo psicomotor según la edad y la determinación del riesgo. Contándose con un grupo de trabajo integrado por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y/o matronas, nutricionistas, asistentes sociales y aunque no se contó con un psicólogo, sí se plantea su necesaria inserción para la capacitación, asesoría y supervisión del programa.

El programa también consideró como actividades específicas: - la de diagnóstico, la enseñanza o educación a la madre en relación a la estimulación psicosocial, la relación madre-hijo, normas de crianza, indicaciones de visita domiciliaria, interconsulta a especialistas, evaluación de los cambios, registros y citaciones.

Con las visitas domiciliarias se pretendió fundamentalmente enseñar la E.T. a uno o más miembros de la familia del lactan

te de riesgo que presenta déficits en el desarrollo psicomotor, evaluando y supervisando la situación de riesgo ambiental. (Latore y Magendzo, 1979).

Este programa presenta serias limitaciones, ya que surgió a efecto del programa piloto, en el cual no existe una correlación entre los objetivos específicos planteados y las medidas de evaluación utilizadas; es decir, que el desarrollo psicomotor no es el factor determinante de todas las variables -- (normas de crianza, educación a los padres, estimulación -- psisocial, etc) contempladas en los objetivos y manejadas dentro del programa. Además sólo se describe, el dónde, quiénes y el para qué de las metas; pero no sistematiza el cómo se va a lograr el cumplimiento de los objetivos, en sí el -- programa carece de una estructura ordenada y constante de -- las variables independientes y de los instrumentos de evaluación utilizados en cada fase del programa. En relación a los resultados obtenidos no puede opinarse, dado que éstos aún -- no han sido reportados por estar aún vigente el programa.

En el programa piloto podemos observar que el tiempo de entrenamiento que recibieron las auxiliares es muy reducido, -- para la adquisición y aplicación de conocimientos sobre el -- desarrollo del niño. Por lo tanto sería conveniente efectuar una investigación más sistemática que especifique cuál o cuáles de las variables son las determinantes para que se logre el éxito del programa. Pues en este caso no se observó ningun

na variable (NSE Y E.T.) que se precise como la constante de cambios específicos. Agregando de que los instrumentos de evaluación utilizados tanto en el diagnóstico como durante el programa carecen de datos lo suficientemente significativos para determinar si las actividades de E.T. efectuadas fueron las responsables de los cambios de conducta en los niños.

También Australia es otro de los países que ha visto la necesidad de integrar a los padres en los programas de intervención temprana a niños incapacitados y en estos países se logra formalizar dichos programas en la etapa pre-escolar. Ya que, en 1973 el gobierno de este país declaró la estabilización de la Comisión Australiana de Pre-Escolares, lo cual implica la educación preescolar obligatoria de un año para niños incapacitados, dándosele prioridad a la educación temprana, proviendo la oportunidad a los pequeños que requieren de educación especial. A raíz del informe de gobierno se establecieron los Centros del Cuidado Diario en diferentes regiones de Australia, formados por organismos voluntarios y autoridades gubernamentales y no gubernamentales.

Así, el Instituto de Tecnología Preston-Bundora, Victoria en 1976 inaugura el Centro de los niños, donde se llevó a cabo un entrenamiento de intervención temprana, en el cual los padres son los principales protagonistas, teniendo como objetivo general del programa: la implementación y evaluación de -

los programas a desarrollar adecuados a las necesidades "intelectuales" y "emocionales" de los niños pre-escolares incapacitados y de sus familias.

Los programas que se implementaron fueron realizados en 3 - áreas de trabajo: en el Centro, en la casa y con los padres, - que fueron entrenados a operar los programas en el hogar. Teniéndose como principales propósitos de los Centros:

- 1.- El proveer entrenamiento en el manejo del niño a todas - las familias en las comunidades con niños incapacitados.
- 2.- Efectuar investigaciones concernientes al desarrollo del infante incapacitado.

Otra de las metas de los Centros del Cuidado del Niño es integrar al niño incapacitado a las clases ordinarias. De manera que, la estimulación temprana pueda ampliar su rango de edad 0 - 8 años.

Con respecto al Centro de Guía de Padres Monnington es uno de los principales centros auspiciados por el departamento del - Estado de Victorian, que provee un servicio de guía a los padres de niños con múltiples incapacidades desde el nacimiento hasta los 4 años y medio , y en casos especiales los niños se retienen hasta los 16 años. Monnington, además de ser un Centro de educación especial preescolar, es un Centro de orientación a los padres, que cumple con funciones interdisciplina--

rias y es una fuente de información sobre los programas de--  
integración y coordinación para los maestros, a la vez de -  
que brinda servicios de visitas periódicas a los hogares que  
se encuentran fuera de la ciudad. (Departament of Social Se-  
curity, 1978).

En este plan de trabajo puede apreciarse que positivamente ,  
el objetivo general del programa abarca tanto a los pre-esco-  
lares como a sus familias en los diversos Centros de Orienta-  
ción a Padres ubicados en diferentes regiones de Australia ,  
lo cual es una aportación favorable al tratar de englobar a  
la mayoría de la población de familias con niños incapacita-  
dos; pero desafortunadamente no se reportan las estrategias-  
del cómo se lleva a cabo dicha orientación, así como también  
se desconoce la metodología específica empleada, los resulta-  
dos obtenidos y los instrumentos de evaluación utilizados en  
la aplicación del mencionado programa.

Podemos observar a través de esta breve revisión de los pro-  
gramas en los que se ha involucrado a los padres, que muy a-  
pesar de la poca información sobre la metodología utilizada-  
o por la carente sistematización en el procedimiento de sus  
programas, éstos nos permiten apreciar que [la familia es el-  
medio más accesible de prevención; ya que es ella la que posee  
el contacto directo con los niños, y puede adquirir las habi-  
lidades necesarias para proporcionar a los pequeños la esti-  
mulación adecuada en sus experiencias diarias], independiente



mente del nivel socio-económico al que pertenezca cada familia dado que lo esencial es que los padres manejen los estímulos en cantidad y calidad, además de proporcionar las consecuencias adecuadas al comportamiento del infante. Puesto que el entrenamiento a padres es una de las formas más eficaces, - la cual no requiere necesariamente de un apoyo institucional, que exhortaría a mayores gastos en la realización de los programas de estimulación temprana.

Así también no se deja de considerar que la realidad social - más cercana a la experiencia, es la familia, que como célula social refleja en sí misma los grandes problemas de la sociedad en que vivimos, además de ser una unidad de relaciones humanas que depende de las influencias externas, relacionadas a las dimensiones sociales y económicas.

Es por ello que la familia requiere una atención cuidadosa, -+ pues se puede decir que ésta queda al alcance de nuestra arte sanía social. Y a través de la adquisición de habilidades de los padres, en la detección temprana de incapacidades y en el manejo de contingencias adecuado en los niños, contribuye y - significa uno de los mejores mecanismos de defensa y prevención que podemos poseer. (Ver Cuadro 2, participación familiar en la E.T.).

#### 4.4 CONCLUSIONES

A través de las páginas anteriores se ha venido remarcando - que la educación a padres e hijos puede mejorar, modificar o evitar un deterioro ulterior, si se comienza a entrenar al niño tempranamente; ya que con las modificaciones ambientales se puede contribuir al desenvolvimiento de cada niño dentro de su propia gama de reacciones.

Esto nos lleva a reafirmar que la estimulación temprana es - una de las medidas de prevención primaria, secundaria e inclusive terciaria más importante, usual y factible en su aplicación al remedio del retardo en el desarrollo que desafortunadamente aún en nuestros días y especialmente en nuestro país no ha tenido grandes avances en lo que respecta a la creación de Centros de E.T. y a sus respectivos programas, así como el entrenamiento a padres para manejar adecuadamente la estimulación.

Hacemos notar que uno de los mayores problemas en la aplicación de los programas de E.T. es el control de la evaluación, tanto por las técnicas hasta ahora utilizadas como por el valor de la evolución del desarrollo del niño. Es por ésto que debe prestarse especial atención en el manejo metodológico de los programas de E.T. de manera que la estimulación terapéutica puede ser más específica y clara, procurando crear y arreglar métodos eficientes y generalizables que logren registrar

los datos ocurridos en la etapa neonatal, durante el desarrollo del niño y a través del manejo del programa de estimulación temprana. Además de que un programa de estimulación temprana no sólo radica en su elaboración y sistematización, sino en el entrenamiento a las personas que van a aplicarlo, ya sea a los profesionales o no-profesionales (personal de apoyo de los Centros o Padres). En estos últimos recae la importancia del programa, lo cual es ventajoso pues los padres pueden manejar adecuadamente la estimulación y con ello facilitar la detección temprana de cualquier déficit en sus hijos.

Y como hemos observado en diferentes países latinoamericanos, que muy a pesar de sus aportaciones los trabajos realizados sobre Estimulación Temprana se puede advertir que dichos programas son insuficientes para atender a la población necesitada en cada uno de ellos, así como el número reducido de profesionales capacitados para la elaboración de programas de E.T., por lo que es necesaria la divulgación de la estimulación temprana como arma preventiva, tanto a nivel gubernamental, institucional, científico, académico, como familiar con el propósito de proporcionar una mayor accesibilidad a la aplicación de estos programas; pues incluso a largo plazo resultaría ventajoso para la economía nacional, dado que:

- 1.- Se reducirían los gastos en el área de rehabilitación (en lo que se ha tenido gran concentración en cuanto a la superestructura e infraestructura).

- 2.- Por el entrenamiento a los no profesionales en la ejecución de los programas, lo cual proporcionaría una mayor atención comunitaria y por lo tanto el menor requerimiento de profesionales.
  
- 3.- Al reducirse la población de individuos con problemas de retardo en el desarrollo por medio de los programas de prevención (estimulación temprana), incrementará la población de personas económicamente activas. Dándose la oportunidad a un mayor progreso académico y social, teniéndose consecuentemente un aumento en el desarrollo productivo del país.

La única dificultad a corto plazo para la divulgación y aplicación de la E.T. a nivel comunitario, sería la disponibilidad económica para la capacitación requerida a todos aquellos profesionales involucrados, como: médicos, enfermeras, maestros, educadoras, pedagogos y psicólogos para adquirir los conocimientos que más tarde ellos transmitirán a los no-profesionales en su respectivo campo.

También es importante la integración de equipos multi e interdisciplinarios capacitados en la elaboración y aplicación de programas de E.T. en cuyas actividades se incluya la de estructurar instrumentos de medición que evalúen conductas observables y medibles acordes a las necesidades propias de la población a tratar. Ya sea con poblaciones de niños que les

ha sido detectada tempranamente alguna alteración en su desarrollo (prevención secundaria) o bien en aquellos niños que no presentan ninguna alteración o también en los neonatos de alto riesgo (prevención primaria) incluso la aplicación de un programa de Estimulación temprana en los primeros 6 años de vida de un niño con alteraciones orgánicas declaradas (síndrome de Dawn, parálisis cerebral, etc) resultaría ser también una prevención a nivel terciario (aunque esto no significa que toda rehabilitación sea prevención terciaria como se ha mencionado en el capítulo I ) Y quién más que el psicólogo para realizar esta tarea y algunas otras que también le atañen como es el entrenamiento a padres y profesionales en el uso de las técnicas de estimulación temprana adaptadas a diferentes ambientes y niveles socio-económicos.

Con esto puede apreciarse que el psicólogo está muy involucrado en estas medidas de prevención y en las cuales poco ha participado.

LA INSERCIÓN DEL PSICOLOGO EN LA PREVENCIÓN

A lo largo del presente trabajo hemos rescatado algunos puntos centrales sobre lo que se ha hecho para prevenir el problema del retardo en el desarrollo. Llegando a la conclusión de que existen básicamente dos puntos de vista:

- a) el médico, que requiere de la elaboración de programas de salud pública, informativos y educativos que comprendan los factores genéticos, prenatales, perinatales y postnatales; y el punto de vista
- b) Educativo, que requiere de llevar a cabo programas de Estimulación Temprana, entrenamiento a profesionales y no-profesionales.

*Para*

Ahora, nos cuestionamos qué ha hecho el psicólogo para resolver esta problemática o cómo está involucrado, consideramos que su participación es primordial ante la gran demanda de personas que requieren de rehabilitación por lo cual es indispensable la realización de programas para la prevención del retardo, es así como a través del presente capítulo se tratará de analizar la forma en la que el psicólogo está involucrado en dichas actividades, para ello recordaremos primeramente que la Psicología es "una ciencia natural y experimental cuyo objeto de estudio es el comportamiento de los or

ganismos individuales. Como profesión se dirige fundamentalmente a resolver problemas en que interviene como dimensión fundamental, el comportamiento humano, ya sea a nivel individual o de pequeños grupos, aún cuando los efectos de su acción se expandan a grupos más numerosos. (Ribes, Fernández, Rueda, Talento, M. López 1980, pág. 58).

*net*  
Por esto la acción psicológica se involucra no sólo en la conducta del individuo sino en el ambiente en el que se desarrolla, por ello la Psicología comparte dos metodologías, por un lado la de las ciencias biológicas experimentales y, por el otro, la de las ciencias sociales. De tal forma la actividad genérica del psicólogo se encuentra definida en 4 funciones principales, las cuales ya fueron mencionadas en las primeras páginas del presente trabajo, y son:

- 1) La detección de problemas.
- 2) La Promoción de cambios de acuerdo a los objetivos individuales o de grupo (educación y capacitación).
- 3) La Rehabilitación.
- 4) La Investigación.
- 5) La planeación y Prevención (Ribes, Talento, Fernández, Rueda y López, 1980).

Desafortunadamente en esta última función el campo de la Psicología no ha explorado lo suficiente como para permitir la-

participación más directa del psicólogo en la elaboración de los programas preventivos dentro del horizonte de la Salud Pública, y más específicamente, en el caso del retardo en el desarrollo que es nuestra preocupación en esta tesis. Ya -- que se puede apreciar que uno de los caminos en los que el psicólogo puede participar es la detección temprana del retardo en el desarrollo (prevención secundaria), señalada por Ribes (1975) como la forma más viable para la identificación de factores tanto biológicos como ambientales inadecuados. Concentrándose esta acción preventiva en la programación de la manipulación ambiental para atacar el retardo, dado a que las principales determinantes ambientales son:

- a) La carencia de reforzamiento positivo,
- b) El reforzamiento de conductas inadecuadas, y
- c) El empleo inadecuado de estimulación aversiva.

De manera que desde el punto de vista conductual, la prevención del retardo abarca dos tareas básicas:

- El diseño de ambientes institucionales, educativos y de trabajo.
- El adiestramiento a profesionales y no profesionales en la ciencia del comportamiento (médicos, enfermeras, educadoras y miembros de la familia).

La tarea preventiva debe ser una acción comunitaria de traba



jo hacia la detección y prótesis de manera sistemática de -- los diversos problemas del retardo, tanto en las instituciones especiales, como en la familia y en la escuela dirigidos hacia los cambios necesarios de la práctica social, como serían: hábitos alimenticios, crianza de los niños, intereses-educativos, etc.

Así también existen 2 problemas para la prevención del retardo en América Latina:

- Problemas*
- 1) Por una parte, la participación misma del psicólogo como especialista del comportamiento.
  - 2) Y por otra parte la dificultad para hacer participar a los diferentes sectores de la población, dentro de un programa de prevención.

Y lo lamentable es que el psicólogo puede diseñar la tecnología de evaluación y prótesis del retardo conductual y llevar a cabo la capacitación de los paraprofesionales de la Psicología en el empleo de dicha tecnología y a su vez a los no profesionales que van a emplearla. Además de que en el diseño de esta tecnología, deben tenerse a consideración las condiciones socio-económicas particulares de cada uno de los países latinoamericanos. (Ribes, 1975).

Sin embargo, no debe dejarse a un lado la labor e importancia de la participación del médico en la prevención, en cuanto a

que, en conjunto con sus evaluaciones, se pueden elaborar diagnósticos más confiables en los recién nacidos y pre-escolares, los cuales no resultarían con la sola evaluación médica o psicológica. Una vez obtenida la detección temprana de algún problema, el médico brinda aquellas medidas que contribuyen a situar al organismo retardado (deterioro orgánico) a las condiciones físicas óptimas, para que el psicólogo pueda planear y establecer el proceso de aprendizaje adecuado al medio del infante. Sobre todo manejar las variables del ambiente del niño, como son: los estímulos apropiados que debe recibir de acuerdo a su desarrollo y el entrenamiento a los padres para el manejo pertinente y constante en las áreas de comportamiento cognoscitivo, social y motor. Ya que aún en los casos en que existen impedimentos biológicos, estos no obstaculizan que la conducta sea función de sus consecuencias, pudiéndose modificar (parcialmente) mediante la manipulación ambiental.

Es así, como nos preguntamos ¿Cuál de los profesionales involucrados en el desarrollo del niño, es el más indicado para llevar a cabo este arreglo de condiciones ambientales? ¿el mismo médico? ¿ el peditopsiquiatra ? ¿ el psicólogo ? ¿ la educadora ? o ¿ la enfermera ?. A esta pregunta podemos responder, que cada uno de estos profesionales juegan un papel muy importante en la labor preventiva, donde cada uno aportará conocimientos importantes en sus respectivos campos de aplicación dirigidos hacia un mismo objetivo a través de un -

trabajo multidisciplinario. Y principalmente el psicólogo, es quien tiene mayores herramientas en el manejo del ambiente y modificación de conducta en la medida que diseña una tecnología de evaluación y prótesis del retardo en el desarrollo, - observando los resultados progresivamente y en forma objetiva, ajustándose a una metodología específica, así como responder al necesario y requerido adiestramiento a los mismos -- paraprofesionales y no profesionales, como en el caso de los padres. Esto, tampoco significa que el psicólogo por sí solo logre cumplir los objetivos terapéuticos, sino que se requiere de un verdadero trabajo multidisciplinario.

Esto nos lleva a apoyarnos en Bayes (1979), quien reafirma - que por medio del análisis conductual con el cual se averi- - guan los factores ambientales que son los responsables de - la producción o mantenimiento del comportamiento que calificamos como deficiente, nos conduce a una realidad concreta - en los cambios conductuales capaces de modificar dicho comportamiento, tanto en cantidad como en calidad deseada. Labor que puede llevar a cabo el psicólogo, sin perder de vista su objetivo primordial que es la desprofesionalización, mencionada por Ribes (1979), donde puntualiza que:

"El ejercicio profesional psicológico óptimo en las áreas -- aplicadas, consiste precisamente en proporcionar a los miembros no profesionales de la comunidad la formación necesaria para que puedan llegar a resolver, autónomamente sus propios

problemas conductuales" (Ribes, I. 1979, En Bayes, 1979 pág. 90).

Por otro lado Brea y Correa (1980) consideran la desprofesionalización de la Psicología, como aquella acción en la que los integrantes de una comunidad obtienen informalmente los medios propios de esta disciplina con el propósito de utilizarlos en los diferentes problemas ecológicos existentes en su misma comunidad.

Y Bayes (op. cit.) hace hincapie que, el psicólogo puede participar activamente y asimismo colaborar con las medidas de acción preventiva, proponiendo que:

- 1) Se debe tener los conocimientos suficientes de las leyes naturales que gobiernan el aprendizaje.
- 2) Definir objetivamente los comportamientos que calificamos de retardados, anómalos o deficientes.
- 3) Identificar, las variables ambientales concretas cuya alteración pueda influir en el mantenimiento, disminución o aumento de estos comportamientos o la presentación de nuevos comportamientos.
- 4) Tener los conocimientos, los medios, y el poder para introducir en las variables los cambios pertinentes.
- 5) Partir de una realidad existente y de los objetivos conductuales que pretendemos lograr, por medio de la secuencia

ciación de programas de actuación, que estén en consecuen-  
tes correcciones, en función de los datos que se van obte-  
niendo.

- 6) Publicar los resultados, con el fin de que otros profesio-  
nales los reapliquen y pueda comprobarse el conocimiento.

Así el autor sugiere un modelo somático conductual al retardo  
en el desarrollo, donde la práctica de las funciones profesio-  
nales, tanto del médico como del psicólogo sean por medio de  
un trabajo multidisciplinario en el cual la acción médica ---  
(tratamientos farmacológicos, quirúrgicos, dietas especiales,  
diseño de prótesis orgánicas, etc) precederá a la psicológica  
(definición operacional de los objetivos, programación y se-  
cuenciación, repertorios conductuales, etc. ). De tal forma -  
que la sociedad debe enfrentarse al problema real del retardo  
en el desarrollo realizando acciones preventivas mediante un-  
cuerpo de trabajo médico-psicológico re-educativo, consideran-  
do desde el comienzo la futura y gradual disminución de sus -  
servicios asistenciales y re-educadores en función de los --  
cambios ambientales necesarios a introducir en la sociedad -  
con el objeto de reducir la cantidad de retardados. (Bayes, -  
op. cit.).

Así también, la labor del psicólogo es trascendental en el --  
pre-escolar para participar en la prevención secundaria y no -  
sólo reservarse al trabajo rehabilitatorio. Precisamente mues-  
tra de ello son las investigaciones de un grupo de psicólogos

de Madrid (1980) que han creado Centros pre-escolares,-- planteando que en esta etapa; no se trata sólo de adjudicar- conocimientos al niño por el hecho que le sean útiles en la- enseñanza posterior, sino que por el contrario se trata de - brindar al pequeño los medios adecuados para que desarrolle- sus capacidades y organice correctamente sus experiencias en un plano educativo, de acuerdo a los objetivos propios a la etapa pre-escolar. Y, en este último objetivo es donde el -- psicólogo se inserta, y puede participar, tomando en cuenta que si sólo se sigue una meta académica, el desarrollo del - infante resultaría incompleto y podrían efectuarlo otros pro- fesionales, como es el maestro y el educador. (Acción Educa- tiva, 1980).

Es decir, que la labor del psicólogo en este campo (etapa -- pre-escolar) debe ser eminentemente preventiva y no sólo enca- minarse a:

- Labor*
- a) Dar las bases a la Institución para la formación de un me dio estimulante suficiente para satisfacer las necesida-- des del niño.
  - b) O ejercer una atención individual para llevar un control - del desarrollo de cada niño que permita detectar temprana- mente posibles alteraciones que evolucionen y deterioren - su integración social, pues además de la eficacia de su - presencia en el Centro puede ir su trabajo más allá de las tareas individuales y dirigir los objetivos instituciona--

les hacia las familias, los educadores y maestros.

*Lein*

Sin embargo, podemos observar que lamentablemente en la práctica real, todos los objetivos profesionales y laborales del psicólogo antes mencionados, no se cumplen del todo; ya sea por las limitaciones de las mismas instituciones, por la responsabilidad y los cambios que implican las acciones preventivas o por la falta de conciencia del psicólogo sobre sus actividades y participación en la Salud Pública. No debemos perder de vista que la participación del psicólogo no sólo se quede a un nivel de conocimientos técnicos y científicos, sino que debe trascender a la aplicabilidad y ajustarse a -- las condiciones sociales y económicas existentes. A lo cual Campillo y Hernández (1979) señalan que tradicionalmente al psicólogo se le ha asignado el rol y la tarea de "evaluar", "medir" y "curar" las alteraciones conductuales, "emocionales" y sociales que han llevado a la elaboración de las técnicas más eficientes y científicas para eliminar uno a uno estos casos, dejando a un lado los factores económicos y sociales subyacentes involucrados en la producción de los desajustados, remarcando el rol del psicólogo, derivado del modelo médico y reduciendo su campo de trabajo a la terapia individual.

"La intervención del psicólogo en la problemática social se ve coartada por los planes de estudio de la mayoría de las Universidades, no incluyen las materias que abren el campo --

para su participación efectiva en programas de salud pública, de planeación social de desarrollo de la comunidad o de salud mental preventiva" (Campillo, y Hernández, L. 1979, pág 586).

Sólo hasta la década de los 70's se presentaron cambios en las facultades de Psicología, en cuanto al contenido de materias con énfasis social, comenzando entonces, una modificación en el sistema de enseñanza e iniciándose el proceso de la redefinición del papel del psicólogo. Por ejemplo, las condiciones de marginalidad como: el escaso repertorio conductual urbano, el bajo poder adquisitivo, insalubridad y promiscuidad producen salidas colaterales como la drogadicción, el alcoholismo y diversas conductas desviadas de la norma, las cuales son canalizadas al psicólogo, quien las ataca a un nivel individual (Psicología curativa) y deja a un lado los principios de la Psicología preventiva, la cual aborda las causas de los problemas en la comunidad, en donde según los autores ésta es una forma de alcanzar el objetivo de la Psicología (que es el de eliminar los problemas de salud psicológica). Es por ello que la labor del psicólogo debe enfrentarse a la prevención y no sólo a la curación de la patología para lo cual sería necesaria:

- La revisión y evaluación en los contenidos de los programas de estudio.
- La re-programación bajo un enfoque social.



- El análisis e investigación en los problemas del núcleo familiar y en la comunidad.
- La Re-elaboración de las técnicas existentes e implementación de nuevas técnicas y métodos para el trabajo psicológico comunitarios.

De ahí, que un programa de Psicología preventiva logrará que el psicólogo muestre su capacidad en el campo del bienestar colectivo, proporcionando una atención coherente con la realidad nacional, al mismo tiempo que se abrirían nuevos y diferentes campos de trabajo. Y estas condiciones no podrán presentarse sin un cambio en los programas de enseñanza y una adquisición de técnicas actuales para la atención colectiva. (Campillo op. cit.)

Por su parte también Talento (1980), analiza y define el rol social que debería jugar el psicólogo, considerándolo dentro de un contexto de una realidad social y fundamentándolo en dos características principales:

- 1) Que parta de un marco teórico y se inserte en el contexto de una realidad histórica social determinada.
- 2) En base al punto anterior, crear nuevas formas de práctica profesional sin perder de vista la desprofesionalización de la Psicología.

rol social

Y para cumplir con este rol social, se requiere que el psicólogo lleve a cabo las funciones de:

- función social*
- a) Relacionar el conocimiento, la teoría, la práctica y el ejercicio profesional no contribuyendo a la hegemonía -- del bloque dominante.
  - b) Vincular la producción con la estructuración del objeto de conocimiento práctico-científico, la ideología política de donde se parte, con la capacidad explicativa y - potencialidad de las teorías elaboradas.
  - c) Establecer las características de los conocimientos científicos.
  - d) Establecer las condiciones adecuadas para desarrollar el conocimiento científico durante la práctica profesional. Además el autor considera que una nueva práctica profesional, es la desprofesionalización, que contribuye a:

- La práctica profesional como un modelo educativo que requiere para su desarrollo el enlace institucional.
- Y que posea 3 ejes troncales: 1) Como práctica profesional apoyada en la institución se canaliza a beneficios sociales y trabajo comunitario. 2) Como práctica docente, busca la relación entre la teoría y la práctica para la solución de los problemas concretos, utilizando los recursos humanos existentes, y 3) Como modelo de enseñanza, -

establece los repertorios metodológicos y de solución de problemas en el área clínica, educativa, rehabilitación y en la comunidad (Talento, op. cit.).

Y remarcándose aún más el problema del papel del psicólogo , en marzo de 1978 se reunieron en Jurica directores de diferentes escuelas y facultades de Psicología, así como representantes de distintas asociaciones de Psicología de México con el propósito de definir el perfil profesional del psicólogo . En este taller se hizo mención de que en los últimos años -- el campo del psicólogo se ha concentrado en:

"Las instituciones dedicadas a la enseñanza de la Psicología reforzando el carácter academicista de la Psicología y generando por otro lado la necesidad de superarlo debido fundamentalmente a la creciente demanda de la carrera". (Pérez, 1979, pág. 642).

De manera que los problemas de la Psicología se dejan ver en un campo aparentemente formal; pero sólo reflejan las condiciones sociales en que se desarrolla la teoría y la práctica psicológica.

Varios de los expositores estuvieron de acuerdo en que era necesario dirigir la formación profesional hacia los estratos sociales más necesitados. De esta manera la selección de áreas de trabajo lleva a cambiar la orientación, no solamente

de la propia concepción de la Psicología, sino también de -- las técnicas de diagnóstico e intervención. Ya que, comunmente, la imagen del profesional que dirige sus servicios al -- grupo capaz de pagarlos ha sido también guía en la formulación de los programas académicos. Dado que, las técnicas mayormente utilizadas como: pruebas psicométricas, técnicas sociométricas, la publicidad y propaganda han estado dirigidas por los sectores que controlan la producción, y por lo tanto los estratos económicos altos. Por ello la actual concepción de que la Psicología así como las técnicas de diagnóstico e intervención deben sujetarse a revisión, en función de los problemas que se desean resolver, relacionados a las necesidades del país haciendo de la Psicología una disciplina comprometida con el cambio social, tanto hacia el interés de orientar la formación profesional hacia los problemas sociales, como hacia la transformación de la estructura socioeconómica. Siendo importante, que al mismo tiempo de intentar la transformación del perfil profesional del psicólogo se intenta superar la conciencia gremialista que ha predominado en los psicólogos, ampliándose las actividades a los sectores más necesitados (Pérez, op.cit.)

Marín (1978), observa la gran importancia y difícil labor de entrenar al psicólogo socialmente (conciencia social), sobre todo en Latinoamérica, dadas las condiciones sociales y económicas de estos países, donde el psicólogo debe responder a las necesidades del país. Por lo cual el autor propone un mo

delo para la formación profesional del psicólogo, que consiste en:

- 1) Necesidades del medio, dado que estas son muy extensas y urgentes, se requiere de la disponibilidad y competencia de un gran número de psicólogos en el menor tiempo posible para solucionar los diversos problemas de sus países.
- 2) Limitaciones de recursos humanos; todos los países latinoamericanos cuentan con un mínimo de psicólogos, los cuales no alcanzan a cubrir la demanda suficiente ni responder a las necesidades de sus países, además de que los existentes se canalizan a la docencia, capacitación y --rehabilitación y no pueden participar directamente en el campo social.
- 3) El alto costo del entrenamiento, tanto por parte del estudiante, como por las instituciones que deben mantener bibliotecas y laboratorios actualizados.

Con esto, el modelo de entrenamiento debe ser lo menos redundante posible en cuanto a contenido con el que se capacite al psicólogo a la menor brevedad (Marín, op. cit.)

En conclusión, es evidente que la Psicología contempla claramente las funciones del psicólogo en el campo preventivo, pero éstas han quedado solamente en el análisis teórico y no se ha investigado lo suficiente como para llegar a hacer una -

Psicología Preventiva y llevarla a la práctica; Y son las -- Universidades la fuente principal para dar inicio a la Psicología preventiva, donde a los psicólogos se les cree conciencia de la importancia en la elaboración y aplicación de programas preventivos de Salud Pública, más que dedicarse a la Psicología correctiva. La Psicología es una de las ciencias-- mayormente comprometidas que debe responder a las necesida-- des existentes del país.)

Incluso como lo menciona Malgrat (1978 ), es necesario que - dentro de la formación no sólo se considere la realidad sociohistórica, sino además los planes de desarrollo a corto, mediano y largo plazo en función de los objetivos nacionales en las áreas de productividad y Salud Pública. Y de esta manera, el Psicólogo puede participar activa y ampliamente dentro de las transformaciones de la nación e integrar diversos equipos multidisciplinarios que se requieran para el análisis y evaluación de los programas nacionales. Por el contrario no podría comprender la realidad histórico-social dentro de un contesto conceptual y estará al margen de ella. (Malgrat,op.cit.)

Con esto podemos atrevernos a decir que el psicólogo es quién puede recibir una mejor instrucción para su participación social y tener las herramientas necesarias para la elaboración de programas preventivos de orden comunitario. Sin embargo, - no se han explicitado dichas habilidades, quizás, por el compromiso social que esto implica, la falta de apoyo institucion

nal y la carencia de conocimientos sobre las labores preventivas que pueden efectuarse dentro de cada uno de sus campos de desarrollo (clínico, educativo y social) brindando una mayor dedicación a la rehabilitación (programas correctivos) que a la misma prevención, la cual en este trabajo es nuestro foco de atención, fundamentalmente en su relación con el retardo en el desarrollo. Siendo indispensable, que nuestra sociedad enfrente el problema real del retardo realizando acciones preventivas mediante los profesionales involucrados en este quehacer médico-psicológico-social y re-educativo (ver cuadro 3) sobre el trabajo multidisciplinario, aprovechando los servicios asistenciales y educativos existentes, primordiales para los cambios ambientales y sociales necesarios para reducir el porcentaje de retardados.

Es por esto, que todo psicólogo debe concientizarse y prepararse a la labor social para tener el privilegio de elaborar y contribuir en los programas preventivos, apoyados en una metodología sistemática. En resumen, puede decirse que el psicólogo poco se ha capacitado y relacionado en estas tareas y -- sus deficiencias se encuentran desde la formación profesional hasta el rol social que ha adquirido y heredado. Cabe señalar también, que dichas actividades del psicólogo se ven limitadas por el carente apoyo legal y los recursos humanos y económicos tan deficientes en nuestro país y más aún para cubrir aquellas necesidades que todavía no son palpables por la evidencia o que parecen ser superficiales; pero que existen y --

tienen trascendencia en la salud de sus pobladores.

Todo lo anterior nos lleva a la necesidad de plantear algunas alternativas de prevención para el retardo acordes a las condiciones económicas, sociales y culturales de nuestro país. No pretendemos que con ellas se llegue a la solución del problema expuesto a lo largo del presente trabajo, sino dar el punto de partida a investigaciones serias y sistemáticas -- acerca de los factores que aquejan y producen dichas alteraciones, así como atacar los agentes causales ya existentes -- en México tratando de evitar el proceso evolutivo del retardo en el desarrollo.

Las alternativas sugeridas en el siguiente capítulo procuran que los profesionales de la salud y principalmente el psicólogo traten de concientizarse de la primordial importancia -- que tiene su participación en las acciones preventivas que -- nos han conducido a esta revisión.



ALTERNATIVAS DE PREVENCIÓN PARA EL RETARDO EN EL DESARROLLO

A través del tiempo la prevención se ha venido manejando sólo a nivel informativo (conferencias, seminarios, películas, etc.) ha sido la exageración de las supuestas repercusiones indeseables que sobrevendrían al comportamiento en cuestión o a padecimientos futuros, dichas tácticas cayeron en desprestigio -- afectando incluso a otros tipos de prevención formales. A pesar de esto, cabe la posibilidad de que no se ha dado una verdadera oportunidad ni a la información, ni a la educación simultáneas para demostrar su eficacia como instrumentos de prevención; ya que éstas manejadas adecuadamente en su transmisión consideran: la credibilidad, la naturaleza del mensaje, las características de los destinatarios y la cantidad y calidad de práctica que genera.

Existe otra posibilidad nacida a raíz del fracaso de dicha -- prevención informativa (nivel de información), que es la de proporcionar una intervención formativa que trasciende de la mera divulgación de tópicos de interés y que se centra en el desarrollo de repertorios conductuales y opcionales al problema que se intenta prevenir. Y dicho desarrollo sistemático de repertorios conductuales prosociales como: la formación ideológica de los valores y creencias, desarrollo de habilidades interpersonales, habilidades autodirectivas y planificación

la prestación de respaldo, consejo y guía de períodos de --- transición y crisis pueden darse hacia 3 fuentes: la familia, la escuela y la comunidad, las cuales constituyen el soporte social de la acción preventiva primaria, secundaria y tercia ria.

Por su parte Reyes y Silva (1973) más específicamente sobre - el tópico que nos ocupa en el presente capítulo, también han observado que existen algunos programas con tendencia preven tiva que contribuyen a reducir la población que necesita edu cación especial, como: programas educativos sobre alimenta-- ción, creación o aumento de comedores escolares, campañas de vacunación, asistencia prenatal y consejo genético. Estos -- programas continúan su trayectoria hacia la investigación pa ra prevenir el retardo para lo cual es necesaria la disposi-- ción de fondos económicos. Dentro de los programas preventi-- vos se encuentran los programas de tipo divulgativo que tie-- nen como propósito el explicar a los padres, maestros y al - público en general el alcance de las acciones preventivas, - pues estos desempeñan un papel de primer orden, aunque en es tos casos la información sólo queda a un nivel superficial.

Los programas asistenciales comprenden el entrenar a las per sonas ajenas a las labores educativas dentro de los mismos, dado al alto costo de los programas educativos. Siendo los - objetivos futuros inmediatos el transformar a los educadores especializados en asesores y orientadores de los padres.

Todo esto nos lleva a diversas dificultades, como es el que los centros médico-pedagógicos y escuelas especiales requieren de personal profesional (psiquiatra, psicólogo, pediatra, genitista, neurólogo, terapeuta de lenguaje, trabajadora social, etc.) y ante la imposibilidad de contar con tales recursos humanos y económicos, se presenta a continuación una posible solución urgente, con la cual concordamos con Reyes y Silva (1973) en la realización de:

- 1) Cursos de 2 a 3 años de duración para profesionales involucrados en la prevención del retardo.
- 2) Cursos a corto plazo (3 a 6 meses) para maestros.
- 3) Preparación de padres y estudiantes en las tareas de rehabilitación.
- 4) La creación por parte del estado de un organismo o departamento de planificación y organización del retardo.
- 5) Dicho organismo deberá tener un carácter centralizador de recursos.
- 6) El departamento dictará las normas generales para el mejor manejo de los Institutos. (se considera que en México existen este tipo de organismos como SSA y SEP; pero no en cuanto a responsabilidad ejercida).
- 7) El departamento fomentará continuamente cursos para maestros.

8) La extensión de investigación de carácter científico.

Observamos que dichas alternativas propuestas requieren de un gran apoyo institucional y que parte de estas actividades no han llegado a convertirse en programas sistemáticos y específicos de prevención para el retardo, sino sólo son acciones de tipo divulgativo. Sin embargo, estas alternativas son elementos básicos y representan el punto de partida en la elaboración de un programa preventivo; es decir, aseguran de alguna forma los recursos humanos (entrenamiento a profesionales y no profesionales) disponibles para la elaboración y aplicación de los programas de prevención.

También Venezuela (Op.Cit.) propone 4 alternativas para la planificación y ejecución de programas preventivos que son:

- a) La unificación de los sistemas de clasificación y recopilación de datos.
- b) Proveer los servicios de tratamiento necesarios para no caer en el problema de detectar los casos y dejarlos luego sin atención.
- c) Los servicios de diagnóstico y tratamiento de los problemas genético-metabólico deben estar a cargo de personal altamente especializado para prevenir la utilización de recursos terapéuticos inadecuados, como es el caso de problemas metabólicos transitorios en los primeros meses de vida.

- d) Los registros deben ser confidenciales para evitar el -- rotulamiento de los casos y lo suficientemente flexibles para permitir la exclusión de aquellos casos que han dejado de tener problemas.

La efectividad de los programas preventivos dependerá no sólo de la creación de servicios, sino de la divulgación sistemática a través de todos los medios de comunicación social - que asegure la receptividad y colaboración de la comunidad - en general. Por ello, la dinámica y utilización de recursos se basa en:

- Medios de comunicación social (radio, TV y prensa).
- Asociaciones de padres que se encargan de publicaciones, conferencias y documentales a través de los medios masivos.
- Concientización de los profesionales involucrados que producirán sistemas educativos a todos los niveles (programas sistemáticos de Salud Pública por medio de audiovisuales, folletos, etc.)

Es así como llegamos al punto más esencial de nuestro trabajo en el que se proporcionan y fundamentan algunas alternativas de prevención dentro de una clasificación de prevención primaria, secundaria y terciaria. Tenemos el conocimiento de que algunas de ellas ya han sido realizadas esporádica

mente y en forma aislada, pero no a través de programas formales, sistemáticos y estrictos que formen parte de una verdadera campaña preventiva. Esperamos que estas alternativas no resulten ser utópicas para quienes deseamos lograr un cambio de la rehabilitación a la prevención.

Las principales alternativas que visualizamos una vez realizada la revisión teórica de los capítulos anteriores se ilustra en el cuadro 4, donde pueden identificarse cuatro alternativas fundamentales, que son: La detección y tratamiento oportuno, el trabajo multidisciplinario, el trabajo comunitario y la desprofesionalización, éstas en su aplicación se dirigen hacia la prevención primaria, secundaria y terciaria. Cada una de las alternativas propuestas incluyen actividades específicas dependiendo del momento en que van a ser efectuadas dichas actividades preventivas, las cuales se explicarán a continuación no en forma independiente, sino correlacionada; ya que existe estrecha vinculación entre la desprofesionalización, el trabajo comunitario y la multidisciplinariedad.

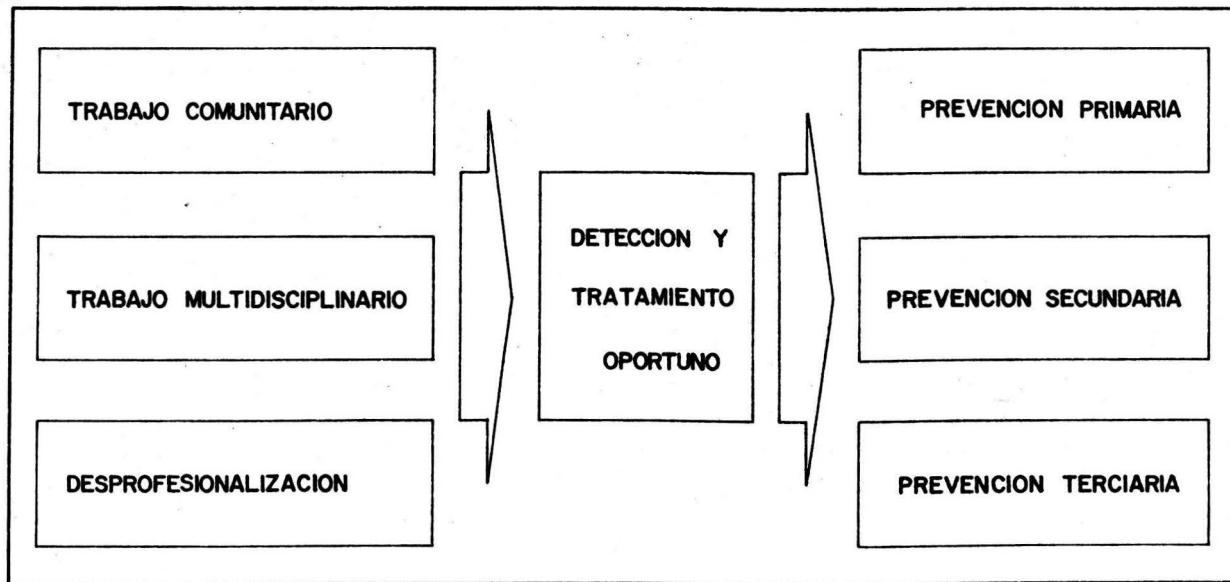
alternativas  
trabajo  
multidisciplinario

La legalización y el apoyo institucional son una alternativa más para la prevención del retardo en el desarrollo; pero éstas no comparten una relación directa con las demás alternativas, dado que dicha legislación y apoyo institucional no es requisito necesario para llevar a la práctica las primeras alternativas expuestas sino que, configuran y apoyarían

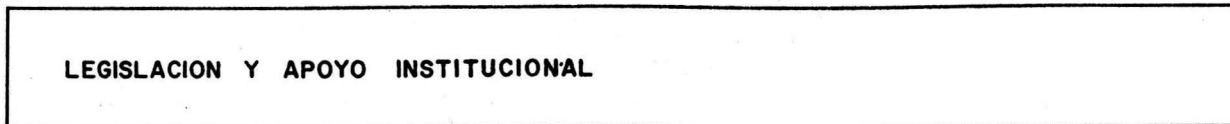
de una manera decisiva la aplicabilidad de estas alternativas de lo cual nos ocuparemos en el segundo inciso de este capítulo.

**CUADRO 4 ALTERNATIVAS DE PREVENCIÓN**

6.1)



6.2)





## 6.1 DETECCION Y TRATAMIENTO TEMPRANO

### I Alternativas a primer nivel:

- a) Programas de entrenamiento a profesionales, como al médico, pediatra, psiquiatra, gineco-obstetra, pedagogo, sociólogo y psicólogo sobre la elaboración, programación y evaluación de proyectos de prevención primaria tanto en la investigación como en la aplicación misma de los programas. Sin dejar atrás que antes de participar en los programas preventivos cada uno de ellos, requiere de un entrenamiento específico sobre sus conocimientos y papel que desempeñarán dentro de los programas. Por ejemplo, como lo señala Holt (1958, en Harada, 1981) el hecho de la inhabilidad del personal médico en la información a los padres sobre los diversos efectos y repercusiones futuras en los bebés incapacitados, dado que se muestran algunas veces indiferentes ante tal situación, así D'Arely (1969, en Harada, 1981), hace notar el cómo y cuándo debe proporcionarse y plantearse la información a los padres sobre las consecuencias y la aceptación del niño incapacitado. Y recientemente Laing y Jones (1979, en Harada, 1981), propone alternativas de información para minimizar los incidentes futuros insatisfactorios por parte del entrenamiento profesional al personal médico. (Harada, op. cit.).

En el caso específico del psicólogo, se advierte la necesi

dad de perfeccionar sus conocimientos sobre los factores de riesgo preconcepcionales durante el embarazo, en el parto, después del parto y sobre el desarrollo físico y psicológico del infante, de tal forma que pueda colaborar en los programas de prevención primaria con las futuras madres y con las madres ya embarazadas con el propósito de crear y complementar conjuntamente con el médico un embarazo saludable y consecuentemente un parto sin alteraciones.

- b) Programas de Entrenamiento a no-profesionales, dónde el psicólogo en conjunto con un grupo multidisciplinario -- proporcionen capacitación a los maestros, trabajadores sociales y educadoras para que funjan como instructores en la transmisión de la información de los contenidos -- teóricos sobre las alteraciones pre, pri y postnatales , nutricionales, enfermedades congénitas, embarazos de alto riesgo, neonatos de alto riesgo, medidas preconcepcionales, enfermedades infecciosas, evolución del infante , estimulación adecuada a la edad, manejo de contingencias al comportamiento de los niños, etc. Estas actividades pueden ser organizadas por el psicólogo, quién se encargaría de la ordenación de grupos en las diferentes comunidades, de los sistemas motivacionales, de la evaluación y programación de los cursos, adaptándolos al lenguaje y al contexto social propio de cada caso.

Cabe señalar que esta transmisión de conocimientos sería

necesario llevarla fundamentalmente a zonas rurales, donde no se tiene acceso a una institución o grupo profesional. Incluso, en el caso de las enfermeras se podría proporcionar un entrenamiento específico sobre las medidas obstétricas y embarazos de alto riesgo.

Incluso cabe la posibilidad de introducir programas de -entrenamiento a comadronas o parteras impartidos por médicos y enfermeras acopladas a la elaboración del programa, lenguaje adecuado, técnicas de enseñanza y técnicas motivacionales. Esta alternativa es necesaria dado que -una gran parte de nuestra población acude a estas personas, quienes desafortunadamente no poseen los conocimientos ni instrumental suficiente para proporcionar una atención eficaz y disminuir así el riesgo tanto en el niño -como en la madre. Pues las parteras o comadronas desconocen primeramente las técnicas a utilizar en los partos -"anormales" y por ende las consecuencias que repercutirán en el niño, por lo que sería adecuado proporcionarles entrenamiento sobre; las malformaciones congénitas, características del embarazo de alto riesgo, neonato de alto ---riesgo, adaptación de las técnicas obstétricas de acuerdo a los recursos (humanos y económicos) disponibles, detección de alteraciones en el neonato, así como proporcionar la habilidad para transmitir a los padres la información sobre la trascendencia del desarrollo del infante de acuerdo a las características presentadas en el parto. Además

estas alternativas pueden tener mayor efectividad si se difunden a través de:

- c) Trabajo comunitario, por medio de programas de información sobre los factores obstétricos y ambientales que afectan el desarrollo del niño, así como las disposiciones necesarias para el cuidado del infante, nutrición y vacunación. Dichos programas elaborados por las instituciones de salud (IMSS, ISSSTE, DIF, Instituto Nal. de Perinatología), serían los responsables de transmitir esta información a regiones urbanas, suburbanas, rurales y marginadas por medio de películas, diapositivas, folletos, pláticas, etc. Para la ejecución de dichos programas podrían emplearse a estudiantes de medicina, enfermería, trabajo social, maestros, etc. quienes habitualmente presentan su servicio social en estas instituciones, ellos estarían supervizados por el profesional responsable (psicólogo y/o médico) de cubrir dicho programa. Así también esta información puede extenderse dentro de las mismas instituciones, en las escuelas, guarderías y jardines de niños. incluso en los centros de reunión religiosa. O bien como un programa de información masiva utilizando el cine, la T.V. y la radio.

La creación de Centros Educativos de E.T. en zonas urbanas, rurales y marginadas para todos los niños de 0 a 6 años, independientemente de que presenten o no alteraciones en su desarrollo; es decir, que necesiten o no la es

timulación temprana. De tal forma que los Centros funcionarían como guarderías y pre-primarias. A diferencia de los Centros comunes existentes con los que en esta alternativa se plantean es que estos Centros Educativos de E.T. estarían a cargo de la comunidad, donde sería fundamental la colaboración del psicólogo y de por lo menos un profesor en cada centro, quiénes entrenarían a un grupo de personas de la comunidad, las cuales adquirirían funciones y habilidades necesarias para que los programas de E.T. queden al cargo de cada una de las comunidades.

Con esta alternativa se ampliaría la cantidad de poblaciones beneficiadas y consecuentemente el número de niños con problemas de retardo, una mayor orientación a los padres en forma directa y amplia a los diferentes sectores poblacionales, se requeriría de un menor número de personal profesional; ya que sólo se mantendría la supervisión a cargo de uno o dos profesionales y para profesionales (psicólogo, enfermera, educadora o maestro capacitados en E.T.) y por lo tanto la menor utilización de recursos económicos. Lo que es bien cierto es la gran labor que esto implica durante el inicio del trabajo y la difícil colaboración de los profesionales para efectuar la desprofesionalización de su tarea.

Debe considerarse que para una mayor efectividad estas -

alternativas de prevención primaria deben involucrarse - en los programas de prevención dirigidos a las diferentes comunidades (rurales, urbanas, marginadas, etc.)

## II Alternativas a segundo nivel:

- a) Programas de Entrenamiento al médico, psicólogo y a los maestros sobre el conocimiento y manejo de los conceptos y técnicas de E.T., para que una vez adquiridos los transmitan a los padres; y a su vez el psicólogo a otros psicólogos y profesionales involucrados, además de considerar que el entrenamiento a profesionales requiere de un trabajo multidisciplinario que permita la elaboración, aplicación y evaluación de los programas de E.T. propios de nuestra cultura y necesidades socio-económicas.

Y en especial introducir al psicólogo en el campo de la investigación y aplicación de las evaluaciones conductuales del neonato, necesarias para su importante participación en la elaboración de un diagnóstico conductual del recién nacido, que en conjunto con la evaluación neurológica y fisiológica brindan una predicción más precisa y la detección de tratamientos oportunos en los casos que lo ameriten.

Dada la prioridad de esta alternativa, a la escasa infor-

nación existente sobre ella y la reducida aplicación de una evaluación conductual de los neonatos en México, a continuación presentamos las generalidades de la escala Conductual Neonatal de Brazelton (1975) aplicada en el Instituto Nacional de Perinatología por el departamento de Bio-Psicología, con la cual se especifica un perfil conductual del neonato a través de una evaluación refleja sobre la organización neurológica y los efectos perinatales recientes. De manera que las conductas neonatales pueden estar relacionadas tanto directa (factores biológicos) como indirectamente (factor social) sobre el desarrollo posterior del niño.

Las conductas que se evalúan en el neonato se encuentran agrupadas en las áreas de: Decremento de respuesta ante el estímulo negativo (durante el sueño), orientación ante el estímulo positivo y calidad de alerta, conductas motoras, rango de estado, incluyendo irritabilidad, regulación de estado y regulación autonómica.

La prueba de comportamiento neonatal como escala psicológica permite medir las capacidades del infante que pueden ser relevantes en sus relaciones sociales futuras; ya que es un intento a calificar las respuestas potenciales del niño a su ambiente e indirectamente de su efecto en el ambiente hogareño. Uno de los elementos más importantes de esta evaluación son los estados de "conciencia" o

estados de ánimo del bebé (estado de sueño profundo-respiración regular, sueño liviano ojos cerrados, estado de alerta-semidormido, alerta-mirada clara, alerta-ojos abiertos y llanto). Pues el manejo adecuado en los diversos estados logran mantener en control sus respuestas a los estímulos internos y del ambiente. Dado que los estados establecen un patrón dinámico que refleja el repertorio total de conductas del infante. Durante la evaluación el neonato se somete a una variabilidad de estímulos desde el sueño profundo hasta el llanto. Para dicha evaluación se requiere de una habitación en silencio con luz tenue y un tiempo de 30 min., en el cual se presentan 30 maniobras diferentes que abarcan la actividad motriz, estimulación animada- voz- rostro- cargar-los etc., estimulación inanimada campanilla y sonaja-auditiva-visual (esfera roja y luz).

Los ítems se califican de acuerdo a las reacciones y -- las respuestas a estas maniobras, evaluándose el comportamiento óptimo (mejor actuación del neonato) y no la ejecución promedio. Si se llevan a cabo varias exámenes durante el período neonatal se tendrá un mayor valor predictivo, dado que puede trazarse una curva de recuperación del proceso del parto y del desarrollo temprano. O bien, si se elabora una evaluación, deberá realizarse después del tercer día de nacido para lograr una mayor predicción.



Es así como la escala de evaluación de Brazelton es una de las medidas que permite a los psicólogos colaborar arduamente en el análisis y pronóstico del comportamiento del neonato "normal" o del neonato de alto riesgo, tanto a un nivel neurológico como bioquímico, aspectos en los que el psicólogo ha tenido poca o nula participación y - en donde puede involucrarse para prevenir deterioros subsecuentes en el niño.

El propósito de haber presentado dichas generalidades de la escala neonatal ha sido hacer hincapié en que el psicólogo posee las habilidades necesarias para el entrenamiento y aplicación de este diagnóstico conductual; ya - que el psicólogo dispone de herramientas para la elaboración programación, evaluación y diseño de actividades -- fundamentadas en objetivos específicos; además del con--trol metodológico y sistemático en el que está capacitado.

- b) Programas de entrenamiento a paraprofesionales para que sean capaces de realizar las actividades de los profesionales en cuanto a la aplicación de los programas de estimulación temprana (la detección temprana 0-6 años) de -- los repertorios conductuales deficientes presentados por los niños, con el objetivo de que tanto las guarderías , escuelas preprimarias, jardín de niños y centros de estimulación temprana se conviertan en instituciones de ver-

dadera formación durante la evolución paulatina del niño y no sólo limitarse a ser centros de resguardo, como hasta la fecha muchos de ellos han estado funcionando, carentes de actividades sistematizadas orientadas al desarrollo óptimo del infante. Por lo que los paraprofesionales más adecuados para el entrenamiento son: el maestro, la educadora, la puericulturista, la enfermera y trabajadora social. Esto no significa que todos ellos colaboren en cada uno de los Centros, sino que uno u otro supervice las funciones del lugar en una forma estable o móvil de acuerdo a las necesidades de cada comunidad urbana o rural. De esta forma los paraprofesionales pueden cubrir la carencia o falta de profesionales disponibles quienes no pueden estar siempre presentes y necesitan controlar y organizar otras instituciones, o muchos de ellos se concentran en las grandes ciudades.

Sería recomendable que tanto el entrenamiento como la supervisión de dicho trabajo se encuentre vinculado por el control de la SEP, Universidades o el DIF. Y desde luego el entrenamiento a padres y no-profesionales por parte del psicólogo con el propósito de lograr un trabajo estable y continuo en los Centros Educativos, aplicando las técnicas de E.T. y creando actividades acordes a la realidad social, a las exigencias del niño con retraso y a los recursos humanos y económicos existentes, y sobre todo detectar tempranamente los déficits del desa-

rrollo; desde luego estas personas estarían controladas por los paraprofesionales o profesional responsable (psicólogo, maestro o educadora) quién proporcionará entrenamiento a los padres en el manejo adecuado de la estimulación en forma, cantidad e intensidad de los estímulos, - elaboración y manejo del material didáctico y la trascendencia de los premios y castigos oportunos (reforzamiento, tiempo fuera, costo de respuestas, castigo físico, - castigo verbal, reforzamiento de otras conductas, extinción, etc. , contingencias comprobadas experimentalmente en laboratorio; y eficaces para la adquisición, mantenimiento y decremento de conductas ).

### III Alternativas a tercer nivel:

Una vez presentado el problema del retardo en el desarrollo, se manifiesta el problema de la rehabilitación en el cual ya se ha trabajado y como hemos dicho anteriormente es en donde se ha dado mayor prioridad; sin embargo, podría optimizarse a través de:

- a) Programas de Entrenamiento a Padres proporcionados por - el psicólogo quién suministra y capacita en el método y técnicas adecuadas para la rehabilitación del niño dentro de su ambiente natural. Al mismo tiempo que se adquiere un cuerpo de personal no profesional capaz de aplicar los programas rehabilitatorios necesarios, remediando así

en gran parte la carencia de personal y el costo económico tan significativamente alto para los Centros de Rehabilitación. De ahí también la necesidad de crear programas de Entrenamiento a Paraprofesionales, quiénes brindan las mismas ventajas que en los casos de prevención primaria y secundaria. La diferencia radicaría en los contenidos teórico-prácticos de acuerdo a los diversos problemas manifiestos del retardo, incluso los mismos paraprofesionales también pueden participar en el entrenamiento a los padres.

- b) La creación de Centros de Rehabilitación Rurales y Urbanos que estén a cargo de los miembros de cada comunidad-específica, supervizados por los profesionales o paraprofesionales. De manera que exista un mayor acceso a la rehabilitación aún en las poblaciones de bajos recursos económicos.

Desde luego en estos Centros se deberán integrar Programas de Estimulación temprana para pre-escolares de riesgo establecido (De acuerdo a Tjossem(1981) el riesgo establecido comprende aquellos casos con problemas de tipo biológico congénitos o adquiridos que repercuten sobre la estructura y desarrollo del SNC, manifestándose diferentes grados de retardo en el desarrollo) con el propósito de aminorar el daño ya existente, proporcionando oportunamente repertorios que permitan que el tratamiento fu

turo tenga un mejor pronóstico. Indicamos con ello que - todas las alternativas antes mencionadas en los diferentes niveles de la prevención tendrán un mayor auge y extensión, si se tiene el apoyo gubernamental, institucional y profesional que facilite el acceso a todos los sectores poblacionales, utilizándose los recursos humanos y económicos existentes que se encuentran concentrados en el propio estado y no son lo suficientemente explotados. Sin embargo, para contrarrestar la carencia de dicho apoyo institucional se propone en las alternativas de prevención presentadas en los 3 niveles, la opción al trabajo comunitario como fundamental y ardua tarea a efectuar, por cada uno de los profesionales inertes a la acción -- preventiva.

No debemos olvidar que los programas preventivos deben - estar encaminados a las poblaciones más necesitadas donde no ha llegado la actividad del profesional, quien se ha centrado a los servicios de una élite. Y menos aún se ha ocupado de su desprofesionalización que proporcionaría armas a la población para enfrentarse a los diversos problemas que los aquejan. Y principalmente el psicólogo, - profesional que puede y debe participar en la ayuda a este proceso, tanto a la Psicología como a otras disciplinas. ( ver cuadro No.4 ).

Aunado a esto se encuentra la importancia del trabajo --

multidisciplinario, el cual contribuye al cumplimiento de las alternativas propuestas. Pues como lo menciona -- Castañeda (1979), la historia concreta tanto de los pueblos desarrollados como subdesarrollados ha demostrado que la FRAGMENTACION de los especialistas hacia la solución de los diversos problemas sociales, económicos, culturales y científicos no ha sido el camino adecuado para combatirlos, pues cada uno de los especialistas se dedica a desarrollar su propio campo. Es por esto que se propone la multidisciplinariedad como una actividad científica que afronte las diferentes problemáticas.

Además de las consideraciones históricas, la multidisciplinariedad surge por las necesidades de:

- "un saber fragmentado" influido por el factor cultural y el "trabajo fragmentado" sobre la producción. (Castañeda, 1979, pág. 36).
- Restaurar los objetivos de la enseñanza.
- Las tradiciones culturales e intelectuales.
- Desarrollar a la ciencia ante la insuficiencia de las respuestas parciales o fragmentadas a los problemas de supervivencia por los planteamientos individualistas y especializados. Sin dejar de considerar que la multidisciplinariedad es diferente en los países subdesarrolla

dos dados sus propios recursos y obstáculos culturales.

- Los estudiantes para la comprensión de la realidad --- existente y el rechazo del consumismo del conocimiento, con el propósito de producirlo. (Castañeda, op.cit.).

Así Ribes (1980) plantea que a la Psicología le atañe el trabajo inter y multidisciplinario, primeramente porque desde la etapa precientífica de la Psicología se tuvieron aportaciones de diversas disciplinas, así como también por la intersección de la Psicología con las ciencias naturales y sociales.

El trabajo interdisciplinario formula "un objeto de conocimiento y práctica diferente a los formulados por cada disciplina; pero a la vez dependiente de ella" (Ribes, 1980, pág. 1).

Y en el trabajo multidisciplinario existen disciplinas - diferenciadas que comparten un mismo objeto mediante una acción conjunta y jerarquizada de niveles teóricos y prácticos previamente definidos. (Ribes, op.cit.).

A través de todo el trabajo y sobre todo en éste último capítulo hemos visto la necesidad de ampliar aquellos -- factores que pueden truncar la realización de las alternativas presentadas implícitas en los programas de preven

ción primaria, secundaria y terciaria. Uno de esos factores son los recursos humanos existentes y disponibles para la aplicación de programas preventivos; otro factor o limitante le pertenece al profesional de la salud por -- ignorar su participación activa dado al desconocimiento de los estatutos legales existentes que respaldan al incapacitado, o bien, por la indiferencia del reconocimiento del mismo y nos estamos refiriendo precisamente a la Legislación y apoyo institucional del cual hablaremos a continuación como un alternativa más de prevención al re tardo en el desarrollo.



## 6.2 LEGISLACION Y APOYO INSTITUCIONAL

En este inciso pretendemos clarificar la utilización que hasta nuestros días se ha hecho de la Legislación y apoyo institucional en la práctica profesional con las personas incapacitadas. Podemos percatarnos que las medidas que han tenido esencial prioridad por parte del Estado han quedado sólo estipuladas dentro de un marco legal las cuales desafortunadamente no se cumplen o se ignoran, además de considerar que frecuentemente no se cuenta con los recursos humanos necesarios para cumplir dichos lineamientos legales. Por ejemplo, en los EE.UU., Dinamarca, Suiza, Suecia, Holanda, Noruega, España y Australia, su población de retardados ha sido beneficiada a través de medidas de detección, educación, rehabilitación y protección legal, en cambio en Latinoamérica existe indiferencia por parte del sector gubernamental y privado, pues ambos sectores pueden planificar en forma unitaria programas accesibles que propicien un servicio organizado; ya que los diferentes programas elaborados como lo señalan Reyes y Silva (1973), no coinciden en objetivos y procedimientos propuestos y el paralelismo que se tiene en la práctica hace más difícil el óptimo desarrollo de los planes en beneficio de este sector. (Ellis y col, 1978, Dywar, 1981, Tjoseem, -- 1981). Es decir, las diferencias entre los sectores, las diversas técnicas utilizadas y la disposición de los objetivos de rehabilitación a veces son hasta contradictorios en donde cada cual trabaja en forma independiente sin luchar en una -

misma dirección.

Específicamente en Washington desde 1973 existe la educación obligatoria para los niños disminuidos, aunque la ley no incluye a los niños en edad pre-escolar, cabe la posibilidad de que se acepten programas específicos para estos infantes y que dependan del presupuesto del Estado. Incluso las leyes de protección infantil que abarcan a todos los niños, evitan que los padres tomen decisiones equivocadas sobre ellos.

Así mismo el programa de Virginia (1978) se desarrolló de acuerdo al plan estatal para la educación de niños disminuidos en edad pre-escolar. El plan se fundamentó en dos aspectos primordiales:

- a) La legislación de las categorías, que implican a los niños con retardo en el desarrollo, defectos físicos y perturbaciones emocionales.
- b) La legislación de la edad, que designó la obligatoriedad de provisión de servicios a infantes disminuidos desde 0 a 21 años. (Ellis, op.cit.)

En México (1976) fue promulgado un Reglamento de Prevención de Invalidez y Rehabilitación de Inválidos dentro de la política general de los mexicanos, observándose un especial interés en dictar medidas para la prevención y rehabilitación de

inválidos, con un sentido profundamente social, el cual abarca a todo el territorio nacional. A continuación mencionaremos - algunos de los artículos más representativos de este Reglamento de Prevención de Invalidez y Rehabilitación de Inválidos - de la S.S.A.

Del capítulo I sobre las Disposiciones Generales:

El artículo 2do., menciona que para los efectos de este reglamento se entiende por rehabilitación el conjunto de medidas - médicas, sociales, educativas y ocupacionales que tienen por objeto que los inválidos puedan realizar actividades que les permitan ser útiles a ellos mismos, a su familia y a la sociedad.

Y a su vez el artículo 9o. indica que la invalidéz es la limitación en la capacidad del individuo para desempeñar alguna actividad necesaria para su desarrollo, como consecuencia de una insuficiencia somática, psicológico social. ( A pesar de que este concepto de invalidéz es demasiado general para nuestro interés sobre el retardo en el desarrollo; en este concepto se involucra por definición como un elemento implícito, el retardo en el desarrollo).

Artículo 4o. La Secretaría de Salubridad y Asistencia se compromete a dictar, ejecutar y proveer programas para: Prevenir la invalidéz, rehabilitar a los inválidos y adecuar los servi

cios de rehabilitación a las necesidades de la población, -- además de formular programas especiales para la población infantil que sufre de invalidéz.

Con lo que se refiere al artículo 5o. sobre el seguimiento - de los programas del artículo anterior por parte de la S.S.A. para:

- Vigilar que los programas se lleven a cabo con absoluto - respeto al derecho de los inválidos al ser rehabilitados.
- Promover la participación de la población en el control - de las causas que originan invalidéz.
- Procurar el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales de que se disponga en el país.
- Coordinar las actividades de los que prestan servicios pa - ra la salud de los sectores público, social y privado con objeto de llevar atención médica a los inválidos en las - diferentes regiones del país.
- Procurar la integración de los inválidos rehabilitados a - la vida económica y social del país, y
- Llevar a cabo investigación científica, estudios epidemiológicos y los demás necesarios para conocer las causas de la invalidéz y desarrollar los estudios de las medidas específicas para la prevención de la invalidéz y la rehabilitación de los inválidos.

Y esto se reafirma en el artículo 6o. donde la S.S.A. es la responsable de coordinar los programas y las acciones para la prevención o rehabilitación en materia de invalidéz.

En el artículo 13o. le corresponde a la S.S.A. servir como organismo técnico de consulta en materia de prevención y rehabilitación de inválidos, a los sectores público y privado y promover la difusión de las medidas de prevención y rehabilitación.

En relación al capítulo II sobre la Prevención de la Invalidéz, el art. 14o. comprende:

- Prevención específica y educación higiénica.
- Tratamiento eficaz de las enfermedades.
- Prevención de accidentes.
- Detección temprana de la invalidéz, y
- Atención oportuna de la invalidéz.

Así también se estipula en el art. 15o. que aquellos que prestan servicios de rehabilitación a inválidos, deberán realizar actividades sobre prevención de invalidéz, así como de educación higiénica en esta materia.

Artículo 18o. los gineco-obstétricas, parteras y en general el-

personal autorizado para la atención de partos, realizarán exámenes para detectar cualquier tipo de invalidez a los recién nacidos. Los casos sospechosos, los harán del conocimiento de los padres para su adecuada atención.

Art. 19o. Las guarderías, jardines de niños y escuelas básicas promoverán actividades de detección de invalidez y los casos sospechosos los harán del conocimiento de los padres o tutores para su adecuada atención. (Detección y tratamiento oportuno).

Art. 20o. La S.S.A. deberá promover la inclusión de la enseñanza de medidas relacionadas con la prevención y rehabilitación de invalidez en los programas y planes de estudio.

A partir de la revisión de este reglamento de la S.S.A. es importante hacer destacar que en México también se han preocupado por la protección legal de los individuos inválidos, promoviendo la rehabilitación. Aunque los programas rehabilitatorios no abarcan a toda la población necesitada, sino sólo a una parte de la misma. Sin embargo, la realidad es otra, pues a pesar de la existencia de la legislación de dicho reglamento, no se cumple con todos los estatutos planteados en él. Probablemente esto se debe a la falta de recursos humanos y económicos, al poco o nulo conocimiento de estas normas, a la poca exigencia y responsabilidad para el cumplimiento de los mismos y sobre todo, a que aún no se le ha dado la suficiente

prioridad al primer nivel de prevención (antes de que se presente el problema) de los déficits del desarrollo más que el rehabilitar a quienes ya lo padecen, muy a pesar de que algunas de las medidas de prevención primaria se contemplan en el Reglamento de Prevención de Invalidez y Rehabilitación de Inválidos, promulgado por la institución gubernamental más fuerte de nuestro país en el campo de la Salud Pública, quien por ello ejerce el control, responsabilidad y coordinación de los programas preventivos de salud sobre las instituciones -- privadas.

Con los planteamientos presentados en páginas anteriores se observa la importancia y las dificultades para hacer efectiva la legislación y apoyo institucional; pero esto no significa que sea imposible y como se mencionó al inicio del capítulo -- la legislación y el apoyo institucional, representan otra de las alternativas que contribuiría notablemente en la realización de Programas de Prevención del Retardo en el Desarrollo a primero, segundo y tercer nivel expuestas en el presente -- trabajo.

## CONCLUSIONES GENERALES

Definitivamente puede reafirmarse la existencia de factores adversos (mortalidad, morbilidad, desnutrición, retardo del crecimiento físico, retardo en el desarrollo, etc.) que afectan a los niños en períodos críticos de su vida (primeros 4 años). Razón por la cual la Medicina ha desarrollado métodos efectivos para detectar algunos déficits físicos y neurológicos ocurridos antes, durante y después del nacimiento; el problema radica en que no existe personal capacitado ni instrumental suficiente para alcanzar la gran demanda de población necesitada. Además de que no se lleva a cabo un seguimiento peri y post-natal fuera de la estancia hospitalaria designada después del parto. De manera que los déficits llegan a detectarse hasta sus manifestaciones de padecimientos y no tempranamente (prevención), déficits que requieren de rehabilitación y en la cual el médico no es el único responsable sino todos los profesionales involucrados en los problemas de desarrollo de la niñez; y quienes deben de estar concientes de la evolución progresiva de dichos deterioros y de las diversas influencias biológicas y socioculturales que rodean al niño y que afectarán en un futuro su desarrollo físico, neurológico y psicológico tales como: problemas de aprendizaje, psicomotores, de lenguaje y retardo en el desarrollo.

Por esto se requiere de que cada profesional contribuya con-



sus conocimientos y actividades a la optimización de las condiciones de vida, a través de la interacción constante entre los factores biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en el desarrollo del niño. Por lo tanto, un programa de prevención del retardo debe tratar de cubrir estos 3 puntos de interacción con la ayuda de los profesionales injeridos en el problema. Y es precisamente el psicólogo en primer instancia, el que debe participar y concientizarse de su labor en el conocimiento, conceptualización, evaluación y diseño en los programas de prevención y no sólo destinar sus tareas al campo de la rehabilitación. Pues hoy en día, aún no se ha llegado a una Psicología preventiva, sino sólo a una Psicología correctiva. ←

De donde la Psicología misma es la ciencia más comprometida para: la integración de equipos inter y multidisciplinares, la integración de grupos comunitarios, el entrenamiento a profesionales y no profesionales, así como la facilitación de los conocimientos en su transmisión.

- Con los diferentes temas tratados en la presente tesis hemos intentado marcar la importancia de prevenir el retardo en el desarrollo a todos aquellos profesionales (médico, pedagogo, psicólogo, sociólogo, trabajadora social, educadoras, maestros y enfermeras) involucrados, además del papel que juega cada uno de ellos al contribuir en los programas de prevención; ya que los niños son la esperanza de una sociedad "sana" ←

y fructífera, si se tiene como meta el decrementar el número de niños incapacitados. Pues cada día el retardo en el desarrollo es un problema que requiere de una inmediata atención, dado su crecimiento desmedido, a los déficits nutricionales y la situación cultural (deprivación cultural), para lo cual es necesario buscar soluciones prácticas y económicas que superen las condiciones del retardo. Una de ellas es el trabajo comunitario a través del cual la conciencia de los individuos, las familias y las comunidades sobre los problemas de salud existentes y las repercusiones que traen consigo pueden facilitar la participación de la comunidad en los programas aplicados mediante la organización de pequeños grupos no institucionales. Y que de esta forma la atención primaria de salud sea parte integrante del desarrollo de la comunidad y consecuentemente del país y evitar que la atención primaria quede reducida a una acción aislada y periférica; y así el alcance de los programas logre abarcar diferentes aspectos como: el geográfico, financiero, cultural y funcional tanto en zonas urbanas como rurales. Por lo tanto, el trabajo comunitario -- provee las ventajas de:

- a) Proporcionar a la población habilidades para resolver sus propios problemas de salud.
- b) Desarrollar tecnología y métodos que contribuyan a la salud aceptable para la comunidad, mantenidos por la propia población (recursos humanos).

Entonces, dicho trabajo es una de las principales vías de --

acceso a la prevención que abarca a la mayoría de la población y aprovecha los recursos humanos y económicos existentes con los que cuenta nuestro país, los cuales son deficientes para cubrir las necesidades vigentes, sin embargo, es una de las formas de combatirlas. Desafortunadamente no se ha llevado a la práctica ni se ha considerado la eficacia de dicho trabajo.

Por lo anterior, hemos venido remarcando la importancia del entrenamiento a los profesionales y no profesionales que colaboren activamente en los programas de prevención a todos los niveles, y es justamente a través de la desprofesionalización que puede lograrse el propósito del trabajo comunitario. Así la prevención primaria y secundaria puede ser manejada y aplicada en la comunidad; y no sólo a nivel terciario como se ha venido tratando institucionalmente, pues incluso podemos cuestionarnos si a la rehabilitación puede considerársele una alternativa de prevención, restándosele así prioridad a lo que serían la prevención real del retardo en el desarrollo antes de que se presente dicho problema (prevención primaria), o bien, el detectarlo tempranamente (prevención secundaria). En este último nivel se ha logrado la elaboración e implementación de programas de estimulación temprana como la medida de prevención de mayor aceptación y difusión, aunque particularmente en México no se ha expandido lo suficiente, y ni siquiera se ha llegado a considerar como medida de prevención al retardo en el desarrollo.

Para implementar los programas de estimulación temprana requerimos primeramente del entrenamiento a los profesionales y para-profesionales en materia de estimulación temprana, y ellos a su vez integren un equipo multidisciplinario que aplique los programas y entrenen a los padres sobre la estimulación temprana, pues son los padres quienes pueden detectar oportunamente los déficits de sus niños, que manejen las técnicas de estimulación temprana en el propio hogar y establezcan los ambientes adecuados para el desarrollo físico y psicológico de los niños en los primeros 4 años de vida. Y es así como la estimulación temprana puede evitar alteraciones ulteriores cada vez más agudas en los niños, las cuales en un futuro requerirán de un tratamiento rehabilitatorio con pocas probabilidades de éxito.

Quizás el único factor que obstaculiza la elaboración de los programas de Estimulación Temprana, es la evaluación de los mismos, dado el desarrollo físico-neurológico y evolutivo del niño que no permite detectar hasta qué punto ha sido efectivo el programa de estimulación temprana. Por eso, es recomendable la creación y producción de medidas de evaluación confiables para dichos programas. Sin embargo esto no obstaculiza del todo la aplicación de la Estimulación Temprana como disposición preventiva al retardo en el desarrollo.

De esta manera, destacamos la necesidad de coordinar y unificar los esfuerzos en la asistencia a la prevención del retar

do en el desarrollo; así como la elaboración de recursos pertinentes para la detección, tratamiento temprano y la divulgación del desarrollo del niño desde su etapa fetal hasta la primera infancia a través de los no-profesionales, para-profesionales y profesionales que impulsen y promuevan asociaciones de padres en diferentes regiones del país. Esto podría llevarse a cabo por medio del apoyo de un programa nacional de prevención respaldado en el cumplimiento de las normas establecidas en el reglamento de prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (1976). Y así hacer fructífera la protección legal.

Y aprovechando esta protección legal las instituciones gubernamentales encargadas de la salud, centros de investigación y centros de salud existentes en México faciliten y fortalezcan la labor profesional y el desarrollo de programas de prevención primaria y secundaria. Pues incluso otros países como Botswana, Chile y Venezuela que cuentan con menos recursos humanos y económicos han intentado la implementación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria a nivel comunitario, y que muy a pesar de que no se han mostrado resultados significativos (por los instrumentos de evaluación utilizados), sí muestran interés y participación en las acciones preventivas, las cuales se continuarán en el futuro ya como programas formales y sistemáticos de prevención, desde luego que este planteamiento no resta mérito a sus esfuerzos, ya

que estas experiencias son aún nuevas, siendo la prevención una preocupación reciente en cuanto a la aplicación y evaluación de los programas. Aunque teóricamente ya se había planteado desde la década de los 60's la necesidad de crear programas de prevención primaria y secundaria.

De esta forma terminamos remarcando que la elaboración de todo programa preventivo debe considerar los elementos del contexto social, cultural, económico e ideológico de la población a quien va dirigido el programa y evitar en todo lo que sea posible reproducir programas originarios de otros países occidentales, los cuales comparten características sociales-culturales y económicas diferentes; y que por lo tanto no coinciden con los patrones de crianza y cultura de nuestro país y más en particular en cada región y en cada comunidad. Por lo tanto debemos esforzarnos todos los países latinoamericanos por crear metodología y tecnología sencilla y eficaz para la aplicación de programas de prevención primaria y secundaria.

## B I B L I O G R A F I A

- Acción Educativa                      El papel del psicólogo en el preescolar. Información y Aprendizaje, 1980, No. 11, - 103-106.
- Arnold, J.,                                  Prevención, reconocimiento y asistencia transicional del recién nacido de alto riesgo. En Marshall, H. Klaus y Fonaroff, A. Asistencia del Recién Nacido de Alto Riesgo. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires Argentina, 1978, - Cap. 2, 49-69.
- Atkin, E. L.,                                  Prueba piloto de un inventario para medir las percepciones de la madre sobre la conducta de su recién nacido. - (Escrito). Instituto Nacional de Perinatología, México D. F., 1981, 1 - 9.

- Badell y Ribera., Estimulación temprana en el manejo conceptual del retraso mental, una aproximación a la metodología. International Rehabilitation Medicine Association (IRMA). Memorias del 2o. Congreso de la Asociación Inter. de Medicina de Rehabilitación. Ed. S.E.P., México, 1976, Vol. III, 70 - 74.
- Bayes, R., El psicólogo, el médico y el retardo en el desarrollo. Psicología y Medicina. Interacción, Cooperación, Conflicto. Breviario de la Conducta Humana. Ed. Fontanella. Barcelona, España 1979, No. 14, 81 - 95.
- Bijou, S. y Baer, O. Retardo en el desarrollo y modificación de conducta. En Ribes, I. E. Técnicas de Modificación de Conducta. Ed. Trillas, Ed. 2a., México 1974, - Cap. I, 13 - 27.



- Bralić, S. Haeussler, Lira y Montenegro. Estimulación Temprana, importancia del ambiente para el desarrollo del niño. Ed. UNICEF, Santiago de Chile, 1975, Cap. 2, 39-78.
- Brazelton, B. T., Escala evolutiva del comportamiento neonatal. Traducción al español de García, C. y Lester, S., México, 1980. 1 - 120 (escrito).
- Brea, L. y Correa, E., La psicología comunitaria. En Ribes, E., Fernandez, C., Rueda, M., Talento, M., López, F., Enseñanza, Ejercicio e Investigación de la Psicología. Un modelo integral. Ed. Trillas, México, 1980.
- Brody, S., Preventive Intervention in current problems of early Childhood, Cap. VIII. En Caplan G. Prevention of Mental Disorders in Children. Ed. Basic Books Inc. Publishers, New York, 1961, Cap, VIII, 168 - 191.

- Brock, D. J.,
Prenatal diagnosis - Chemical methods. British Medical Bulletin, 1976, 32 (1), 16 - 20
- Broskowski, A, and Baker, P.
Professional, Organizacional\_ and social barriers to primary prevention. American Journal Orthopsychiatry. 1974, - 44 (5), 707 - 719.
- Campillo, M. y Hernandez, C.,
Psicología preventiva. Un modelo de enseñanza en la formación de profesionales de la - psicología. Enseñanza e Investigación en Psicología. Vol. - V, No. 2 (10), 584 - 598.
- Caplan, G. and Kornberg, S.,
Risk Factors and Preventive - Intervention in child Psycho-pathology: A review. Journal of Prevention. 1 (2), 1980, - 71 -106.
- Castañeda, C.,
Interdisciplinariedad, 1979.
- Clarke, B. and Clarke, M.,
Prospects for prevention and\_ amelioration of mental retardation. A guest editorial. -

American Journal of Mental -  
Deficiency. 1977, 81 (6), -  
523 - 533.

- Clement , Mc., The Ecological Model: A frame-  
work for operationalizing Pre-  
vention. Journal of Preven-  
tion 1 (1), feb., 1980, 35-43.

- Collins, T., Programa de Nueva Yersy en -  
entrenamiento a padres. En -  
Ellis, N., y Groos, L., Plan-  
teamiento de Programas para -  
la Estimulación Precoz de los  
Disminuidos. Ed. Los Parale--  
los, Buenos Aires, 1978, Cap.  
8, 87-91.

- Davis, G. J., Ethical Issues arising from -  
prenatal diagnosis. Mental -  
Retardation, 1981, February, -  
12 - 15.

- De la Fuente, R., La prevención y la interven--  
ción temprana en los desorde-  
nes mentales de los niños en\_  
los programas de salud mental.  
Salud Mental, Ed. Instituto Me

xicano de Psiquiatría, Vol. -  
3 (3), otoño, 1980, 2 - 6.

- Department of Social Security  
Practice in Special Education in Australia. Early Education of Handicapped children: Pre-Schools, University Queensland 1978, 19 - 3.
  
- Dybwad, G.,  
Nuevas tendencias en deficiencia mental. 1er. Congreso Nacional Sobre Deficiencia Mental, Ed. S.E.P. 1981, 13 - 25
  
- Eisen D., Schliefert, S. and Beck, H. R.,  
Nebraska's new program to prevent birth deficits. Health Services Reports, 1974, 89 (1) 43 - 47.
  
- Ellis, N. y Gross, L.  
Alternativas programáticas. - Planteamiento de Programas para la Estimulación Precoz en los Disminuidos. Ed. Los Paralelos, Buenos Aires, 1978, - Cap. 5, 63 - 75.

- Friedman, R., Using the family school in the treatment of learning Disabilities. Journal of learning Disabilities, 1978, Vol. II (6), 51 - 55.
- Galofré, F., Pobreza y los primeros años - , de la niñez. Situación en América Latina y el Caribe. En Galofré, F. Pobreza Crítica en la Niñez. América Latina y el Caribe. Ed. UNICEF, Santiago de Chile, 1981, 27 - 83
- García, E. M., Estimulación Precoz. Acción - preventiva y correctiva. En Seminario sobre Organización de Servicios para el Retraso Mental. Ed. OPS/OMS, Castagena - Colombia, 1973, Publicación Científica No. 293, 48-58.
- Guido, M. V., Modelo psiquiátrico de inter--vención terapéutica en niños - y adolescentes (UTNA), Salud Mental, Ed. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, 1982, Vol. 5, año 5, No. 2, 18- 24.



- Marin, G. Entrenamiento del psicólogo social en Latinoamérica. En Ardila, R., La Profesión del Psicólogo, Ed. Trillas, México, 1978, 202-209.
  
- Mialaret, G. La educación preescolar y las aportaciones de la ciencia contemporánea. Infancia y Aprendizaje, Ed. Artigrafía, S.A., Madrid, 1980, 11, 76 - 90.
  
- Montenegro, H., Situación del retraso mental en Chile. En Seminario sobre Organización de Servicios para el Retraso Mental. Ed. OPS/OMS, -- Catagena Colombia, 1973, Publicación Científica No. 293, 19 - 25.
  
- Montenegro, H., Consideraciones generales sobre estimulación temprana. En Braulić, S. Haeussler, Lira, L. Montenegro, H. y Rodríguez, S. Estimulación Temprana. Importancia del Ambiente para el Desarrollo del niño, Ed. UNICEF, 1978, Cap. I, 15-35.

- Mora, J.,

Períodos óptimos de intervención en niños pobres. En Galofré, F., Pobreza Crítica en la niñez, América Latina y el Caribe. Ed. UNICEF, Santiago de Chile, 1981, 97-140.
- Naranjo, C.,

Algunas Lecturas y Trabajo sobre Estimulación Temprana. - Ed. UNICEF, México, 1981, 5-25.
- Nacimiento, T., Abadi, A. Cuevas, R., Perdonó, M. y Bñez, L.,

La estimulación precoz en niños mongólicos. Educación Hoy, 1977, Año VII, No. 42, 51-80.
- Olivos M., Vargas, L., Pinales, B. y Salinas, M.

Amniocentesis, Ginecología y Obstetricia de México. 1979, No. 275, 163-170.
- Pérez, C.F.,

El taller nacional para la definición del perfil profesional del psicólogo, algunas implicaciones. Enseñanza e Investigación en Psicología, 1979, Vol. 5, No. 2(10), 641-643.



- Prevención (Trabajo inédito, Venezuela).
  
- Pitkin, R. Amniotic fluid: Creatinine. American Journal Obstetric - Gynecology, 1967, 98-113.
  
- Rehabilitation Inter-  
national. Childhood disability: its - prevention and rehabilita--  
tion. En Assignment Children  
Ed. UNICEF, 1981, Vol. 53/-  
54, 43-75.
  
- Reinherz, H., Primary prevention of emotio-  
nal disorders of children: -  
mirage or reality. Journal -  
of prevention, 1980, 1 (1), -  
4 - 13 .
  
- Reglamento de Prevención de Invalidez y Rehabilitación  
de Inválidos. Edición ofi- -  
cial S.S.A., México 1976.
  
- Reyes E.P. y Silva, - Recursos Humanos: Problemas\_  
A. A., de su desarrollo y utiliza--  
ción. En Seminario sobre Or-  
ganización de Servicios para  
el Retraso Mental. Ed. OPS/-  
OMS, 1974, Publicación Cientí

fica 293, 14-18.

- Ribes, I.E., Algunas consideraciones sobre la prevención del retardo en el desarrollo. Trabajo presentado en el II Congreso Interamericano de Retardo Mental. - Panamá, Agosto 1975, 1 - 11.
  
- Ribes, I.E., La prevención del retardo en el desarrollo en los países pobres. Trabajo presentado en el World Congress on Future Especial Education, Stirling, Escocia, Junio 1976, 1 - 6.
  
- Ribes, I.E., Inter-Multidisciplinariedad en la Enseñanza de la Psicología. Trabajo escrito. ENEP-UNAM-IZTACALA, México, 1979.
  
- Ribes, E., Fernández C., Rueda, M., Talento, M. y López, P., Enseñanza, Ejercicio e Investigación de la Psicología. Un modelo integral. Ed. Trillas, México, 1980.

- Roth, E., Apuntes preliminares sobre una psicología preventiva. Trabajo escrito. ENEP-UNAM-IZTACALA, - México, 1982.
- Ruiz, R., Villalobos, R., Mac Gregor, G. y Peña, N. Embarazo de alto riesgo. Identificación de alto riesgo prenatal y su repercusión en el recién nacido. Ginecología y Obstetricia de México, 1978, 54 (274), 378 - 399.
- San Martín, H., Salud y Enfermedad, Ed. Prensa Médica, México, 1977.
- Sebina, B. and Rgosidntsi, D., Disability prevention and Rehabilitation in Bostswana. Assignment Children, Ed. UNICEF, New York, 1981, 53/54, 135-152.
- Sells, J. and Bennett, P., Prevention of mental retardation The role of Medicine. American Journal of Mental Dificiency, - 1979, 82 (2), 117-129.
- Talento, M., Psicología-Iztacala como modelo profesional: introducción. En -

- Ribes, E. Fernández, C., Rueda, M. y Talento, M. Enseñanza, Ejercicio e Investigación de la Psicología. Un modelo integral. Ed. Trillas, México 1980.
- Tjossem, T. Nuevas tendencias en prevención y Estimulación Temprana. En Primer Congreso Nacional sobre Deficiencia Mental. Ed. S.E.P., México, 1981, 193-208.
- Tompar PIV. A community programme in the Philippines-the project "Reaching the Unreached". Assignment Children. Ed. UNICEF, - 1981, 53/54, 165-183.
- Tulio, J., Estimulación temprana en el manejo del deficiente mental. En Memorias del 2o. Congreso de la Asociación Internacional de Rehabilitación. Panamá, - 1976, Vol. III, 63-69.
- Who Secretarial The disability process and -

intervention levels. Assignment children. Ed. UNICEF. New York, 1981, 53/54, 33 - 41.

- Zarzoza, L.E.,

Crítica al uso de pruebas y de inventarios en Psicología. Trabajo escrito. ENEP-UNAM-IETACALA, Octubre 1979.