



**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

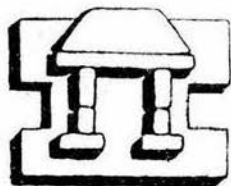
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

CAMPUS IZTACALA

PO 1375/96  
ej. 1

LA ESTIMULACION TEMPRANA COMO  
ESTRATEGIA DE PREVENCION DEL  
RETARDO EN EL DESARROLLO

**T E S I S     T E O R I C A**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
**L I C E N C I A D O    E N    P S I C O L O G I A**  
**P R E S E N T A**  
**IRMA    ZAMORA    GONZALEZ**



IZTACALA

ESTADO DE MEXICO

1996



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## COMPROMISO CONMIGO MISMA

Yo ...

Puedo ser la MEJOR en mi actividad, porque fui creada con todos los atributos necesarios para serlo.

Lucharé por mantener un propósito digno y una actitud mental positiva en todo momento, porque sé que es la única manera de lograr la FELICIDAD.

Viviré intensamente el día de HOY, que es el más importante y me olvidaré de la amargura del ayer y la incertidumbre del mañana.

Adoptaré en mi pensamiento para siempre la palabra YO PUEDO e intentaré lo imposible.

Estaré dispuesta a pagar el precio para ver mis más grandes anhelos convertidos en realidad.

En resumen, hoy me comprometo con todas las fuerzas de mi ser a pregonar esta filosofía conmigo misma, con mi familia, con mi pareja, con mis amigos y con toda la comunidad.

Es un reto a mi grandeza y sé que triunfaré.

**A MIS PADRES :**

ROBERTO E IRMA, porque ante todo me dieron la vida e hicieron de mi una persona sencilla, sincera y noble, capaz de salir adelante ante cualquier situación que se me presente. Para ustedes con todo mi AMOR, RESPETO Y ADMIRACION.

**A MIS HERMANOS :**

ROBERTO, MAURICIO, MIGUEL, OBED Y LYSSETTE, que me comprendieron y me apoyaron con su amor y unión en los momentos más difíciles para mi.

**A MIS TIOS :**

MAURICIO, MIGUEL Y LUCIANA, por todo el apoyo y confianza otorgado a lo largo de mi carrera.

**RECUERDA LOS MANDAMIENTOS Y NO TENGAS RENCOR A TU PROJIMO, RECUERDA LA ALIANZA DEL ALTISIMO Y PASA POR ALTO LA OFENSA.**

**MI SEÑOR, Y MI DIOS, DAME UN CORAZON BUENO Y GENEROSO COMO EL TUYO, CAPAZ DE COMPRENDER, DE PERDONAR, Y AMAR.**

Gracias a tí abuelita :

Ana María R.

**A MIS ASESORAS :**

FRANCIS, por todos tus conocimientos aportados para la realización de esta tesis, por ser para mí más que nada una amiga, que con sus consejos brindados en situaciones difíciles me hicieron fuerte y me sirvieron de apoyo para poder concluir este trabajo.

CLARA Y PATY, por su colaboración en la revisión de este trabajo.

## RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo revisar el origen de el retardo en el desarrollo, empezando por su definición, tipos y las posibles causas del mismo. Se menciona también la forma de prevenir el retardo en el desarrollo através de los diferentes niveles de prevención los cuales se explican ampliamente logrando dar un panorama de las posibles soluciones que se podrían tomar en cuenta para que este tipo de problema se logre evitar o por lo menos que se le de una solución de como aminorar su incidencia.

Asímismo, se pretende proporcionar, sistematizar y organizar la intervención para los problemas del retardo en el desarrollo através de la utilización de la Estimulación Temprana como uno de los medios más estrategicos, ya que en ella se contempla uno de los elementos primordiales para intervenir oportunamente, la cual es la edad del niño.

También se toma en cuenta la participación del psicólogo, el equipo multidisciplinario, así como también la de los padres, ya que con la intervención de cada uno de ellos es posible que se de una mejor solución a este tipo de problema.

## INDICE

## PAGINA

INTRODUCCION .....	1
--------------------	---

### CAPITULO I.

#### EL RETARDO EN EL DESARROLLO

1. 1. DEFINICION.....	6
1. 2. TIPOS.....	9
1. 3. CAUSAS DEL RETARDO .....	11
CAUSAS BIOLÓGICAS.....	13
1. 3. 1. PRENATALES.....	14
1. 3. 2. PERINATALES.....	23
1. 3. 3. POSTNATALES.....	26
CAUSAS CULTURALES Y FAMILIARES.....	28

### CAPITULO II

#### PREVENCIÓN DEL RETARDO EN EL DESARROLLO

2. 1. DEFINICION DE PREVENCIÓN.....	34
2. 2. PREVENCIÓN PRIMARIA.....	35
2. 2. 1. INFORMACIÓN PREVIA.....	35
2. 2. 2. CONTROL DURANTE EL EMBARAZO.....	37
2. 3. PREVENCIÓN SECUNDARIA.....	43
2. 3. 1. DETECCIÓN PRENATAL.....	44
2. 3. 2. EL APGAR.....	52
2. 4. PREVENCIÓN TERCIARIA .....	54



2. 5. LA PREVENCIÓN COMO DESARROLLO DE PROGRAMAS COMUNITARIOS.....	55
2. 5. 1. INSTITUCIONES ESPECIALES.....	56
2. 5. 2. INSTITUCIONES EDUCATIVAS.....	58
2. 5. 3. MEDIO FAMILIAR.....	58
2. 6. DESEMPEÑO DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y EL ENTRENAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO COMO MEDIOS FACILITADORES PARA EL LOGRO DE LA PREVENCIÓN DEL RETARDO.....	59
2. 7. LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA COMO FORMA DE PREVENCIÓN.....	63

### CAPITULO III

#### ESTIMULACION TEMPRANA

3. 1. DEFINICIÓN.....	64
3. 2. FUNDAMENTOS DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA.....	64
3. 3. APLICACIONES DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA.....	68
3. 4. ANTECEDENTES DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA.....	70
3. 5. PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA.....	76
3. 5. 1. PRINCIPIOS RECTORES DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES.....	81
3.5. 2. ESTRATEGIAS PARA LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES.....	84
3. 6. EL PSICOLOGO Y LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA.....	85
3. 6. 1. EL PAPEL DEL PSICOLOGO EN LOS PROGRAMAS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA.....	86
3. 6. 2. EL PAPEL DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA.....	90
CONCLUSIONES.....	93
BIBLIOGRAFIA.....	101

*marco leon cd*

## INTRODUCCION

El desarrollo del niño empieza mucho antes de nacer. Desde el momento de la concepción, el organismo humano atraviesa por una serie de etapas de complejos patrones de desarrollo. El recién nacido, nace con muchas características que determinan, en parte, la forma como el niño puede interactuar con su medio ambiente. ( Faw, 1982 ). Por lo tanto, para quienes están interesados en conocer y comprender por qué los niños nacen con ciertas características que de alguna manera impiden su desarrollo normal, es necesario ofrecerles conocimientos sobre el origen de esas características, al igual de poderles informar sobre cuales podrían ser algunas soluciones para disminuir el retardo en el desarrollo.

Es por lo mencionado anteriormente que el objetivo de esta investigación es revisar brevemente el origen del retardo en el desarrollo, dando como consecuencia el surgimiento del interés por la prevención y la estimulación temprana como sus medios de disminución o evitación, que por lo menos hoy en día se ha podido llegar a decir de dicho problema.

La interacción entre el individuo y su ambiente es dinámica y está determinada por las características biológicas ( anatómicas, fisiológicas, genéticas, etc. ) del individuo; por las características del ambiente, que pueden dividirse y estudiarse en varios niveles, de los cuales es posible definir dos : a) el inmediato, que corresponde al entorno físico, familiar y comunitario en el que se desenvuelve cotidianamente el individuo, y b) el global, que corresponde a las condiciones sociales, políticas y económicas en que se encuentra la sociedad de la que forma parte el entorno inmediato del

individuo, y por la historia de las interacciones pasadas del individuo.

En el capítulo 1 abordaré el tema de el retardo en el desarrollo, dando su definición como primer punto y sus causas como segundo punto.

El retardo en el desarrollo es un problema en el que inciden factores biológicos, conductuales y sociales. La forma en que estos elementos determinantes interactúan no es siempre del todo clara y, por consiguiente, es difícil especificar con precisión el peso relativo de cada uno de ellos en la presentación del retardo. ( Ribes, 1975 ).

En el capítulo 2 se trata de establecer una serie de medidas pertinentes para la prevención del retardo. No obstante, a pesar de que en un momento dado estas sean completamente definidas, es muy remoto que se llegue a prevenir totalmente el retardo; sin embargo, al igual que en otro tipo de enfermedades o males sociales que han aquejado al ser humano, el retardo puede ser disminuido en un grado significativo de tal manera que no sea un problema social.

Es común encontrar que los profesionistas relacionados con el problema del retardo han desarrollado más alternativas de solución para aquellos casos que ya se han manifestado, que para aquellas situaciones que futuramente pueden dar origen al retardo. Una razón con la que se puede justificar esta situación puede ser, que las alternativas planteadas para los primeros casos son más específicas que para los segundos; los resultados de los tratamientos en ambos casos y en muchas de las ocasiones pueden darse a largo plazo, ocasionando que el problema se agrave numéricamente hablando y que el

presupuesto destinado para la Educación Especial en México se asigne única y exclusivamente al fomento de programas de rehabilitación para los casos ya manifestados y no al fomento de programas de prevención de situaciones futuras que pueden originar el retardo en el desarrollo.

Lo más correcto sería que a partir de los casos ya existentes se planteen medidas preventivas para evitar nuevamente la presentación de casos similares.

Afortunadamente, en las últimas décadas, un procedimiento o estrategia de intervención, ha permitido una mejor coordinación entre los diferentes aspectos que se hayan involucrado en todo lo que implica la atención del menor. Esta modalidad desde sus inicios se ha denominado estimulación temprana. La estimulación temprana más que una simple forma de atención, es en sí todo un proceso de intervención, que ha servido como medio para generar toda una serie de situaciones, que permiten atender y darle la importancia necesaria a la etapa de 0 a 6 años en la vida de todo ser humano. Es por esto que el tema de la estimulación temprana será abordado en el capítulo 3.

La estimulación temprana debe aplicarse oportunamente. Aún cuando las divisiones en un proceso intenso de crecimiento y desarrollo son un tanto artificiales, el estímulo debe estar acorde con la edad y con el desarrollo previsto para esa edad. Si el niño no responde o no participa porque no se ha estimulado antes, hay que localizar con cuidado los estímulos a que responde para partir de ahí hacia un desarrollo creciente de sus capacidades. También

si el niño ha superado lo previsto para su edad, se le puede estimular en la etapa siguiente, lo que facilita su desarrollo . ( Naranjo, 1981 ).

Los programas de estimulación temprana requieren del conocimiento suficiente acerca de las características de la población a la que se dirigen; de la inclusión de actividades variadas y activas, que cuenten a su vez con una gran variedad de estímulos sensoriales, auditivos, visuales, etc., que sean interesantes para el niño y que respeten siempre el avance a su propio ritmo. Un programa debe ser sistemático y de complejidad creciente. Sin embargo, la mayoría de los programas de estimulación temprana no van dirigidos a resolver los problemas de los niños con privación afectiva y ambiental, sino a la población infantil con alteraciones del desarrollo biológico.

Tomando en cuenta los antecedentes expuestos en este trabajo, se ha producido un concenso hoy en día, sobre la necesidad de que la estimulación se inicie lo más tempranamente posible; se continúe durante la edad preescolar y escolar del niño; abarque todo su medio ambiente. Inclusive Mora ( 1979 ), menciona que esta debe implementarse como estrategia que se extienda a la misma etapa preconcepcional y prenatal.

En la estimulación temprana se debe contar con un equipo de trabajo que constituya un aspecto importante ( si no es que el principal ), para una adecuada intervención. De esta manera tenemos que: " Uno de los aspectos más interesantes de la estimulación temprana es, sin duda alguna, la labor de manera multidisciplinaria, esto se debe a que en esta área donde la colaboración de médicos, enfermeras, psicólogos, terapeutas, profesores y

otros especialistas se hace más evidente, ya que la atención al niño no es una labor exclusiva de alguno de ellos”.

La estimulación temprana como un conjunto de acciones, no solamente requiere profesionales, sino también no profesionales que puedan ayudar a obtener mejores resultados, es por lo tanto muy importante el papel que desempeñen los padres como agentes activos que se relacionan directamente con los niños. Al involucrar a los padres se está dando también el proceso de desprofesionalización, además que el incluir no profesionales sea cual sea la causa posibilita el conocer y resolver adecuadamente algún problema. Además el profesional no solo enseña sino, que también aprende conociendo alternativas que se puedan incluir en su práctica profesional para el mejor manejo en un problema en particular.

Es necesario conocer la importancia de brindar al niño una intervención oportuna y eficaz, que permita prevenir la agudización de una patología, idealmente los programas educativos deben iniciarse lo más tempranamente posible para evitar o disminuir los déficits de una etiología manifiesta, debe favorecer el acceso del niño retardado a las mismas oportunidades que tiene otro niño y, concluir óptimamente solo cuando se observa que su desarrollo va a la par del desarrollo de la población de su edad.

## CAPITULO I

### EL RETARDO EN EL DESARROLLO

#### 1.1. DEFINICIÓN

El retardo en el desarrollo se ha conceptualizado en términos de relaciones observables y funcionalmente definidas, sin hacer uso de contribuciones hipotéticas o sin reducir las causas de eventos psicológicos a biológicos. Un individuo retardado es aquel que tiene un repertorio conductual limitado, el cual se deriva de interacciones del individuo con sus contactos con el medio, lo que constituye su historia. ( Bijou y Baer, 1975 ).

El retardo se considera como una desviación en el desarrollo psicológico y, por consiguiente, se utiliza el término retardo en el desarrollo, en vez de retardo mental. Las diferencias entre desarrollo normal y retardado radican en la naturaleza de las condiciones y las interacciones del desarrollo, pasado y presente. El desarrollo normal, cambios progresivos en las interacciones entre el individuo y el medio, se da a través de la acción de condiciones biológicas, sociales y físicas que están "dentro de los límites normales". El desarrollo retardado evoluciona a través de la acción de condiciones biológicas, sociales y físicas que se desvían de lo normal en grados extremos; mientras más extremas sean las desviaciones, más retardado será el desarrollo. " ( Bijou, 1963, en : Bijou y Baer, 1975 . Pág. 248 ).

El retardo en el desarrollo es un problema en el que inciden factores biológicos, conductuales y sociales. La forma en que estos elementos determinantes interactúan no es siempre del todo clara y, por consiguiente, es difícil especificar con precisión el peso relativo de cada uno de ellos en la presentación del retardo. ( Ribes, 1975 ).

Desde un punto de vista conductual, el retardo debe conceptualizarse como un problema funcional ( Bijou, 1963, en : Ribes, 1975 ). Definimos el retardo como una desaceleración del desarrollo de un individuo, comparado con la norma del grupo al que pertenece. El grado de retardo sólo nos indica la diferencia en desarrollo y, probablemente, la generalidad de los comportamientos afectados.

En el caso de individuos con retardo marcado, por lo común, es evidente la existencia de una lesión o disfunción biológica, aún cuando no exista una relación causal directa con las esferas conductuales afectadas.

Comúnmente, el retardo es considerado como un deterioro en el funcionamiento intelectual. También se le toma como un desarrollo incompleto o como un estado de incompetencia social o intelectual. Usualmente, estos términos se refieren a la conducta. Como ejemplo tenemos la definición de Cameron y Margaret ( 1951, en Bijou y Baer, 1975 ). Definen el retardo como el comportamiento que es más apropiado para niveles mas tempranos de la vida del individuo.

La falta de comprensión de la naturaleza sobre el desarrollo mental del niño está ligada a particulares concepciones teóricas, tal es el caso de la teoría soviética que a continuación es mencionada con la intención de mostrar que aunque su concepción difiera en su orientación teórica, trata de modo sustancial idéntico la causa del retraso mental.



Existe una teoría psicológica soviética según la cual el desarrollo mental del niño estará determinado por la acción de dos factores: por una parte, factores endógenos y biológicos; por otra, factores exógenos y ambientales. Esta concepción del desarrollo está ampliamente difundida y parece afirmar un hecho obvio. Por ello, la discusión se limita casi siempre al papel relativo de los factores endógenos y exógenos, o sea al papel desempeñado por las características biológicas y del ambiente social en el desarrollo mental del niño. Desde el punto de vista de Leontiev ( 1973 ), un autor conceden importancia predominante a los factores biológicos, otro a los factores sociales, un tercero, a la convergencia o coincidencia de estos factores; sea cualquiera la situación que afecta al desarrollo normal del niño, el principal objetivo es llegar a determinar la causa del retardo.

Al hablar de retardo en el desarrollo, se hace hincapié en la naturaleza funcional y en la múltiple determinación del problema, evitando esquematizar su interpretación en la forma de causas simples, ya sean de tipo orgánico o social. En un análisis funcional del retardo, lo fundamental es identificar los repertorios existentes; definir los repertorios terminales requeridos; identificar las variables ambientales y orgánicas que pueden facilitar el desarrollo de los repertorios elegidos, y evaluar en forma permanente el progreso que se obtiene mediante la programación cuidadosa de todos los elementos señalados.

El retardo en el desarrollo se produce en mayor o en menor grado, con mayor o menor generalidad, como consecuencia de :

- 1.- La amplitud de la deficiencia orgánica, el grado de deterioro de las condiciones físicas y sociales, o ambas cosas.

2.- En el momento en que ocurre la deficiencia orgánica o el momento en que sobrevienen las condiciones ambientales deficitarias durante el desarrollo ( la edad del individuo )

3.- El hecho de que la deficiencia se compense o no mediante un entrenamiento diferencial e intensivo ( educación especial ).

4.- El momento en que se empieza a aplicar ese entrenamiento diferencial e intensivo. ( Galguera, Hinojosa, Galindo,1991 )

El retardo en el desarrollo, generalizado o específico, se produce como consecuencia de la interacción de las variables mencionadas, pero difícilmente podemos señalar a una de ellas como causa directa.

En el siguiente apartado se mencionan los tipos de retardo, así como las causas de éste.

## 1. 2 . TIPOS

### RETARDO GENERALIZADO Y RETARDO ESPECIFICO.

Un diagnóstico de tipo conductual establece dos formas de retardo: el retardo generalizado, que se caracteriza por abarcar repertorios amplios y numerosos, y el retardo específico, que se concentra sólo en uno o dos tipos de conductas, como por ejemplo, las llamadas dificultades de aprendizaje.

En los casos de retardo generalizado ( con algunas excepciones aisladas, como el autismo infantil ) existe un daño o disfunción orgánica visible, que requiere una estrategia preventiva de doble naturaleza: medica por una parte, y educativa por la otra. La prevención del retardo generalizado, desde un punto de vista estrictamente médico, requiere un extenso programa de salud pública, informativo y educativo, que altere directamente las condiciones sociales empobrecidas y en el que se prevean todos los factores genéticos, prenatales, perinatales y postnatales que puedan contribuir a la aparición del retardo como condición general deficitaria. Desde un punto de vista educativo, se requiere la capacitación de personal paraprofesional para enfrentarse a la ardua tarea de diseñar situaciones protéticas en etapas tempranas del desarrollo, que impidan el deterioro progresivo, fomentando el avance del individuo en el largo y complejo proceso de adquisición de todas aquellas conductas por desarrollar en el nivel social.

En el retardo específico, los déficits pueden ser carencias totales de una forma particular de conducta ( por ejemplo, la lectura ) o muchas veces pueden consistir en una disminución de la velocidad con que se adquiere dicha conducta. En la mayoría de estos casos, no existe una contribución biológica claramente reconocida, aún cuando existen a menudo hipótesis al respecto. La tarea preventiva se confunde, pues, con la tarea correctiva, aún cuando también incluye la preparación y adiestramiento de personal paraprofesional en el diseño de ambientes o programas protéticos a nivel especial. ( Ribes, 1975 ).

### 1. 3. CAUSAS DEL RETARDO

Cabe hacer mención dentro de este apartado que el concepto de retardo en el desarrollo, será manejado de acuerdo a las diversas denominaciones de los autores que se irán citando, tales como: "Retardo Mental", "Deficiencia Mental", "Debilidad Mental", "Retraso Mental", etc. Cada una de estas posturas serán manejadas de igual denominación para no alterar el manejo de información que se ha recopilado de cada autor pues ya que existen discrepancias en éstas, dado que los criterios aplicados por cada uno de ellos son diferentes. Aunque mi postura sea la que plantea Bijou, el cual sugirió el concepto de retardo en el desarrollo para sustituir el de retardo mental de la psicología tradicional. (Galguera, Hinojosa, Galindo, 1991).

En términos generales el individuo puede recibir alguna de esas denominaciones, desde que tiene problemas para conducirse adecuadamente en una institución educativa, hasta el que no se vale por sí mismo satisfaciendo las necesidades más elementales de la vida cotidiana, como son el cuidado personal y la seguridad corporal.

Las clasificaciones tradicionales no son más que etiquetas que no conducen a formas de tratamiento y, por tanto, no redundan en beneficio del sujeto pero, en cambio, pueden crearle problemas sociales. Se exceptúan los casos en los que hay una patología orgánica y existe un tratamiento médico.

No existe un solo "retardo". Los llamados retardos constituyen un grupo muy diverso no sólo por la etiología del problema, sino también por el tipo de conductas de cada caso. Así, mientras la deficiencia de uno puede radicar en el lenguaje, la de otro puede radicar en el cuidado personal. La clasificación tradicional entraña muchas veces la idea de que el sujeto puede o no puede aprender. En contraposición, se sostiene que todo retardado, cualquiera que sea la etiología o el problema concreto, es entrenable.

En última instancia, el retardo se refiere a un estado en el que el individuo carece de los repertorios conductuales corrientes en otros individuos de la misma edad y condición. ( Galindo, Bernal, Hinojosa, Galguera, Taracena, Padilla, 1990 ).

Ingalls ( 1982 ) menciona que se pueden distinguir dos categorías muy generales de individuos mentalmente retrasados. Una categoría incluye a todas aquellas personas sobre las que hay pruebas de que su retardo se debe a una causa orgánica específica como, por ejemplo, a un desorden en el metabolismo cerebral o a una lesión específica del sistema nervioso. A estos sujetos se les llama orgánicamente retrasados. La ciencia médica y biológica ha dado pasos enormes durante las últimas décadas en la identificación de muchas de estas causas, e inclusive en la actualidad se están descubriendo nuevos síndromes de retraso orgánico. La segunda categoría es mucho más amplia e incluye a aquellas personas en las que no se advierte ninguna causa orgánica para sus reducidas capacidades intelectuales. A estos individuos se les ha puesto la etiqueta de culturalmente retrasados ( término preferido por todos aquellos que creen que este tipo de retraso tiene su origen principalmente en el ambiente psicosocial del individuo ), retrasados de familia ( término preferido por los que defienden que la causa es la herencia ), y funcionalmente retrasados. La mayoría de los individuos funcionalmente retrasados manifiesta solamente un retraso ligero, y provienen de familias de bajos ingresos; por el contrario, los orgánicamente retrasados suelen estar más gravemente incapacitados, y no se relacionan de ninguna manera especial con la clase económicamente baja.

A continuación se describen las causas biológicas y las causas culturales - familiares.

## CAUSAS BIOLÓGICAS

Dentro de las causas biológicas se mencionarán en primer lugar las prenatales, que son todas aquellas causas que influyen durante la gestación del feto; en seguida las perinatales que son aquellas causas que influyen durante el período de parto; por último las postnatales, que comprenden desde el nacimiento del niño hasta su primera infancia ( alrededor de los 7 años ) ( Vazquéz, 1986 ). La edad en el período postnatal varía de acuerdo a las consideraciones que retome cada autor para denominarla así.

El hecho de hacer mayor énfasis en la descripción de las causas biológicas en este capítulo es dado por que es de mi interés el retardo de riesgo biológico establecido; además de ser un poco extensa la información es debido a que como psicólogos debemos de tener conocimientos al igual que una amplia y clara información sobre las principales causas biológicas las cuales, pueden influir en el mantenimiento, disminución o aumento de comportamientos no deseados en un problema ya establecido, ya que una de nuestra mayor incidencia es en el área de educación especial y cuya una de nurestras misiones es la de crear un medio ambiente - social y no social - para que el organismo pueda aprender comportamientos apropiados. También se hace mención sobre las causas culturales y familiares ya que de alguna forma son factores que al igual que las causas biológicas afectan al desarrollo normal.

### 1. 3. 1. PRENATALES

#### Por medio de Infecciones :

**Rubéola:** Si el virus de la rubéola ataca a una mujer durante la etapa embrionica del embarazo, el virus ataca también al niño en desarrollo, produciendo efectos muy serios. Los principales síntomas de la rubéola congénita son pérdida del oído, defectos de la vista, retraso mental y defectos cardiacos .( Ey, Bernard, Brisset, 1980 ).

**Sífilis :** Un niño en estado de desarrollo prenatal es afectado por esta enfermedad solamente cuando la madre ha contraído dicha enfermedad dentro de dos años y no ha sido debidamente atendida. Muchos niños con sífilis congénita mueren al nacer; para los que sobreviven las probabilidades de una recuperación total son muchas, con tal de que se emprenda de inmediato su tratamiento. Si la enfermedad no se cura desde un principio , sigue un curso muy largo, con diferentes síntomas en las diferentes etapas del desarrollo. En la infancia el niño sifilítico suele tener lesiones cutáneas, secreción crónica de la nariz con hemorragias nasales, y dilatación de bazo e hígado . En la niñez el retraso mental aparece con toda claridad, y con frecuencia va acompañado de otra conducta anormal y de accesos o crisis. ( Ingalls, 1982 ).

**Citomegalovirus:** Los efectos de esta infección son extremadamente variables. Algunos bebés no manifiestan absolutamente ningún síntoma, pero la mayoría dan señales de impedimento neurológico y muchos de ellos resultan retrasados mentales. Algunas veces el virus produce anomalías de cráneo

como, por ejemplo : hidrocefalia - cráneo agrandado debido a la presión de fluidos; o microcefalia.- demasiado pequeño. ( Ingalls, 1982 ).

**Toxoplasmosis** : Está comprobado que la infección materna por el protozoo parásito, *Toxoplasma gondii*, produce malformaciones congénitas. Los niños pueden presentar calcificación cerebral, hidrocefalia o retardo mental; también se ha informado de coriorretinitis, microftalmía y otros defectos oculares. ( Langman, 1976 ).

#### **Por medio de Intoxicaciones :**

**Anticuerpos Maternos** : Los factores Rh están presentes en los glóbulos rojos de la sangre de gran mayoría de los seres humanos. Al ser introducidos en el organismo de una persona cuya sangre no los contiene , actúan como antígenos o sustancias extrañas y estimulan la producción de anticuerpos. Cuando la sangre de un feto contiene factores Rh siendo la sangre de su madre Rh negativa, es decir , sin factores Rh, estas sustancias llegan por primera vez a la sangre de la madre del feto. La madre produce anticuerpos que, al penetrar a su vez en la corriente sanguínea del feto, destruyen los glóbulos rojos de su sangre privándola del oxígeno. Como la madre tarda cierto tiempo antes de producir anticuerpos, los primogénitos son menos susceptibles de ser afectados por una incompatibilidad de tipo Rh, no así los niños subsiguientes. El daño causado al cerebro por una incompatibilidad de tipo Rh puede ser de gravedad cuando no es tratado. ( Davison y Neale, 1983 ).



**Drogas** : El caso más dramático de los efectos adversos que una droga puede tener en el niño en desarrollo es el efecto de la totalidad sedante, misma que si la toma la mujer durante el embarazo, produce deformidades muy burdas en el niño, por ejemplo falta de piernas. El tipo de drogas que más preocupa son las drogas que no se recetan y que propiamente no son medicinales, tales como el **alcohol**, la **nicotina** y la **heroína**. Aunque no se ha demostrado que haya relación entre el consumo ocasional de alcohol y un aumento en defectos de nacimiento, Jones y cols. ( 1973, en : Ingalls,1982 ) han identificado un síndrome de desórdenes congénitos muy común entre los hijos de madres alcohólicas. Una de las características de este síndrome es la microcefalia y las capacidades mentales mermadas. Al igual que el cigarro, las madres que fuman tienen mas probabilidades de tener un hijo prematuro o demasiado pequeño ( Pasamick y Knobloch, 1966. ), y existe una relación muy clara entre premadurez y deficiencias mentales. ( Ingalls, 1982 ).

**Toxemia** : Este desorden se caracteriza por hinchazón, edema y alta presión sanguínea. En la mayoría de los casos no se conoce la causa. Aunque la mayoría de los niños se desarrolla normalmente, la prevalencia de retraso mental suele ser mayor. ( Op. cit. ).

**Radiaciones** : Hay diversos tipos de radiación que pueden tener efectos drásticos en el embrión o feto en desarrollo. Pequeñas dosis de rayos X ordinarios, por lo general, son inocuas, pero si a una mujer embarazada se le somete a grandes cantidades de radiación con fines terapéuticos, existen muchas posibilidades de que el niño nazca con serios defectos e inclusive de que no sobreviva . ( Op. cit. ).

**Por Anormalidades Cromosómicas :**

**Síndrome de Down :** Es el resultado de la presencia de un cromosoma adicional número 21. Como en este caso hay tres cromosomas 21 en lugar de los dos ordinarios, otro nombre para este desorden es trisomía 21. En realidad hay tres diferentes tipos de síndrome de Down, según el modo en que adquirió el individuo el cromosoma adicional. Cerca del 90 % de los casos, el cromosoma adicional resulta de un proceso llamado no disyunción. Normalmente, en la formación de los gametos, los 46 cromosomas de la célula madre se dividen por igual entre las dos células hijas, de suerte que cada una tiene 23 cromosomas, uno de cada tipo. La no disyunción es un error en este proceso en el que los cromosomas no se dividen por igual entre las dos células hijas, sino que recibe 24 cromosomas y la otra 22. En la trisomía 21, ambos cromosomas de número 21 van a una de las células hijas, y ninguno a la otra célula. La célula con sólo 22 cromosomas nunca produce un individuo viable, pero el gameto con 24 cromosomas sí puede ser fertilizado, produciendo una célula con 47 cromosomas. En la no disyunción ambos padres tienen cromosomas normales, y no hay lugar para ningún portador.

Un segundo error que puede producir el mismo síndrome se llama translocación. En el cromosoma 21 de uno de los progenitores se ha adherido a otro cromosoma, ordinariamente el 15. Cuando se examinan los cromosomas de este progenitor, solamente se pueden ver 45, pero el cromosoma 15 es más grande de lo ordinario porque también contiene todos los genes del cromosoma 21. Como al progenitor no le está faltando ningún material genético, no aparece ninguna anomalía en el fenotipo. Sin embargo, cuando las células madres se dividen para producir gametos, puede producirse un espermatozoide o un óvulo que contenga el material genético del cromosoma 21 reproducido dos veces, y así, si la concepción ocurre con esta célula, el resultado se parecerá mucho a la trisomía 21.

Un tercer tipo se llama mosaicismo. En el mosaicismo el defecto sobreviene después de la concepción. El cigoto inicial tiene un número normal de cromosomas, pero en algún momento durante el desarrollo prenatal y durante una de las primeras divisiones celulares, ocurre un error por el cual una célula recibe 47 cromosomas y la otra 45. La célula con sólo 45 muere, pero como los cromosomas siempre se reproducen exactamente de la misma manera, la célula con 47 cromosomas seguirá produciendo células con 47 cromosomas.

Por lo tanto, en el caso de un niño mosaico, unas células tienen el número normal de 46 cromosomas y otras tienen el 47 atípico. ( Op. cit. ).

**Síndrome de Edward** : Es el resultado de la trisomía de uno de los cromosomas del grupo 16 a 18 . Los síntomas incluyen retraso mental grave, muchos rasgos faciales peculiares como oídos malformados y caídos, cráneo alargado, y desórdenes de desarrollo como dificultades para alimentarse y falta de crecimiento ( Op.cit. ).

**Síndrome de Patau** : Es muy semejante al anterior. Es el resultado de trisomía en el grupo 13 a 15 de cromosomas y va acompañado de una gran variedad de defectos graves, incluyendo malformaciones del cerebro. Otras características son los rasgos faciales peculiares y deformidades como paladar hendido y labio leporino, anomalías cardiovasculares y extremidades deformes. ( Op. cit. ).

**Síndrome Cri-du-chat** : O maullido de gato, se le llama así por el llanto o grito de los niños con este trastorno muy parecido al maullido de los gatos. Está asociado con la pérdida de uno de los brazos de algún cromosoma del grupo 4 a 5. Otros síntomas son retraso mental severo y rasgos faciales muy peculiares. ( Op. cit. ).

**Síndrome de Turner** : Recordemos que las mujeres normales tienen dos cromosomas X en posición 23, y que los varones normales tienen un cromosoma X y un cromosoma Y. Si durante la formación de un óvulo ocurre la no disyunción en

una mujer normal, una célula hija tendrá dos cromosomas X y la otra no tendrá ninguno. El óvulo sin cromosomas sexuales puede ser fecundado por un espermatozoide portador de X o por un espermatozoide portador de Y. Si ocurre esto último el cigoto no puede sobrevivir, pero si el espermatozoide fecundante tiene un cromosoma X, el resultado es un individuo viable con 45 cromosomas y el genotipo de sexo es XO. Este es el único caso que se conoce en que los individuos pueden sobrevivir sin una dotación completa de cromosomas. Por lo que se ve, todos los cromosomas son esenciales para la vida, excepto los cromosomas Y muy pequeños. ( Op. cit. ).

**Síndrome de Klinefelter** : Otras aberraciones de los cromosomas tienen su origen en la fecundación del óvulo con los dos cromosomas X en nuestro ejemplo de no disyunción. Si este óvulo es fecundado por un espermatozoide portador de Y, el resultado es un cigoto con 47 cromosomas y un genotipo XXY. Los individuos con este desorden parecen ser varones, pero con muchas características femeninas como, por ejemplo, senos exageradamente desarrollados, voz atiplada, ausencia de pelo en el cuerpo, testículos pequeños y

esterilidad. Con frecuencia aparece un retraso ligero o moderado, pero no siempre. ( Op.cit. ).

### **Por Anomalías Craneales :**

**Hidrocefalia :** llamada vulgarmente agua en el cerebro, es una enfermedad en la que el líquido cefalorraquídeo se acumula en la cabeza, produciendo presión sobre el cerebro y sobre el cráneo. Normalmente este líquido se drena del sistema nervioso central y es absorbido por diversos conductos, pero en la hidrocefalia sobreviene una oclusión en alguna parte del sistema de drenaje, o los conductos de drenaje no se forman debidamente. Como resultado de ello, el líquido no se puede drenar debidamente y la presión resultante es causa de que el cráneo se agrande. La señal ordinaria de diagnóstico es una cabeza grande que crece rápidamente, de manera especial al frente. Son muchas y diferentes las causas de este mal, y la enfermedad misma tiene muchas variantes. En la mayoría de los casos se desconoce la causa. Generalmente el mal está presente al nacer, pero se dan muchos casos de hidrocefalia que sobreviene después del nacimiento, por lo general, como resultado de alguna infección. El grado de retraso puede ser muy variado, desde limitrofe hasta profundo. ( Op. cit. ).

**Microcefalia :** Es un término general que significa cráneo pequeño. La microcefalia frecuentemente acompaña a otros síndromes de retraso como, por ejemplo, al síndrome de Down, a la FCU, y al retraso causado por infecciones prenatales o por radiación. El retraso es generalmente severo, y la espasticidad es frecuente. ( Op. cit. ).

**Espina bífida** : Es una enfermedad en la que la columna vertebral no se forma debidamente, y a consecuencia de ello aparece una apertura en el casquillo óseo que protege a los nervios. Por sí sola no produce retraso, pero frecuentemente va acompañada de otras malformaciones, particularmente de hidrocefalia, por lo que es una enfermedad frecuente en las poblaciones retrasadas. ( Op. cit. ).

#### **Por Transtornos Endocrinos :**

**Cretinismo** : Se debe a una grave deficiencia en las secreciones de la glándula tiroidea y se caracteriza por una profunda deficiencia intelectual y defectos físicos. Un niño no tratado que ha sufrido esta deficiencia desde su nacimiento tiene un cuerpo de baja estatura, conformado como el de los enanos, facciones burdas, abdomen hinchado y miembros cortos y regordetes. La causa principal del cretinismo ha sido la carencia de yodo en la dieta de la madre embarazada, ya que éste es el principal ingrediente para la elaboración de la hormona llamada tiroxina. El niño nace con glándulas tiroideas defectuosas que permanecen subdesarrolladas o se atrofian. Los síntomas del cretinismo se vuelven evidentes durante los primeros meses de vida, ya que el desarrollo es muy lento y el niño no manifiesta responsividad ni atención. ( Davison y Neale, 1983 ).

#### **Por Desórdenes de Metabolismo :**

**Fenilcetonuria** : La FCU es el resultado de la incapacidad del cuerpo para asimilar debidamente uno de los aminoácidos básicos, la fenilalanina. Por lo visto el gen N es el causante de la producción de la enzima hidroxilasa de

fenilalanina, la cual convierte la fenilalanina en otro aminoácido, la tirosina. Los individuos que no tienen el gen N no pueden producir la enzima y, por lo tanto, no se verifica en ellos esta reacción metabólica vital. El síntoma más importante de la FCU es la baja inteligencia. Otro síntoma del desorden es la insuficiente pigmentación de la piel, de los ojos y del pelo. ( Ingalls, 1982 ).

**Galactosemia** : Se parece a la FCU en ciertos aspectos. Lo transmite un gen recesivo y da por resultado la incapacidad para metabolizar la galactosa, un hidrato de carbono que resulta de la digestión de la leche. Los infantes con galactosemia suelen nacer ligeramente bajos de peso, y la primera queja es que no se desarrollan; no aumentan de peso y tienen frecuentes vómitos y diarreas. Cerca de la mitad de los pacientes contraen cataratas durante los primeros años de vida. Los síntomas varían mucho, y el retraso mental aunque frecuente, no es de ninguna manera una característica universal. ( Op. cit. ).

**Lipidosis** : Es el resultado de una acumulación excesiva de lípidos o grasas en los tejidos nerviosos y en otras partes del cuerpo. Esto produce apatía, deterioro mental, ceguera, hipersensibilidad al sonido, convulsiones y espasticidad. Una señal clásica de diagnóstico es una mancha de rojo intenso en la retina del ojo. (Op. cit. ).

**Síndrome de Hurler :** Proviene de un error en el metabolismo mucopolisacárido. A este mal también se le llama gargolismo porque muchos de los rasgos faciales y corporales se deforman un tanto. El niño con éste síndrome parece normal al nacer y puede desarrollarse normalmente durante algunos años. Una vez que aparecen los síntomas, el niño muestra un deterioro gradual de sus habilidades, el cual termina, con el tiempo, en un retraso mental profundo. Hay dos diferentes modalidades en la transmisión de éste síndrome. La causa más general es un simple par de genes recesivos, pero también hay un locus de genes vinculados con el sexo que produce esencialmente los mismos síntomas, pero por lo general es menos severo. La variante relacionada con el sexo ocurre exclusivamente en los varones. ( Op. cit. ).

### 1. 3. 2. PERINATALES

**Virus del herpes simple :** La infección se transmite cerca de la fecha del nacimiento, y las anomalías informadas son microcefalia, microftalmía, displasia retiniana, hepatosplenomegalia y retardo mental. Sin embargo, por lo regular el niño adquiere la infección de la madre al nacer por enfermedad venérea, y los síntomas del padecimiento aparecen en estas circunstancias durante las tres primeras semanas de edad; en tal caso, la virosis se caracteriza por reacciones inflamatorias. ( Palacios y Picazo, 1983 ).

**Anoxia Perinatal :** El aspecto más decisivo del alumbramiento es el momento en que el niño deja de respirar por la madre y empieza a respirar por sí mismo.



Durante la gestación, el niño recibe su oxígeno de la sangre de la madre, pero en cuanto el niño se desprende del sistema circulatorio de la madre, ya no dispone de esta fuente de oxígeno y tiene que respirar por sí mismo por primera vez. Las células necesitan un suministro constante de oxígeno para poder funcionar y si el niño se priva de oxígeno solamente unos cuantos minutos, las células empiezan a morir. Las células del cerebro son las primeras en sucumbir, células que tienen la característica exclusiva de que no se pueden reemplazar. Hay varias maneras en que puede sobrevenir la anoxia : si el parto se alarga y se complica, la placenta se puede desprender de la pared del útero antes de que el niño nazca, es decir, en un momento en que el niño no está recibiendo oxígeno de la madre, pero en el que tampoco puede todavía respirar por su propia cuenta; si el cordón umbilical se tuerce o se enreda alrededor del cuello del niño y por último, la anoxia también puede presentarse si el niño no empieza a respirar inmediatamente después de nacer. Esto suele suceder con frecuencia cuando a la madre se le han administrado fuertes dosis de sedantes durante el parto. Parece que la droga entra al sistema circulatorio del niño y retarda el ritmo metabólico. ( Ingalls, 1982 ).

**Sufrimiento Fetal :** Es muy común considerar que la madre sufre durante el parto, por lo que se ha buscado una solución no dolorosa a éste, misma que se encontró inicialmente con el uso de anestésicos. Sin embargo, algunos anestésicos que son efectivos en tanto evitan el dolor en la madre, provocan agresión hepática o neurológica al hijo, por lo que en la actualidad se recurre preferiblemente a bloqueos epidurales ( anestesia local aplicada a nivel de médula espinal ).

En contraposición al punto anterior, es común que se olvide el hecho de que durante el parto el niño también está expuesto a sufrir por múltiples causas, como son la desproporción entre el tamaño de la pelvis materna y la cabeza del niño, la presencia de cordón corto que complica un descenso normal, o cordón enrollado en el cuello que al apretarse por el descenso progresivo del niño puede, literalmente, ahorcarlo o por lo menos dificultar seriamente la circulación sanguínea, impidiendo una oxigenación adecuada al sistema nervioso; el mismo efecto se produce si ocurre el desprendimiento de la placenta de forma prematura ( antes que el niño haya sido expulsado en su totalidad ). Todos estos mecanismos de manera habitual tienden a producir daño a través de la hipoxia. ( Domínguez, 1991 ).

**Lesión Mecánica :** Durante el parto, el recién nacido está sujeto a muchas presiones físicas. En el parto normal, la cabeza del infante está hacia abajo y esto es lo que abre el canal del parto. Los huesos del cráneo todavía están flexibles, y algunas veces la cabeza del recién nacido se deforma. Ordinariamente esto no es motivo de alarma, pero algunas veces, si las tensiones del parto son demasiado intensas puede sobrevenir una hemorragia interna, la cual a su vez produce una lesión cerebral. Esto es especialmente probable cuando el parto es muy breve, o cuando el infante en lugar de nacer por la cabeza se presenta por la nalgas, parto por extracción de nalgas.

En el caso de partos múltiples, todos estos peligros perinatales aumentan. Como son dos o más fetos los que se están desarrollando al mismo tiempo, se multiplican todos los efectos que puede producir una posible desnutrición de la madre. Los gemelos son los más expuestos a nacer prematuramente, y hay más

probabilidades de complicaciones perinatales cuando nacen dos niños al mismo tiempo. ( Ingalls, 1982 ).

### 1. 3. 3. POSTNATALES

**Meningitis** : Es una inflamación de las meninges, es decir, de las membranas que protegen el cerebro y la médula espinal. Su causa puede ser la infección por diferentes tipos de microorganismos. El cuadro clínico ordinario es un niño que se estaba desarrollando normalmente y que luego cae víctima de un malestar muy agudo. Esta indisposición va acompañada de temperatura muy elevada y más tarde de señales de infección cerebral como, por ejemplo, convulsiones, jaqueca, delirio, parálisis e inclusive coma. ( Op. cit ).

**Envenenamiento por Plomo** : Los síntomas de un envenenamiento agudo por plomo se parecen a los de otros traumas neurológicos, por ejemplo, convulsiones, atrofia óptica, dificultades perceptuales, y algunas veces inteligencia menguada. Aunque son muy conocidos los efectos del envenenamiento grave por plomo, es muy poco lo que se sabe acerca de los efectos de la ingestión crónica de pequeñas cantidades de plomo durante un largo lapso de tiempo, y esto es un problema muy serio entre los niños de bajos ingresos. ( Op.cit. ).

**Desnutrición** : El niño recibe de su madre, a través de la placenta, todos los elementos nutritivos esenciales para su crecimiento. Cuando la madre ha sufrido

efectos de desnutrición anteriores al embarazo o durante sus propias etapas de crecimiento, o cuando su ingesta de ciertos nutrimentos, como hierro por ejemplo, es realmente insuficiente, esto puede tener como consecuencia una desnutrición del feto, que se manifiesta por un bajo peso al nacer. Los numerosos embarazos muy seguidos uno de otro no le dejan tiempo para recuperarse entre cada nacimiento y pueden originarle anemia, lo que es causa de bajo peso al nacer. ( Atkin, Supervielle, Cantón, Sawyer, 1987 ).

**Esclerosis tuberosa** : Se caracteriza por la formación de muchos nódulos endurecidos sobre la superficie de la corteza cerebral. Estas áreas escleróticas producen retraso mental y accesos epilépticos. Los nódulos, por lo general, no aparecen al nacer, pero se van formando poco a poco durante el desarrollo, y en consecuencia el retraso es progresivo; es decir, el sujeto se va incapacitando cada vez más a medida que va creciendo. Además del retraso y de la epilepsia, una tercera característica sintomática es una erupción cutánea en la cara que se asemeja vagamente al acné. Otros síntomas son nódulos en otros órganos, por ejemplo, en el corazón o en los riñones, así como otros trastornos cutáneos. Esta se transmite por un gene dominante. ( Ingalls, 1982 ).

**Neurofibromatosis** : Una enfermedad afín a la anterior es ésta. Los síntomas característicos son tumores de la piel y manchas cutáneas de color café con leche. Los tumores suelen variar de tamaño, desde protuberancias apenas perceptibles hasta tumores horribles. También se transmite por un gene dominante con expresividad variable. ( Op. cit. ).

## CAUSAS CULTURALES Y FAMILIARES

Toda vez que los factores culturales y hereditarios parecen influir conjuntamente en la inteligencia, la American Association on Mental Deficiency ha adoptado la categoría diagnóstica de retraso mental cultural-familiar. ( Sarason, 1975 ).

Por graves que puedan ser los casos de retraso mental atribuidos a diversas causas orgánicas conocidas o sospechadas en las que interviene un factor único, la mayoría de las personas a las que se considera retrasadas sólo lo son levemente, y no padecen ninguna deficiencia fisiológica identificable. El diagnóstico de retraso mental por causas culturales y familiares se establece de acuerdo con tres criterios que son, retraso leve, ausencia de indicaciones de trastornos patológicos en el cerebro y retraso mental evidente en tan siquiera uno de los progenitores o en uno o varios de los hermanos. Es muy frecuente que un retraso mental leve no se manifieste, sino hasta que el niño empiece a tener problemas en la escuela.

Robinson y Robinson ( 1965 ) afirman que una apreciable proporción de los retrasados por causas culturales y familiares proviene de familias estables de una clase social inferior. Existe un empleo seguro y las necesidades físicas del niño se satisfacen de manera bastante aceptable. Pero, el nivel intelectual y escolar prevalente en el hogar es bajo. Un gran número de familias viven en este bajo nivel socioeconómico, por lo que es muy grande la incidencia de retraso mental por causas culturales y familiares. ( Davison y Neale , 1983 ).

Los niños clasificados como retrasados por causas culturales y familiares pueden igualmente provenir de familias inestables y pobres. En este tipo de hogares, son inadecuados los alimentos, el vestido y la atención médica. Es

frecuente que la familia esté desorganizada y desintegrándose, y que no proporcione al niño ningún apoyo social, emocional ni motivacional. ( Op. cit. ).

Otra fuente de variabilidad dentro de los grupos sociales de menores recursos, se refiere al significado del término "deprivación psicosocial ". Este evoca una situación de carencia, o de falta de estímulos. Y es exactamente eso lo que se ha reportado en algunas observaciones sobre el ambiente que rodea al niño perteneciente a estos grupos : privación de estímulos visuales y sociales, limitación del movimiento, etc. ( Brazelton, 1969, en: Bralic y Lira, 1978 ). Sin embargo, no parece ser ésta una característica universal de las familias de menores recursos : Wachs ( 1971, en : Bralic y Lira, 1978 ) hacen notar que una excesiva variedad e intensidad de la estimulación puede ser tan perniciosa para el desarrollo psíquico como la falta de ella. Las observaciones sobre el ambiente familiar que ellos realizaron en un estudio, sugieren que el bombardeo de estímulos desorganizados e intensos, caracteriza mejor a algunos grupos marginales, que la supuesta deprivación de estímulos.

Yarrow ( 1972, en : Bralic y Lira, 1978 ) , insiste específicamente en la idea de que no es posible hacer caracterizaciones simplistas y globales de ciertos grupos sociales; en el sentido de que impliquen, necesariamente, ambientes "deprivadores" o "estimuladores " del desarrollo psíquico. En uno de sus estudios, observó que las características del ambiente físico o inanimado son independientes de las características del ambiente social. Es decir, aunque el nivel de ingresos y de educación de los padres pudiera tal vez determinar la cantidad, variedad o cualidades de los objetos que rodean al niño, las relaciones sociales y afectivas que se dan en ese mismo nivel socioeconómico pueden ser muy diversas en cuanto a la cantidad, variedad, intensidad, contingencia y carga emocional de los contactos interpersonales.

Desde esta perspectiva, los estudios más recientes tienden a enfatizar cada vez más la necesidad de medir y describir específicamente el ambiente familiar y social en cada caso, en lugar de suponerlo homogéneo; puesto que es el tipo de experiencias particulares del niño en un determinado hogar lo que determina el curso de su desarrollo, más que el estrato socioeconómico al que pertenece. ( Op. cit. ).

Un primer factor al que algunos autores han atribuido una importancia primordial en la explicación del retardo mental sociocultural es la desnutrición, que afecta a una considerable proporción de niños de familias de escasos recursos.

La hipótesis de que la desnutrición afecta el desarrollo mental, también se ha formulado en relación al ser humano. Los resultados preliminares de investigaciones realizadas con poblaciones de niños subalimentados, han informado con frecuencia que, en presencia de desnutrición temprana, se observan posteriormente alteraciones en el desarrollo psíquico ( Cravioto y DeLicardie, 1966, en: Bralic y Lira, 1978 ).

Bien es sabido que la presencia conjunta de dos hechos, en este caso desnutrición y retardo mental, no implica necesariamente que exista entre ambos una relación de causalidad. No obstante, la pequeña evidencia que señalaba que ciertos tipos de desnutrición muy cualificados producían daño neuronal, se agregó a la correlación recién mencionada, favoreciendo una interpretación causal. Se difundió así la creencia de que la desnutrición produce retardo mental.

Es importante destacar que la comunidad científica ha desconocido la validez de una relación causal así formulada. Las conclusiones de un simposio

sobre el tema "Malnutrición y desarrollo mental", organizado por la Fundación Sueca de Nutrición, en colaboración con la OMS ( 1974, en : Bralic y Lira, 1978. Pag. 68 ), señalan:

" La principal conclusión que se desprende de los debates habidos en el simposio y en la reunión del grupo de trabajo es que, pese a la extendida opinión de que la malnutrición en la primera infancia pone en peligro el desarrollo mental, son escasos los datos que corroboran esta hipótesis, especialmente a partir de estudios en el hombre. Además, como la mayor parte de los trabajos se ha hecho en niños con grados extremos de malnutrición, se carece prácticamente de pruebas de una posible relación entre el retraso mental y las formas más comunes de malnutrición leve y moderada. Lo que sí parece probable es la existencia de una interacción entre la malnutrición y otros factores ambientales, especialmente la estimulación social, cuyo resultado sería el estado intelectual definitivo del niño ".

Estas conclusiones son precisas y no dan lugar a ambigüedades. Por una parte, relativizan la validez de la afirmación sobre la desnutrición como agente causal de retardo mental; por otra, destacan la participación de otros factores ambientales como la estimulación social en el desarrollo psíquico normal del niño.

En otras palabras, pareciera que la desnutrición por sí sola produce retardo mental solo en situaciones excepcionales. Pero la desnutrición no es, la mayoría de las veces, un fenómeno aislado, sino que actúa conjuntamente con una serie de factores complejamente interrelacionados. Se da, principalmente, en grupos desventajados, con condiciones físicas; sociales y biológicas particulares : condiciones higiénicas deficientes, mayor frecuencia y cronicidad de infecciones, bajo nivel de ingresos y de educación, etc. Se establece así un círculo vicioso,



produciendo un niño crónicamente mal alimentado, recurrentemente enfermo y, por lo tanto, peor preparado para reaccionar a los estímulos sensoriales y sociales de un ambiente de por sí empobrecido.

Existe evidencia que muestra que un ambiente social pobre en estímulos y en experiencias para el niño afectará su desarrollo intelectual independientemente del grado de desnutrición que éste sufra : los niños que viven en ambientes estimuladores, estén o no desnutridos, rinden mejor que los de ambientes deprivadores. Naturalmente, la combinación de desnutrición y privación ambiental es la situación que produce efectos más negativos sobre el desarrollo. ( Lewin, 1975, en : Bralic y Lira, 1978 ).

Hurley ( 1969 ) opina que existen suficientes pruebas para demostrar que la pobreza es causa de retraso mental. Al niño criado en un ambiente de pobreza le afectan innumerables factores que pueden frenar el desarrollo de su inteligencia - factores tanto orgánicos como ambientales - que abarcan desde la mala alimentación y la falta de atención médica prenatal de su madre hasta su propia desnutrición, las restricciones emocionales e intelectuales existentes en el hogar y el vecindario donde se vive y las deficiencias de su sistema escolar. Estos factores, actuando individualmente o combinados, pueden causar el tipo de retraso mental llamado cultural y familiar. ( Davison y Neale, 1983 ).

Una vez expuestos ya las principales causas del retardo en el desarrollo, tanto biológicas como culturales o familiares pasaremos al siguiente capítulo en el cual se exponen las posibilidades que existen para la prevención del retardo en el desarrollo, desde un nivel primario, secundario y terciario, así como

la importancia de la participación del psicólogo en la prevención al igual que la del medio familiar, instituciones especiales, equipo inter y multidisciplinario.

## CAPITULO II

### PREVENCION DEL RETARDO EN EL DESARROLLO

#### 2.1. DEFINICION DE PREVENCION.

Prevención normalmente significa atacar las condiciones que dan origen a un problema antes de que éste aparezca. ( Galguera, Hinojosa, Galindo, 1991 ).

La prevención del retardo es muy difícil que se pueda conseguir totalmente. Esto es debido a que son un gran número de factores los que están involucrados en su determinación. A pesar de los grandes avances que se han tenido en cuanto al tratamiento del retardo, son pocos los estudios que establecen una relación causal directa y/o única entre los determinantes del retardo. El trabajo más bien se ha centrado en la rehabilitación que en la prevención. Esto se ha presentado de igual manera en los países altamente desarrollados. En los países en vías de desarrollo, se tienen deficiencias en cuanto al trabajo de rehabilitación, descartándose por ende cualquier acción preventiva. Sin embargo, como se ha demostrado con trabajos trascendentales, el hecho de que no se cuente con una riqueza nacional, no implica necesariamente el que no se tenga una serie de alternativas tanto para el tratamiento como para la prevención del retardo. Cuando estas surgen bajo condiciones precarias, su valor resulta doblemente importante, tanto por su importancia como alternativa

tanto por su importancia como alternativa como por las mismas limitaciones con que se desarrollan. ( García, 1988 ).

## **2. 2 . PREVENCIÓN PRIMARIA.**

**Definición :** Se entiende por todo aquello que se hace con objeto de disminuir la incidencia de una enfermedad o trastorno en una determinada población, reduciendo de este modo el riesgo de que aparezcan nuevos casos.(Jordi, 1989 ).

Algunas de las tareas que puede llevar a cabo el psicólogo en este nivel son : difundir masivamente sus conocimientos sobre las causas del retardo, para hacer conciencia en la comunidad; crear programas educativos ( sobre aspectos de la crianza, higiene, profilaxis, etc. ) para ser aplicados masivamente, sobre todo en comunidades marginadas; colaborar con otros especialistas en otro tipo de tareas.

A continuación se dará la explicación a las opciones que existen para una prevención a nivel primario como lo son : Información previa y Control durante el embarazo.

### **2. 2. 1 Información previa.**

Hay que informar a la población de cuáles suelen ser los peligros que pueden ocasionar trastornos y deficiencias a sus hijos para que en la medida de lo posible a un primer nivel los prevean. ( Op.cit. ).

Con relativa frecuencia, el médico debe asesorar a los miembros de una pareja sobre la probabilidad de que su futuro hijo nazca con una malformación. Los cónyuges concurren a este asesoramiento, porque tienen antecedentes familiares de alguna malformación congénita, o porque ellos mismos ya han engendrado un hijo malformado. En algunos casos el médico no puede esperar que el asesoramiento le sea solicitado, sino que debe brindarlo espontáneamente. La edad avanzada de una mujer que planea un embarazo, por ejemplo, sugiere un riesgo elevado de que pueda engendrar a un niño con síndrome de Down, y el médico debe hacer conocer esa situación a la pareja. Es opinión generalizada que se debe brindar a quienes consultan todos los elementos necesarios para que evalúen el riesgo y tomen una decisión. Esta conducta parece ser la más coherente con normas elementales de respeto por el derecho de los padres a decidir qué es lo que desean para sí mismos y para su descendencia. (Adler, 1974 ).

También son importantes aquí los planes de vacunación, las campañas de prevención de los accidentes infantiles, la preparación para el parto, y la problemática que encierra en sí mismo el momento del parto.

Esta información y divulgación debiera llegar a todos los sectores de la sociedad con insistencia y especialmente a los profesionales que se ven directa o indirectamente relacionados con la temática para mantenerla como parte o incremento de su formación( pediatras, ginecólogos, neonatólogos, enfermeras, maestros, pedagogos, etc. ). El psicólogo puede desempeñar un papel primordial en la información previa, aunque no sea uno de sus papeles fundamentales en este nivel de prevención; ya que no se puede dejar a un lado que un psicólogo

puede poseer manejo de este tipo de información y llegar al grado de reemplazar a la gente que le corresponda hacerlo.

### **2. 2. 2 Control durante el embarazo.**

Afortunadamente en los últimos años la preocupación por el embarazo y el parto, y su adecuada preparación, ha ido incrementándose, y el plan nacional de prevención de la subnormalidad ha incidido positivamente sobre varios aspectos fundamentales. ( Jordi, 1989 ).

No obstante, se hace necesario insistir todas las veces que sea preciso sobre lo importante que es que la madre, y de un modo general la pareja cuenten con una amplia información sobre todos aquellos aspectos que pueden incidir perjudicialmente sobre el buen desarrollo de su hijo durante el tiempo de gestación, y en el momento del parto. Ello no es objeto de la estimulación temprana, pero creo que va íntimamente ligado, porque una buena preparación en este sentido evitará muchos casos subsidiarios de ser tratados luego por la estimulación temprana, y por otro lado estas madres en caso de tener un hijo deficiente estarán mucho más preparadas para ello, lo aceptarán mejor, y sabrán rápidamente qué hacer por él, si en esa información que se les ha dado en la preparación al parto se les ha incluido la correspondiente a unas ligeras nociones sobre la existencia de la estimulación temprana para aquellos casos en que pueda ser necesario. Con ello se quiere decir que tales cursos deben contar con esa información, especialmente en los casos de parejas que tienen una mayor probabilidad de tener un hijo deficiente. (Op. cit ).

Al mismo tiempo con esto se puntualiza la innegable necesidad de la implementación de Centros de planificación familiar, y en ellos la presencia de un

psicólogo conocedor de estos temas, capaz de orientar realmente a las familias, basándose en datos, sobre la conveniencia de un tipo de planificación u otro.

La planificación familiar no debe referirse tan sólo a una información sobre el modo de regular los nacimientos, sino a que éstos se hagan en las mejores condiciones posibles, y se proporcione información sobre todas las variables que inciden en la gestación y los riesgos que se corren con determinados hábitos, a ciertas edades, ante algunas enfermedades, etc. (Op. cit. ).

Los siguientes puntos exponen la mínima información que debe tener una mujer embarazada, o que piense estarlo pronto, así como los controles más aconsejables en caso de percibir alguna anomalía en el transcurso del embarazo los cuáles serán sugeridos por un médico especialista :

- Mucha precaución en el consumo de fármacos y vacunas. Estricto control médico durante el embarazo. Son fármacos peligrosos para el futuro niño : anestésicos, antibióticos, anticoagulantes, antidiabéticos y hormonas, citostáticos, corticosteroides suprarrenales, neurotónicos, morfina, y derivados, LSD, vitamina K, cefalotina, narcóticos, tranquilizantes, barbitúricos, tiazidas, sulfamidas, etc. (Op. cit. )

- Visita al ginecólogo aproximadamente 6 o 7 semanas después de la última menstruación.

- Control de peso.

- Realizar una adecuada alimentación ( dieta según cada caso ).

- Practicar gimnasia especial para embarazadas.
- Evitar los reconocimientos radiológicos ( radiografías ).
- Precaución en el uso de medios de transporte ( evitar la bicicleta y la moto; precauciones en el coche, barco, tren, avión ).
- Evitar deportes desaconsejables en estas circunstancias ( esquí, bicicleta, etc. ).
- Limitar el uso del café.
- Eliminar el consumo de alcohol o restringirlo al máximo dada la alta probabilidad de que incida sobre el feto.
- Dejar completamente el tabaco durante el embarazo.
- Tener cuidado de no frecuentar ambientes donde haya enfermedades contagiosas, por la mayor facilidad con que la futura madre pueda contraerlas.
- Realización de un curso de preparación para el parto.
- Riesgo de tener un hijo deficiente para madres demasiado jóvenes o demasiado mayores. Se considera el período de los 20 a los 30 años el más aconsejado. (Op.cit. ).

Controles en caso de riesgo :



- Anamnesis ( Información que se tiene del paciente y de otras personas en relación con su historia médica clínica ) ( Diccionario breve de Medicina de Blakiston, 1983 ) :

- Familiar . Antecedentes de la familia tales como : anomalías congénitas; diabetes; enfermedades del corazón; hipertensión; enfermedades de riñones tuberculosis; convulsiones; embarazo múltiple; trastornos psiquiátricos; otros.

- Médica. Antecedentes de : transfusiones; sensibilidad a fármacos; asma y fiebre reumática; enfermedades del corazón; hipertensión; tuberculosis; enfermedad de vías urinarias; enfermedades vasculares; enfermedades venéreas; enfermedades psiquiátricas; otras enfermedades.

- Menstrual. Edad en que empezó a menstruar; duración de la misma; volumen de la sangre menstrual; dolor; goteo intermenstrual.

- Quirúrgica en cuanto a :

- intervenciones en la zona genital;

- intervenciones en el abdomen ( Reeder, Mastroianni y Martin, 1990 ).

- Cartilla de la embarazada.

- Control obstétrico : estatura y peso, corazón y pulmones, examen de pechos y pezones, orina, pelvis, piernas, dientes, presión arterial, análisis de sangre, abdomen, dimensiones del útero, inspección de la vagina y del cuello de ella. ( Jordi, 1989 ).

- Examen clínico :

- Análisis de orina ( albúmina Grupo de sustancias proteicas ); glucosa (Destrosa monosacárida cristalina );cuerpos cetónicos ( aumento de ácido hidroxibutírico o acetona ); hemoglobina ( pigmento respiratorio de los eritrocitos que tiene la propiedad reversible de tomar oxígeno o de liberarlo dependiendo principalmente de la presión del oxígeno existente en el medio que la rodea ); urobilinógenos ( Cromógeno Sustancia que, bajo condiciones adecuadas, es capaz de producir color ) formado en el excremento y que encuentra en la orina, del que se forma urobilina ( pigmentos biliares ) por oxidación ); sedimentos (material que se asienta en el fondo de un líquido )).

- Grupo factor Rh : Grupo de antígenos ( sustancia que despierta una respuesta inmunológica, como la producción de un anticuerpo específico para esa sustancia ) eritrocíticos ( célula madura anuclear y agranular de la sangre cuyo pigmento transportador de oxígeno, la hemoglobina,es el responsable del color rojo de la sangre ). La determinación del grupo sanguíneo materno y paterno y el factor Rh sirve para identificar el tipo y las combinaciones del Rh de ambos que pueden predisponer a un riesgo en la reproducción, además este estudio permite planear con anticipación la disponibilidad de sangre en caso de requerir la mujer embarazada, feto o recién nacido en cualquier momento durante o después del embarazo. ( Op. cit.).

-Hemocromo-citométrico completo con pruebas de la resistencia eritrocitaria. Estudio que se realiza a la sangre para ver si no hay elevación o disminución del número de eritrocitos dentro de lo normal.

- Reacciones serológicas para la sífilis.

- Glucemia ( presencia de glucosa en la sangre ) para la diabetes.
  
- Análisis del funcionamiento renal ( azoemia ( presencia en la sangre de urea o cuerpos nitrogenados ); creatinemia ; uricemia ( nivel sanguíneo anormalmente alto de ácido úrico )).
  
- Proteinemia ( presencia de proteínas en la sangre ) con electroforesis.
  
- Siderimia ( análisis de la concentración de hierro en la sangre ).
  
- Análisis del funcionamiento hepático ( bilirrubinemia, transaminasas glutámico-oxalacética y glutámico-pirúvica, búsqueda de Hbs Ag para la hepatitis viral ).
  
- Dosificación de anticuerpos antirubeola y antitoxoplasma.
  
- Reconocimiento cardiológico con Electro Cardíó Grama (E.C.G.)
  
- Reconocimiento Odontológico.
  
- Reconocimiento Oftalmológico.
  
- Estudio genético de la pareja.
  
- Historial genealógico de afecciones para poder determinar su posible incidencia, y su grado de probabilidad.

Naturalmente todos estos puntos deben ser ampliados y explicados adecuadamente por el especialista encargado de atender a la futura madre.(Op.cit.).

### 2. 3. PREVENCIÓN SECUNDARIA.

**Definición** : se entiende por todo aquello cuyo objetivo consista en disminuir la existencia de una enfermedad en una población reduciendo su evolución y tiempo de duración al mínimo posible. Lo que hace es que ante la probabilidad cierta de aparición de un trastorno o enfermedad se actúe evitándolo o disminuyendo al máximo sus efectos sobre un niño con un problema ya definido. ( Op. cit. ).

En este sentido las investigaciones encaminadas al mejor conocimiento de la evolución y modo de actuar y transmitirse de enfermedades que ocasionan trastornos, así como de los medios para evitarlas o curarlas son de una gran importancia.

Igualmente lo es el desarrollo de todas las técnicas encaminadas a detectar cuanto antes posibles anomalías. Son pues de gran importancia los análisis generalizados que en algunos lugares se hacen a los recién nacidos, especialmente los de sangre que pueden detectar, entre otras, enfermedades metabólicas que de no ser tratadas adecuadamente pueden producir en algunos casos deficiencias mentales.

En este nivel al psicólogo le compete crear e investigar programas de rehabilitación con estrategias de intervención masiva, planear y establecer el

proceso de aprendizaje adecuado al contexto del infante, manejar elementos del ambiente ( enseñanzas apropiadas que debe recibir el infante de acuerdo a las necesidades del desarrollo ), entrenar a los padres para el fomento pertinente y constante en las diferentes áreas de desarrollo.

A continuación se mencionaran las opciones que conforman a la prevención secundaria tales como : Detección prenatal y el APGAR.

### **2. 3. 1 Detección prenatal.**

Se considera que es preciso realizar una detección prenatal cuando el análisis genético de la pareja, la historia familiar, la edad de la madre, anteriores embarazos, o condiciones personales así lo aconsejan.

La detección prenatal se realiza porque hay una serie de factores, especialmente los de orden genético, que nos hacen temer una probable repercusión sobre el niño que ha de nacer. Y se hacen para comprobar si efectivamente esa probabilidad, que teóricamente existe, se ha transformado en un hecho real.

El conocimiento del próximo nacimiento de un niño afectado de algún modo nos permite tomar todas las medidas más indicadas con el tiempo necesario, y entre ellas tal vez una de las más importantes : la aceptación y preparación de los padres para afrontar este nacimiento, y evitar en la medida de lo posible su frustración, así como peligrosos sentimientos ambivalentes. Por otro lado, podemos dotarles ya de la información que pueden llegar a requerir, y ponerles en contacto con todo aquello que les será necesario. Lo más importante de todo es que conseguimos ganar todo ese tiempo que luego una vez nacido el

niño perderíamos para él en esos trámites; así como preparar un ambiente feliz y cariñoso donde el niño nazca, sea aceptado y progrese con la participación convencido de quienes le han traído al mundo.(Op.cit.).

Existen varios procesos científicos actualmente que nos permiten saber sobre el desarrollo del feto; entre estos se encuentran :

**1) La amnioscopia**, que suele realizarse hacia las últimas semanas de embarazo. Se emplea especialmente cuando se tiene alguna sospecha sobre posible sufrimiento del feto, o cuando el embarazo se prolonga más de lo que cabía esperar.

Este examen suele realizarlo el propio ginecólogo en el curso de una visita normal. Su objetivo es lograr visualizar el líquido amniótico, y no representa ningún peligro ni dolor para madre e hijo.

Consiste en introducir un tubo delgado metálico ( amnioscopio ) a través del cuello del útero hasta encontrar la bolsa amniótica, dentro de la cual está el feto. Con la ayuda de una iluminación particular colocada en el interior del amnioscopio; se observa el polo inferior de la bolsa amniótica a través de la cual se logra ver, por transparencia, el color del líquido. Este examen, sólo puede realizarse si ya existe una dilatación inicial del cuello uterino, suficiente para poder introducir el amnioscopio más pequeño, que tiene un diámetro aproximadamente de 1.5 cm.

La observación del líquido permite saber si existe alguna anomalía.

El líquido amniótico tiene, en condiciones normales, un aspecto limpio, claro, con reflejos azulados. Se pueden ver suspendidos en el líquido los hilos de barniz caseoso que es producido por el feto: una sustancia grasa de

color blanquizco que es elaborada por la epidermis fetal y que recubre en parte, para protegerlo. El estado de sufrimiento fetal está determinado por la coloración amarilla o verdosa del líquido amniótico. La disminución del aporte de oxígeno al feto, debida a una reducción del flujo sanguíneo de la placenta y del cordón umbilical, provoca la secreción de meconio ( masa pastosa de color verdoso, formada de moco, células epiteliales descamadas, bilis ) por el intestino fetal. Según la cantidad de meconio vertida por el feto en el líquido amniótico, éste se tiñe progresivamente indicando un estado de baja oxigenación del organismo fetal. ( Butnarescu, Tillotson y Villareal, 1983 ).

**2) El registro del latido cardíaco del feto ( L. C. F. )** se realiza cada vez que se presenta la necesidad inmediata de controlar la situación del feto, como en el caso de enfermedades maternas ( diabetes, cardiopatías, hipertensión, enfermedades renales ), cuando el feto resulta demasiado pequeño y cuando los embarazos se prolongan más allá del término. El registro se realiza mediante un aparato, el radiotocógrafo, que capta y transcribe los latidos del corazón fetal y las contracciones uterinas eventualmente presentes. La captación de las pulsaciones cardíacas fetales se realiza por intermedio de una sonda de ultrasonidos aplicada sobre el abdomen materno en correspondencia con el dorso fetal. En este punto, el corazón del feto está más próximo a la pared abdominal materna y las señales emitidas son registradas con precisión. La contracción uterina, aunque muy débil y por lo tanto inadvertida por la madre, viene registrada en cambio por medio de un dispositivo mecánico que también se aplica sobre el abdomen y cuyas modificaciones son proporcionales a la contracción misma.

Las dos señales provenientes de la actividad cardíaca del feto y de la contracción uterina son elaboradas por el radiotocógrafo y transcritas en papel.

Así resulta posible la interpretación de los datos por parte del médico. La frecuencia del L.C.F. varía entre los 120 y 160 latidos por minuto y el ritmo es regular. Una disminución de la frecuencia cardíaca fetal ( bradicardia ) tiene el significado de un sufrimiento fetal, como también el aumento de la frecuencia más allá de los 160 latidos ( taquicardia ). Con la contracción uterina se observan variaciones en disminución ( desaceleraciones ) o en aumento ( aceleraciones ).

Existen otras modificaciones de la frecuencia que tienen significado patológico. El registro del L.C.F. se efectúa cuando se tiene la sospecha de sufrimiento fetal. Con el puede detectarse un sufrimiento fetal inicial, cuando las condiciones del feto todavía son buenas, pero existe un riesgo que puede evitarse con una rápida intervención. ( Jordi, 1989 ).

**3) La ecografía.-** Es un examen realizado por medio de ultrasonidos que resulta totalmente inocuo. La técnica consiste en enviar con una sonda adecuada, aplicada sobre el abdomen materno, un haz de ultrasonidos que, atravesando los tejidos, encuentra la superficie del útero y de la placenta y el contenido uterino. Los ultrasonidos son reflejados por esta estructura con una frecuencia modificada, dando origen a ecos que son captados y transmitidos sobre una pantalla que está ligada a una cámara fotográfica especial. De esta manera se visualiza el perfil del útero, del feto, de la placenta, del líquido amniótico, y se puede obtener importante información sobre las características de la placenta ( lugar de inserción, espesor, tamaño ), sobre el diámetro de la cabeza fetal que es proporcional al aumento en tamaño del feto, sobre el diámetro torácico fetal, sobre la actividad cardíaca y sobre el líquido amniótico.

La ecografía además permite diagnosticar con precisión el embarazo de gemelos y la presentación del feto. El examen ecográfico es útil en cualquier



período del embarazo : actualmente se tiende a emplearlo después del primer trimestre de gestación a menos que existan indicaciones particulares. Los ultrasonidos en la dosis empleada para el diagnóstico ecográfico, son inocuos para el feto, sin embargo, es prudente limitar su uso en los primeros meses de vida fetal. ( Callen, 1991 ).

**4) La amniocentesis.** Este análisis consiste en la extracción de líquido amniótico, en el cual esta inmerso el feto, a través del abdomen materno. El líquido amniótico contiene células y sustancias de procedencia fetal que pueden ser utilizadas para muchas determinaciones. ( Iffy y Kaminetzky , 1986 ).

La amniocentesis precoz se practica desde la 12a. semana a la 16a. de gestación; este período es considerado óptimo . En este período existen condiciones que facilitan la realización técnica del examen : después de la 12a. semana de gestación existe en el líquido una gran cantidad de células desprendidas de la superficie corpórea del feto y de la bolsa amniótica y es posible extraer una cantidad de líquido suficiente para los diferentes análisis. La extracción se efectúa del abdomen materno aplicando una aguja adecuada en correspondencia con la línea que va desde el pubis al ombligo. La aguja atraviesa la pared abdominal y uterina alcanzando, por lo tanto, la cavidad amniótica, de la cual se extraen, con jeringas estériles, aproximadamente 20 ml. de líquido, que se envían inmediatamente al laboratorio.( Op. cit ).

La amniocentesis resulta prácticamente indolora para la mujer. Es necesaria la recuperación hospitalaria, a pesar de que es suficiente una observación de pocas horas después de la realización del análisis. Para evitar el riesgo, que es mínimo, de herir la placenta o al feto durante la introducción de la

aguja, se puede efectuar la amniocentesis después de haber localizado a la primera por medio de la ecografía.

Las células fetales contenidas en el líquido son utilizadas para el estudio del mapa cromosómico del feto, con el cual se ponen en evidencia aberraciones cromosómicas y se determina el sexo del niño. En el líquido amniótico pueden buscarse sustancias de origen fetal, como proteínas, enzimas y hormonas, cuya presencia señalan la existencia de enfermedades fetales. Con tales determinaciones es posible el diagnóstico de algunas enfermedades genéticas (Moore, 1989) :

a ) Anomalías cromosómicas : diagnosticadas con las investigaciones sobre el cariotipo fetal y sobre la cromatina sexual.

b) Patrones de cromatina sexual : el sexo fetal puede diagnosticarse al advertir la presencia de la cromatina sexual en células recuperadas del líquido amniótico. Valiéndose de una técnica especial de tinción, el cromosoma Y puede también ser identificado en las células de los fetos masculinos. El conocimiento del sexo fetal puede ser de utilidad para diagnosticar enfermedades graves hereditarias, ligadas al sexo tales como hemofilia y la distrofia muscular. Estas pruebas no se realizan sistemáticamente y no se hacen sólo para satisfacer la curiosidad de los padres sobre el sexo del producto, sino solo cuando el médico lo considera necesario.

c ) Errores congénitos del metabolismo : se diagnostican con técnicas diferentes según las diversas alteraciones metabólicas que se buscan. El diagnóstico se

basa en la determinación de la existencia, en las células fetales, del producto metabólico anómalo.

d) Defectos del tubo neural : del análisis del líquido amniótico se puede establecer la presencia de una sustancia proteica denominada alfa-feto-proteína, cuya concentración es elevada cuando el feto está afectado de anencefalia, meningocele, espina bífida y de otras lesiones. ( Op. cit . ).

**5 ) La fetoscopia.** Este examen en teoría sumamente útil, aún debe ser estudiado y perfeccionado a nivel técnico, ya que dada la escasa experiencia, es todavía de mucho riesgo para el feto. Consiste en la visualización directa de éste a través de un instrumento ( endoscopio de fibras ópticas ), cuyo diámetro es de pocos milímetros, que se introduce en la cavidad amniótica a través del abdomen materno por el mismo procedimiento empleado para la amniocentesis, pero usando ahora una aguja más gruesa que posee otra más pequeña en la cual está fijada la fibra óptica y el instrumento para iluminar la cavidad amniótica. Se pueden ver directamente las diversas malformaciones fetales externas y es posible realizar extracciones de sangre de una arteria fetal para realizar el diagnóstico de enfermedades genéticas: la distrofia muscular, por ejemplo, se puede diagnosticar estableciendo la concentración CPK, que es una enzima que se encuentra en gran cantidad en la sangre del feto afectado. ( Miller y Brooten, 1987 ).

**6 ) La aspiración placentaria.** Consiste en la aspiración de sangre fetal que se extrae a través de la punción de la placenta, localizada por medio de la ecografía.

La sangre fetal puede ser utilizada para el diagnóstico de anomalías como, por ejemplo, la beta talasemia ( anemia hemolítica resultante de una serie de defectos hereditarios en la síntesis de hemoglobina ). ( Jordi, 1989 ).

**7 ) Ultrasonografía .** A través de este estudio se puede visualizar el tamaño placentario y fetal, los embarazos múltiples y las presentaciones anormales son algunas de las alteraciones que se pueden diagnosticar.

La exploración por Ultrasonografía permite la medición confiable del diámetro biparietal del cráneo fetal, del cual se puede calcular de manera cercana la longitud feta, por tanto, los fetos "pequeños para la edad gestacional "pueden ser detectados. En la mayoría de los casos, los genitales se pueden visualizar gracias a esta técnica.

El examen por ultrasonido es también de ayuda para diagnosticar embarazos anormales dentro de un periodo muy temprano, por ejemplo, el tan llamado embrión marchito ( que corresponde a un embarazo en el cual existe un saco coriónico sin embrión ).

Los avances recientes en ultrasonografía han hecho a esta técnica una herramienta principal en el diagnóstico prenatal de anomalías fetales tales, como la meroanencefalia, hidrocefalia, microcefalia, etc. ( Moore, 1989 ).

El diagnóstico prenatal es pues una importante alternativa a tener en cuenta, ya que la constante investigación en este campo seguramente logrará en poco tiempo hacer más seguros sus diagnósticos, y éstos de mayor alcance, especialmente ampliando la gama de posibles afecciones predecibles.

### **2. 3. 2. EI APGAR**

Una vez ya que nació el bebé, un médico especialista, el neonatólogo, que posee características obstétrico-pediátricas, lo somete a un primer examen externo. Observará la cabeza y sus dimensiones, la consistencia de las fontanelas, el corte de los ojos, la boca, el paladar. Se revisan los miembros, los dedos de las manos y de los pies, y en particular las líneas de las palmas, para poner en evidencia de que sea o no una señal típica de síndrome de Down. Se estudian los orificios para establecer que todos ellos son viables, así como también que los genitales externos se encuentren normales. Por último, se examinan la espalda y la columna vertebral. Con esta primera revisión es posible identificar malformaciones.

Tras esto se le suele pesar y medir, y antes o después se le baña, para finalmente llevarlo junto a su madre.

El APGAR es un baremo que se le asigna al neonato y que fue propuesto por la doctora americana Virginia Apgar. Se basa en cinco parámetros determinados durante el primer minuto de vida del bebé y sirven para formarse una idea sobre su estado.

En general se trata de una revisión como se ha explicado al inicio, pero siguiendo un esquema específico. Se examina la piel, la respiración, la

tonicidad de los músculos, la temperatura, el peso, la altura, etc., pero la necesidad de una intervención específica o de exámenes más concretos para determinar posibles dificultades o anomalías le dan cinco puntos claves : el pulso o latido cardíaco, la actividad respiratoria, el tono muscular, la excitabilidad refleja y el color de la piel. El niño es juzgado sobre estos puntos un minuto y cinco minutos después de nacer de acuerdo a unos baremos, y éstos dan un número de puntos. Así, por ejemplo, se asigna cero cuando no hay latido cardíaco, uno cuando la frecuencia es menor de 100 latidos por minuto, y dos si es mayor de 100. Si el neonato no respira espontáneamente dentro de los 60 segundos del nacimiento, obtendrá una puntuación de cero, si respira débilmente será uno, y por último se atribuye una puntuación de dos al neonato que respira bien y regularmente.

En cuanto al tono muscular el niño sano, apoyado sobre un plano, se mueve de manera vivaz, dobla y sacude repetidamente los miembros : si así sucede, se le asignará una puntuación de dos; en cambio, si el niño se mueve débilmente, será de uno y si permanece abandonado y flácido, será de cero.

La excitabilidad refleja trata de averiguar la respuesta que el neonato da a estímulos externos. Pueden analizarse algunos reflejos, o simplemente estimularle con un pequeño golpe en alguna parte sensible. Cuando responda, por ejemplo llorando intensamente a un pequeño golpe puede dársele los dos puntos, uno si lo hace con debilidad y cero si no reacciona.

Por último se observa el color de la piel. Si ésta es de aspecto rosado recibirá dos puntos, uno si fuese el cuerpo rosado pero las manos y pies violáceos o azulados, y cero en el caso de que el color sea muy pálido.

Se obtiene entonces una puntuación total con las parciales. Las pruebas se pueden repetir varias veces en el intervalo de los primeros minutos del nacimiento.

Según esta prueba se consideran :

- a ) Sanos : a los niños que logran alcanzar una puntuación de diez que, obviamente, es la mejor nota en la primera valoración, así como en las siguientes efectuadas después de cinco minutos. Sin embargo, también se consideran sanos los neonatos que alcanzan una puntuación de nueve, ocho o siete, ya que indican una adaptación normal a la vida extrauterina.
- b ) Moderadamente depresivos aquellos que han alcanzado una puntuación de seis, cinco o cuatro.
- c ) Gravemente depresivos aquellos que obtienen una puntuación de tres, dos, uno o cero.

Los últimos dos grupos de neonatos tienen necesidad de reanimación y terapia intensiva, después de lo cual su puntuación APGAR sube, y por consiguiente su pronóstico mejora. Si en cambio, la puntuación permanece baja o si desciende posteriormente, el diagnóstico es grave.

En cualquier caso, cuando la puntuación APGAR no es normal, o los exámenes lo sugieren, debe pasarse a realizar un completo diagnóstico durante las horas y días siguientes que servirá para empezar sin pérdida de tiempo un eficaz programa de estimulación temprana. ( Jordi, 1989 ).

#### **2. 4. PREVENCIÓN TERCIARIA.**

**Definición.-** Se entiende por prevención terciaria todo aquello que se hace con objeto de disminuir la incidencia de las incapacidades crónicas en una población procurando que las invalideces funcionales, consecuencia de la enfermedad,

sean las menos posibles. Trata de evitar, por lo tanto, que empeoren las consecuencias propias del trastorno existente, y que el niño, en este caso, no empeore más. Comprende todos los aspectos de rehabilitación así como los de integración y/o reinserción social.

La participación del psicólogo es la de presentar pautas de modificación del medio ambiente social y personal para que el individuo pueda aprender los comportamientos apropiados, y logre cambios positivos y duraderos de conducta que repercutan en su propio beneficio y de su medio ambiente social. También deberá asesorar a los familiares, educadores y al propio afectado, cuya participación será eminentemente activa. Además señalará en que consiste el entrenamiento a para-profesionales ( maestros, familiares y otros ) sobre la ejecución y aplicación de programas ya existentes sobre rehabilitación.

## **2.5. LA PREVENCIÓN COMO DESARROLLO DE PROGRAMAS COMUNITARIOS.**

La tarea preventiva debe concebirse como una acción comunitaria a gran escala, dirigida a la detección y prótesis sistemática de los diversos grados y problemas de retardo en el desarrollo.



A continuación se intentara examinar los problemas que pueden confrontarse en el desarrollo de programas preventivos en distintas áreas de la comunidad. Se revisarán tres sectores que son los más sobresalientes : las instituciones especiales, educativas y el medio familiar.

### **2. 5.1. Instituciones especiales.**

Las instituciones especiales pueden clasificarse de acuerdo con el grado de retardo, generalizado o específico. En el caso de las instituciones que tienen relación con sujetos con retardo generalizado, encontramos los hospitales, las escuelas de educación especial y los talleres ocupacionales especiales. En el caso de las instituciones para sujetos con retardo específico, éstas se restringen en la mayoría de las veces a escuelas especiales para deficiencias particulares relativas a conductas académicas o cognoscitivas. (Galguera, Hinojosa, Galindo, 1991 ).

En las instituciones que tratan con problemas de retardo generalizado, los programas se dirigen a la corrección de deficiencias en destrezas para vivir independientemente, en conducta social, en conducta afectiva y en conductas de autodirección y autocontrol. Igualmente se incluyen excesos en conductas perturbadoras, reacciones sociales, reacciones motoras y reacciones afectivas. En estas situaciones, el individuo con retardo se encuentra bajo control instruccional y su detección no ofrece problema alguno.

En los medios institucionales especiales se plantea no sólo el problema de la elaboración de programas correctivos para el establecimiento de

habilidades para tareas específicas o para cubrir deficiencias relativas a tareas ocupacionales, sino que en este caso reviste fundamentalmente importancia la detección oportuna del retardo.

La identificación temprana de las formas específicas de retardo debe efectuarse a nivel de la escuela elemental o de situaciones laborales o familiares, de modo que pueda intervenir en el momento preciso para compensar el déficit particular de que se trate. La detección debe ser realizada por los maestros, padres de familia o personal de supervisión laboral, lo que requiere de programas especiales para adiestrar a este tipo de paraprofesionales y no profesionales en la evaluación efectiva de deficiencias conductuales específicas.

Aquí, como en los casos que a continuación se mencionaran ( la escuela y la familia), es importante destacar dos aspectos. El primero se refiere a la importancia de atacar oportunamente problemas muy específicos de retardo, antes de que éste pueda generalizarse por las interacciones inadecuadas que se establecen entre el sujeto y el ambiente en las áreas del comportamiento cognoscitivo, social y afectivo.

De ahí la importancia de considerar a la detección temprana como una estrategia preventiva. El segundo aspecto concierne a la necesidad de dirigir programas a los padres de familia, maestros y supervisores laborales para que no actúen indebidamente al detectar formas específicas de retardo. Debe proporcionarse información sobre la nueva tecnología conductual disponible para la prótesis del retardo y las posibilidades efectivas de rehabilitación.

### **2. 5. 2. Instituciones educativas.**

La escuela elemental es un medio propicio para la identificación del retardo en el desarrollo. Un enfoque preventivo adecuado requiere no sólo del adiestramiento de los maestros para detectar oportuna y objetivamente el retardo, sino de proveerles la tecnología mínima para procurar su corrección simultáneamente.

En este contexto cabe destacar la posibilidad de plantear dos opciones diferentes. Una consiste en la ya tradicional de establecer salones especiales a los que se remite a los niños con retardo, con el objeto de reintegrarlos posteriormente al salón de clase normal. Este deseo no siempre se cumple, de modo que los salones especiales se constituyen de hecho en instituciones especiales que muchas de las veces contribuyen a mantener más que a subsanar el retardo en el desarrollo. La segunda opción concierne a la posibilidad de trabajar con los niños con deficiencias específicas en el propio salón de clase normal, idea apoyada por algunas experiencias exitosas. Esta estrategia permite compensar el retardo sin marginar al individuo del grupo normal al que idealmente debe reintegrarse. Una ventaja adicional de esta segunda opción es su bajo costo de operación, aun cuando probablemente requiera en un principio personal con un índice de adiestramiento más riguroso del normal en estos casos. (Op. cit. ).

### **2. 5. 3. Medio familiar.**

El ambiente familiar constituye, indudablemente, el medio más propicio para la detección y prevención temprana del retardo en el desarrollo.

Es en el medio familiar en el que puede identificarse, en etapas más tempranas, cualquier desaceleración en el desarrollo, ya sea ésta generalizada o específica.

Sin embargo, el incorporar a la familia como integrante de un equipo de salud y rehabilitación educativa rebasa los simples buenos deseos de un análisis global como el que estamos realizando. Implica un programa de grandes proporciones para que la familia participe en la solución de los problemas que plantea el pariente con retardo. Esta participación, que hasta la fecha se ha limitado a una mera aceptación por parte del familiar, puede, como se ha mostrado en algunos estudios aislados, convertirse en incorporación activa a la alteración del retardo. No obstante, su extensión sistemática como programa social de salud representa grandes problemas a nivel tecnológico y educativo. ( Op. cit. ).

## **2. 6. DESEMPEÑO DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y EL ENTRENAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO COMO MEDIOS FACILITADORES PARA EL LOGRO DE LA PREVENCIÓN DEL RETARDO.**

Siguiendo la línea que plantea Mares ( 1984 ), se consideran como medios facilitadores la inter y multidisciplinariedad. Mares sostiene que a través del equipo interdisciplinario y un entrenamiento multidisciplinario se pueden alcanzar en un 100% los objetivos de muchos programas, en particular los de prevención.

Para poder comprender mejor las funciones y ventajas que se obtendrían por medio de ellos, hay que empezar por sus definiciones :

**Interdisciplina.**- Se entiende por la actividad científica en la cual diferentes disciplinas se integran para configurar orgánicamente un nuevo campo de acción y conocimiento. Esto implica la formulación de un nuevo objetivo teórico- práctico, así como la reintegración de conceptos, metodologías y técnicas de las disciplinas insertadas.

**Multidisciplina.**- Se entiende por la actividad donde diferentes disciplinas actúan a nivel práctico ante un mismo objeto, pero en diferentes niveles es decir, el quehacer de cada una de las disciplinas involucradas se dirige hacia aquellas características que le competen. ( Ribes, 1979 )

Al respecto, Mares ( 1984 ) sostiene que la inter y multidisciplinariedad que Ribes ( 1979 ) plantea, no debe ser excluyente una de la otra, ni debe entenderse como la fusión de las distintas disciplinas, ya que lo que debe significar es el conocimiento exacto de la responsabilidad general implicada en la colaboración de las diferentes disciplinas y en la integración de su trabajo, mismo que es plasmado más ampliamente durante su desarrollo cotidiano.

El trabajo de un equipo interdisciplinario dentro de cualquier problemática se debe entender como la reunión de los diferentes profesionales involucrados con la misma, para vertir sus diferentes puntos de vista y llegar a acuerdos en cuanto :

- a) Conocer el origen de la problemática.
- b) Analizar qué tan determinantes son las causas que la originaron.

- c) Analizar en qué porcentaje sus estrategias planteadas se han alcanzado y qué obstáculos lo han impedido.
- d) Revisar si los objetivos han sido planteados adecuadamente de acuerdo a los problemas presentados.
- e) Plantear cuáles pueden ser las posibles soluciones que se pueden aportar al contar con otros profesionistas conocedores también del caso.
- f) Para que con todo esto se pueda reunir y configurar un nuevo campo de acción y conocimiento que involucre :
  - el planteamiento de un nuevo objeto teórico-práctico,
  - formulación de nuevos objetivos,
  - estructuración de metodologías y técnicas para tratar los casos y
  - establecimiento de una nueva forma de diagnóstico ( evaluación ) que permita obtener resultados que sean útiles a todos los especialistas.

En cuanto a la finalidad que tendría el entrenamiento multidisciplinario como parte formativa de dicho equipo se tiene :

- 1.- Especificar las funciones que cada uno de los profesionistas tiene dentro del equipo interdisciplinario.
- 2.- Delimitar tanto la función que cada uno desempeña dentro del mismo, como la de los demás especialistas, sin tratar de abarcar las funciones de los otros o intervenir en su campo de trabajo.
- 3.- Establecer cuáles son las limitantes y repercusiones de cada una de las disciplinas al estudiar los problemas que les competen.
- 4.- Dar a conocer el campo de trabajo de cada una de las disciplinas y la forma como se trabaja en ellas.

Las ventajas que ofrece la integración de estos elementos son las siguientes :

- a) Profesional : normar criterios de tratamiento, diagnóstico y prevención, no sólo desde un punto de vista particular, sino también grupal, lo cual repercutirá en beneficio de la comunidad y, por lo tanto, de la sociedad.
- b) Institucional : mejorar la calidad ( eficacia y eficiencia ) del servicio prestado por las instituciones en beneficio del público.
- c) Comunitario : beneficiar a un sector más amplio de la población en cuanto a servicios y otras prestaciones a las que se tiene derecho.

El establecimiento de los equipos interdisciplinarios dentro del área de Educación Especial es necesario porque el retardo en el desarrollo es un problema que está integrado por una gran variedad de elementos que le interesan a distintas disciplinas.

Para la integración de los equipos interdisciplinarios en el área de la Educación Especial, sólo se elegirán a aquellos profesionistas que están más relacionados con la problemática del retardo en el desarrollo y, si es posible, se solicitará apoyo a otras disciplinas que estén indirectamente relacionadas con él pero que su participación permita dar una visión global y más integrativa a la solución de este problema.

## 2. 7. LA ESTIMULACION TEMPRANA COMO FORMA DE PREVENCION

El aspecto central de la estimulación temprana hace referencia a la plasticidad que tiene el cerebro en los primeros años y a la importancia de presentar los estímulos físicos y sociales, de una manera secuenciada. El tomar estos conceptos para utilizarlos como forma de tratamiento permite que se utilicen aspectos que son comunes al medio ambiente del niño y que el psicólogo tome un papel relevante, ya que el puede estructurar una programación de los estímulos para que se presenten de una manera secuenciada.

El utilizar a la estimulación temprana como forma de tratamiento para el retardo, no sólo permite la prevención de éste sino que en su significado más profundo, permite modelar la personalidad del ser humano y por ende, de la sociedad.

La aplicación de la estimulación temprana es fácilmente adaptable a las condiciones de los países en vías de desarrollo, y en especial a México. Debe dejarse de considerar a los primeros seis años de vida del niño como una etapa de transición. Es una etapa donde se conforman una serie de rasgos que más adelante, van ha ser determinantes para la personalidad del sujeto. Por lo cual, es de suma importancia, que esta etapa reciba más atención de la que ha recibido hasta la fecha.( García, 1988 ).

En el siguiente capítulo se expondrá más ampliamente todo lo relacionado a la estimulación temprana.



## CAPITULO III

### ESTIMULACION TEMPRANA

#### 3. 1. DEFINICION

La estimulación temprana es el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que éste necesita desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicológico. Esto se logra a través de la presencia de personas y objetos en cantidad y oportunidad adecuadas y en el contexto de situaciones de variada complejidad, que generan en el niño un cierto grado de interés y actividad, condición necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo . ( Montenegro, 1978 ).

#### 3. 2. FUNDAMENTOS DE LA ESTIMULACION TEMPRANA.

La estimulación temprana se fundamenta básicamente para su aplicación , en la plasticidad que presenta el cerebro humano y la importancia que tiene la presencia de objetos y personas en una acción dinámica, en los primeros años de vida del ser humano.

Conviene aclarar que en la literatura inglesa, la utilización de los términos estimulación temprana y estimulación precoz había sido en forma indistinta, para referirse a una misma situación. En algunos países, se empezó a utilizar el término de estimulación precoz para denominar programas de prevención secundaria para niños de alto riesgo biológico establecido o probable, es decir, orientados a contrarestar el efecto de un daño orgánico establecido o prevenir el apareamiento de una alteración en niños que, por sus antecedentes negativos durante el embarazo o parto, tenían una alta probabilidad que éste se produjera. En estos casos, el término precoz se justificaría como una intención de destacar que la intervención debe hacerse antes de que la alteración se agudice más o antes de que aparezcan los signos de un daño eventual. Los programas de estimulación se ampliaron posteriormente para incluir las intervenciones dirigidas a niños de alto riesgo ambiental, es decir, sujetos que nacen biológicamente sanos, pero que, debido a las características negativas del medio en que crecen, requieren de una intervención para que su desarrollo no se vea afectado. A estas intervenciones, por extensión del concepto, se les siguió llamando programas de estimulación precoz. Podría argumentarse que en este caso el término precoz se refiere también a que la intervención debe hacerse antes de que ocurra el eventual retraso de etiología ambiental. (García, 1988). Considero, de igual forma que Montenegro (1978), que el término que describe más propiamente la serie de acciones encaminadas a disminuir o eliminar los factores que tienen que ver con el retardo, es el de estimulación temprana; y más aun, que la estimulación temprana es una estrategia de intervención.

Se ha demostrado que los primeros años de la vida son la base fundamental para el desarrollo ulterior del individuo, y así también, que sí el niño

no recibe la estimulación necesaria para un sano desarrollo, esto se vera reflejado en una serie de inhabilidades que se hacen más evidentes con el paso del tiempo. Se ha encontrado que niños estimulados desde su nacimiento han logrado el mejor desarrollo orgánico y funcional de su sistema nervioso y de sus órganos de contacto y de intercambio con el mundo exterior, además de un equilibrio adecuado en su crecimiento físico, emocional e intelectual. De los primeros 6 años de vida del niño se le debe dar primordial importancia a los dos iniciales. También es en esta etapa (0 a 2 años), la más propicia para determinar algunos deficits que tenga el niño, ya sea de orden perceptivo, motor, intelectual, orgánico o ambiental, así como para ejercer las acciones necesarias para resolver ese deficit o crear mecanismos de defensa y de aprendizaje que permitan en lo posible habilitarse para la vida futura. (Naranjo, 1981).

En una investigación realizada en la Universidad de Chicago, se indicó que el cerebro tiene mayor número de células nerviosas a la edad de dos años y de este momento en adelante comienzan a disminuir. En unos trabajos de investigación de niños que mueren a una corta edad y que tienen una edad cronológica casi idéntica, pero distinta exposición al medio ambiente, se encontró que muestran un desarrollo diferente : el infante que nació y poco después murió, tuvo mayor oportunidad de experimentar el medio externo, presentaba un cerebro más desarrollado que el otro infante. Así demuestra que el cerebro no solamente es un órgano que funciona biológicamente, sino que cambia y se adapta como consecuencia de las impresiones y experiencias ambientales ( Shonkoff, 1986 ). Con respecto a esto Tjossen ( 1981 ), menciona que en sus investigaciones ha encontrado que las fibras nerviosas crecen hacia los puntos de excitación, o de estimulación, que tiene que ver con la emisión de órdenes a la organización de la

estructura cerebral. Esto toma gran relevancia en el momento de trabajar con niños que presentan retraso mental a consecuencia de alguna lesión.

Los descubrimientos no siempre van seguidos por las acciones. Si bien todos estamos convencidos de la importancia de esa edad para el futuro de cada persona, no se está actuando con la iniciativa, el esfuerzo y la atención que se requiere para cuidar y estimular al niño en esos años.

Los programas de estimulación temprana, han surgido con fundamento en los descubrimientos y como una acción encaminada a presentar una instrumentación de actividades frente a la realidad de un niño aislado, desprotegido y formado dentro de la inercia de los hogares, la crisis familiar, los problemas ecológicos, urbanísticos, habitacionales, educativos y el hecho de que los gobiernos carecen de recursos humanos y materiales para ofrecer el apoyo necesario a programas dedicados a los niños en sus primeros años.

Cuando inferimos sobre la importancia de la estimulación temprana, refiriéndonos a aquella que se realiza en los primeros años de vida, no queremos de ninguna manera dar a entender que el desarrollo se verá asegurado con la sola estimulación en edades tempranas; sino que es necesario una estimulación constante en etapas posteriores. La estimulación temprana no es una relación mecánica entre la presentación de eventos y situaciones a el individuo; sino que es una situación dinámica donde hay una mútua interrelación y modificación entre estos factores.

La insistencia para que la estimulación temprana se realice también en los primeros años de vida, deriva de la abundante evidencia acumulada que muestra que una proporción importante de los niños que nacen en ambientes empobrecidos, presentan ya en el segundo año de vida retrasos en su desarrollo

psicomotor. De este hecho se desprende la extraordinaria importancia preventiva de la estimulación temprana.

Tomando en cuenta los antecedentes expuestos, se ha producido la necesidad de que la estimulación se inicie lo más temprana posible, se continúe durante la edad preescolar y escolar del niño abarcando el medio ambiente que le rodea.

### **3. 3. APLICACIONES DE LA ESTIMULACION TEMPRANA.**

Utilizada inicialmente como un procedimiento remedial y posteriormente como sistema de prevención del retardo mental, y otros daños cerebrales; el conocimiento científico acumulado en las últimas décadas extiende su aplicabilidad, hasta considerarla como un sistema de práctica de crianza del niño, y por ende, tiene un impacto en las características de la sociedad. Revoluciona la concepción materialista que a objetivizado a la humanidad en cifras y cosas, pues impide que el niño siga siendo tratado como un simple objeto. Exige un respeto a su individualidad, un aprecio a sus capacidades, un manejo humano y una comunicación permanente y creciente. No exige de técnicas y organizaciones sofisticadas y costosas, más bien implica la extensión de actividades de práctica común en el cuidado de los menores. Y lo que es más importante, requieren de la participación de la madre, del padre y demás familiares, los principales personajes de la vida del niño ( Montenegro, 1978 ; Naranjo, 1981 ).

El concepto de estimulación temprana es mucho más amplio que lo que creen algunas personas, ya que presupone la presencia de personas y

objetos; y no es como piensan muchos, la presencia de móviles y/o juguetes didácticos. Es decir, han interpretado que en este tipo de programas, los objetos parecen tener una importancia mayor que las personas. Montenegro ( 1978 ), dice que la estimulación temprana debe mejorar si es necesario las relaciones afectivas entre el niño y sus familiares y también fomentar el establecimiento de patrones de crianza adecuadas, que favorezcan una relación dinámica del niño con su medio, en un contexto de seguridad afectiva básica y de motivación por aprender . Es decir, que estimulen y no restringan la conducta exploratoria, que utilicen el premio más que el castigo. Por lo cual, al hablar de estimulación temprana, estamos tratando no solo con un procedimiento, sino con una estrategia de intervención. Así tenemos que intervención temprana, se refiere al conjunto de todos los métodos y estrategias de procedimiento, ya sea 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 . ( Tjossem, 1981 ).

En la estimulación temprana se proporciona un estímulo sensorial, se obtiene una respuesta asociada y la integración neuronal de ambos, de manera que pueda aprovechar la plasticidad del sistema nervioso que se está desarrollando. (Tjossem, 1981 ). Por lo cual, es más apropiado hablar en este momento de estimulación temprana. El estímulo sensorial es totalizador, es parte de toda la red asociativa que se lleva a cabo en el niño dentro de su complejo 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 amplio 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 que este desarrollo sea la base para una conducta adecuada de aprendizaje y de adaptación a la escuela.

Otro término subordinado a la intervención temprana, sería la intervención educativa temprana, término que se utiliza para designar todos aquellos métodos y estrategias específicamente educativas.

En la medida de que las investigaciones nos den más información sobre los aspectos que rodean a la estimulación temprana, se podrá comprender mejor la amplitud del término; y sólo así, se podrá usar comúnmente intervención temprana, que a mi parecer, describe más propiamente las estrategias de atención infantil.

#### **3. 4. ANTECEDENTES DE LA ESTIMULACION TEMPRANA.**

Sus orígenes están relacionados con la prevención del retardo mental y otros daños orgánicos cerebrales, el conocimiento científico acumulado en las últimas décadas extiende su aplicabilidad a la totalidad de las prácticas de crianza del niño.

Su historia se ha ido conformando en base a muy diversas investigaciones que han dado énfasis a unos u otros aspectos. Dentro de las áreas del conocimiento, que han dado la base teórica de la estimulación temprana, encontramos a la neurología evolutiva y a la psicología del desarrollo infantil.

Para dar una idea más clara sobre la importancia que ha ido adquiriendo la estimulación temprana, describiré algunos de los estudios más relevantes que se han llevado a cabo.

Montenegro ( 1978 ) menciona que entre la década de los 30' y los 40', los estudios de la llamada Escuela de Viena, de C. Buhler, impresionaban por demostrar por primera vez, mediante una adecuada metodología, que son factores psicológicos los responsables de la privación y que ellos están determinados por las condiciones ambientales en que ocurre el desarrollo temprano. Estos estudios provocaron un gran interés en los círculos técnicos, así como en el público en general que llevo a conocer el drama de los miles de niños abandonados o huérfanos durante la Segunda Guerra Mundial. Esto fue así, debido a que en esa época la idea prevaleciente era que la inteligencia era fija y el desarrollo estaba predeterminado genéticamente. De acuerdo con esta concepción de desarrollo, la organización conductual significaba un mero despliegue, más o menos automático, de capacidades completamente determinadas por el desarrollo morfológico. Este último a su vez, procedía también a un ritmo fijo, dependiendo sólo de que fueran satisfechos los requerimientos metabólicos del organismo. Esta posición implicaba aceptar que gran parte de la conducta no es aprendida y que el coeficiente intelectual es constante.

En 1937 Newman señala las diferencias de coeficientes intelectuales al estudiar a gemelos idénticos, que fueron criados en ambientes distintos. Tratándose de gemelos univitelinos, es decir, provenientes del mismo óvulo fecundado y, por lo tanto, con igual dotación genética, las diferencias observadas debían ser atribuidas a las diversas experiencias que el medio



ambiente donde se criaron les proporcionó. Las diferencias encontradas estuvieron en directa relación con la estimulación ambiental ( Naranjo, 1981 ).

Los estudios de Golfard ( 1943 ) y Spitz ( 1945 ), sobre el papel tan importante que juega la madre en el primer año de vida del niño, fueron determinantes, ya que se dejó ver que la ausencia de ésta , repercutía en el desarrollo de la inteligencia y personalidad del niño.

Haciendo una recopilación de los estudios a esa fecha Bowlby (1951), concluye que el niño en sus primeros años de vida requiere de una atmosfera emocionalmente cálida y de desarrollar una relación estrecha con su madre o una persona sustituta. Y si esta relación no se da, se produce una serie de trastornos severos y en algunos casos irreversibles, dependiendo del grado y permanencia de la deprivación materna ( Naranjo, 1981 ). Posteriormente, Howells y Caying (1955) demuestran que también puede existir falta de cuidado materno en niños que viven con su madre biológica.

En 1956 Levine demuestra que cierto tipo de estimulación temprana en ratas, como manipulación y shocks eléctricos, afectan su conducta ya de adultas. Se reduce su actividad emocional, son más tolerantes al stress, menos temerosas ante situaciones desconocidas y se adaptan mejor a las demandas ambientales. Se distinguen de las ratas no estimuladas en que alcanzan mayor peso corporal y sobreviven mayor tiempo en condiciones de deprivación alimenticia.

Harlow ( 1959 ), realiza estudios con monos, en que se comprueba que la deprivación temprana de estímulos, como el contacto con la madre, produce actitudes anormales en la adultez, tales como agresión, autoagresión, modificaciones de la conducta sexual, maternal y social ( Naranjo, 1981 ).

Durante estos años comenzaron a aparecer las primeras evidencias de que la deprivación psicológicamente no sólo afecta a los niños cuidados en

orfanatos o asilos, sino que también a los niños que se crían en hogares pertenecientes a los estratos socioeconómicos desventajados. Muchos estudios indican una correlación entre pobreza y problemas de aprendizaje y se comienza a individualizar ciertos factores familiares que influyen en el bajo rendimiento escolar.

Riesmann ( 1962 ), presenta el hecho de que el sistema escolar ejerce lo que llama una discriminación sin perjuicios contra los niños de bajo nivel socioeconómico, pues está diseñado para niños de clase media y supone que todos llegan igualmente entrenados en sus funciones intelectuales, por sólo haber llegado a una edad cronológica determinada ( Naranjo, 1981 ).

Es importante mencionar, que estos estudios generalmente se habían venido realizando con niños que presentaban algún tipo de retardo con correlato físico, y fue a partir que se presentó algún tipo de evidencia sobre la influencia del ambiente empobrecido, que se dio mayor importancia al retardo denominado como " retardo cultural " y " familiar ", o mejor descrito como " retardo sociocultural ". Según Montenegro ( 1978 ), se desarrolla " por falta de ciertos estímulos sensoriales que son indispensables para que se desarrolle una serie de funciones intelectuales ", y si todavía a esto le agregamos una serie de situaciones o condiciones como la desnutrición, la institucionalización y privación materna, es entendible la aparición del retardo sociocultural.

La importancia de esta alteración es de gran trascendencia, si tenemos en cuenta algunos datos. De 100 casos de niños con retardo, 75 caen dentro de este rubro. Es decir, en 75 de 100 casos de retardo, no se encuentra una causa biológica que determine su inhabilidad, y en este caso, se le atribuye a factores medio ambientales como los directamente responsables de la alteración. Debido al gran número de casos que abarca el retardo sociocultural, se hacía imprescindible aplicar algún método que tenga influencia directa en el medio

ambiente; así fue como se empezó a aplicar la estimulación temprana entre este tipo de población. Por otro lado, al mismo tiempo se describía el retardo sociocultural, se observó que eran los sectores más desprotegidos los que comúnmente presentaban este tipo de alteración. La frecuencia del retardo mental en los barrios urbanos, suburbanos y en las zonas rurales necesitadas, es varias veces mayor que en las zonas de la clase media. Se calcula que las posibilidades de que un niño nacido en un ambiente pobre se le diagnostique como retrasado mental, son 15 veces mayor que las que tendría un niño de la misma edad criado en un barrio residencial . ( Targan, 1974, en: Bralic y Lira, 1978 ). Muchos estudios han presentado algún tipo de evidencia que indica una correlación entre pobreza y problemas de aprendizaje, de esta forma, se comienza a individualizar ciertos factores familiares que se han observado y que influyen en el bajo rendimiento escolar.

En los países latinoamericanos debido al gran índice de población de escasos recursos económicos; los problemas de aprendizaje son muy frecuentes. El nivel educativo de la población es deplorable. Hay países en que más de la mitad de la población es analfabeta y en muchos de ellos las tasas de escolaridad no sobrepasan el 40 % de la población en edad escolar. La deserción escolar en el sistema educacional público en todos los países, es superior al 50 % sólo en el ciclo básico. En los pocos estudios que se han realizado sobre las causas de esta deserción, se ha encontrado como uno de los factores más importantes, limitaciones intelectuales diversas. La educación preescolar prácticamente no existe como responsabilidad estatal. En los países en que ésta ha alcanzado algún desarrollo, su cobertura raramente sobrepasa al 10 % de la población perteneciente a este grupo etario ( Montenegro, 1978 ).

Aunque las deficiencias de los niños retardados socialmente son identificadas hasta la edad escolar, estas ya son manifestadas desde sus primeros años de vida. Es importante señalar, que si bien este tipo de alteración se encuentra con mayor frecuencia en las clases bajas, aún no se ha determinado con exactitud cuales son los factores que afectan una u otra área; como factor causal se habla del empobrecimiento de la estimulación, de la mala alimentación, de deficiencias en la relación madre-hijo, etc. No obstante, lo que si se puede afirmar, es que todas las acciones y programas de estimulación temprana aplicadas, han sido positivas por los resultados arrojados.

Cuando todo esto fue del conocimiento de los investigadores, se dieron a la tarea de abarcar en sus primeros programas a población de escasos recursos. En Estados Unidos, inclusive se llegó a tomar medidas políticas con respecto a la salud, y así, se implementaron los programas de estimulación temprana a nivel masivo, y principalmente, dirigidos a población socialmente desaventajada.

A partir de ese momento se han generado un número importante de investigaciones que han tenido como premisa básica a la estimulación temprana, fuere cual fuere el enfoque teórico del investigador. Ya que si bien algunos autores han ahondado en aspectos como "perfeccionamiento de los métodos de estimulación" ( Tjoseen, 1981 ); " entrega de información a padres " (Baker,1980); otros se han encaminado a la búsqueda de un modelo de diagnóstico para detectar " alto riesgo " a temprana edad ( Denhoff, Hyman y Kass, en: Haeussler y Rodríguez 1978); y algunos más en evaluar las " edades óptimas de intervención " (Tjossen, 1981 ).

Los conocimientos acumulados hasta la fecha nos indican, y sobre todo para nuestro país, que los programas de estimulación temprana deben abarcar principalmente a la población con riesgo ambiental ( niños que nacen biológicamente sanos pero que debido a las condiciones adversas en que crecen, requieren de una intervención para que su desarrollo no se vea afectado ), más que a los de riesgo biológico ( enfermedades diagnósticadas o a casos en que existe una alta probabilidad de que la enfermedad se produzca y se vaya a retrasar el desarrollo ) ( Mora, 1979 ).

De esta manera podemos jerarquizar los escasos recursos humanos y materiales. La recuperabilidad de un daño cerebral ya producido será, la mayoría de las veces, parcial y a un alto costo, ya que debe hacerse generalmente por personal profesional en forma individual y en centros especializados. Por el contrario, si se actúa predominantemente sobre riesgo ambiental, se puede evitar que se produzca un retraso a un costo significativamente menor, ya que hay experiencias favorables de programas ejecutados por personal no profesional, o mínimamente entrenado, que capacita a las madres y al resto de la familia como agentes estimuladores de sus propios hijos en el hogar.

### **3. 5 . PARTICIPACION DE LOS PADRES EN LA ESTIMULACION TEMPRANA.**

A los servicios de apoyo-intervención para familias se les ha denominado programas de participación familiar por una razón muy específica: la intervención ofrecida a los padres no debería consistir en soluciones emitidas por "expertos"; ni los expertos deberían estar dedicados a proporcionar toda la

intervención o a realizar todas las acciones dentro del programa del niño. Más bien este método consiste en hacer participar a los padres o a otros miembros de la familia en todos los niveles de la intervención, desde decidir cuáles serán los objetivos de la intervención hasta su posterior ejecución. A continuación se presentan a una serie de puntos que constituyen el fundamento de la participación familiar en los programas.

Quizá uno de los argumentos más poderosos en favor de la participación familiar tiene que ver con el tiempo y el contacto. Excepto en circunstancias excepcionales, los padres pasan más tiempo con su hijo de edad preescolar ( del nacimiento a los seis años ) que cualquier otra persona. Es difícil concebir un programa efectivo sin incluir a las personas que pasan la mayor parte del tiempo con el niño. Por ejemplo, la iniciación de un programa de entrenamiento para el aseo personal sin la inclusión del contexto del hogar tendrá, en el mejor de los casos, sólo un éxito parcial. Sin ampliar el entenamiento a todo el hogar, se duda que el éxito logrado en una parte del mismo se transfiera a otra. De hecho, en la mayoría de los casos tendría más sentido iniciar en el hogar el programa de entrenamiento, ya que es ése el medio en que el niño de corta edad usará el baño con mayor frecuencia. Otras conductas importantes, como el lenguaje expresivo, sin duda se adquirirán más rápidamente si el entrenamiento se lleva a cabo en el hogar, que es donde generalmente el niño pasa más tiempo. Tanto por razones de regularidad como por mayores oportunidades de aprendizaje, todo entrenamiento que persiga un objetivo importante debería incluir la participación de las personas que pasan una parte considerable del día con el niño. ( Bricker, 1991 ).

El segundo punto se relaciona con factores de economía. La tendencia en la educación pública y en las instituciones que dan atención a individuos disminuidos (por ejemplo, instituciones de salud mental, programas para atender

problemas de desarrollo, etc. ) parece ser la de proporcionar mayores servicios a más clientes con menos recursos. Dichas demandas ponen a prueba ahora, y seguirán haciéndolo en el futuro, la capacidad de las instituciones públicas para proporcionar servicios de calidad. Es evidente que se necesitarán estrategias más eficientes y económicas para satisfacer dichas demandas. Hay escasez de personal capacitado que pueda aplicar programas de atención a niños disminuidos preescolares. Dado el panorama fiscal, es dudoso que el número de profesionales de educación especial y de primera infancia se amplie significativamente. A menudo, tratándose de infantes o niños severamente disminuidos, los métodos eficaces de intervención exigen una alta proporción de maestros en relación con el número de alumnos. Muchos niños con retraso mental profundo o con una disminución motora severa se encuentran relativamente desvalidos si no cuentan con la ayuda amplia por parte de un adulto. El niño necesita que se le coloque en una postura correcta, que se le proporcionen estímulos adecuados, que se le cambien los pañales y que se le dé de comer, por mencionar sólo algunas de las actividades que demandan la supervisión y la atención del adulto. ( Op. cit. ).

Una solución obvia a la desigualdad entre el número de niños disminuidos que necesitan intervención y la cantidad de personal capacitado disponible es hacer que los padres participen en dicha intervención. Con esto, la mayoría de los padres realizará una buena inversión ( tanto psicológica como económica ) en sus hijos. Ellos tienen más que ganar o perder que cualquier otra persona relacionada con la intervención. Con el apoyo y la ayuda del personal especializado, los padres pueden llegar a convertirse en agentes eficaces de cambio a largo plazo para sus hijos ( Hanson, 1977 ). El aprovechamiento de los padres, bien para servir como principales agentes de

cambio o para trabajar en conjunción con un maestro, constituye una estrategia económicamente segura para atender a niños en riesgo y disminuidos y es el segundo punto de la fundamentación en favor de la participación familiar. ( Op. cit. ).

El punto final de nuestra fundamentación en favor de la participación familiar es el de los derechos de los padres. En el fondo de los argumentos precedentes está el supuesto de que los padres tienen el derecho básico de ser incluidos en la intervención y en el proceso de planeación y toma de decisiones ( Turnbull, Turnbull, y Wheat, 1982 ). Nadie tiene más que ganar o perder en el diseño de procedimientos eficaces de intervención para el niño de corta edad en riesgo o disminuido que sus padres. La responsabilidad del cuidado del niño recae en los padres y, por tanto, ellos deberían adoptar un papel activo en determinación de los objetivos de intervención.

En un estudio realizado por Smith y Pederson ( 1988; en : Contreras y Rosas,1993 ) retomaron que la sensibilidad materna mostrada a los niños es una señal muy importante para el desarrollo infantil, y que viene a conformar una forma de relación denominada "apego", que surge de madre a hijo, o de hijo a madre. Ante esto los autores ya citados se dieron a la tarea de correr una investigación cuya meta fue aportar nuevas evidencias sobre la sensibilidad materna y la conducta de apego. Para ello, se trabajó con 48 diadas madre - infante ( 14 meses de edad ), quienes fueron grabados en plena interacción de diversos tipos y momentos, por ejemplo en situaciones de juego entre la diada, en competencia, en cooperación. Así mismo, se hizo una clasificación en cuanto al tipo de apego que se observaba ( apego - ansioso - evitación y apego - ansioso - resistencia ). Se concluyó que, el tipo de apego observado en las diadas dependía en gran medida de las conductas maternas, ya que al mostrarse



distantes y poco cooperativas con los niños originaban que estas se mostraran sumamente ansiosas y solían evitar el contacto.

Como se puede observar en esta investigación la conducta materna tiene gran importancia para los niños, ya que la cercanía y contacto directo, así como lo sensible que se muestren las madres para con sus hijos es lo que en un momento dado creará cierto tipo de comportamiento en los niños, e incluso, imperará sobre su propia personalidad en su desarrollo posterior, con relación a crear niños ansiosos, inseguros, o bien, seguros de sí mismos ante diversas situaciones.

Por otro lado, Pederson, Mora Sitko, Campbell, Ghesquire y Acton ( 1990; en Contreras y Rosas, 1993 ) afirman que la sensibilidad materna es importante aunque no tiene relación con la edad de la madre, más bien tiene relación con la educación de ella, ya que esto suele apoyar el desarrollo del niño con relación a que las madres con mayor preparación profesional suelen ser más activas en la interacción con sus hijos, empleando más señales tanto físicas, gestuales y corporales a diferencia de las madres con menor grado de preparación, quienes se ocupan del niño para atenderlo en sus necesidades básicas ( cambiar pañal, alimentarlo, etc. ), pero suelen ser más distantes al interactuar con sus hijos, restringiéndose a la vez a los niños de diversas experiencias que suelen ser muy importantes para el desarrollo actual y posterior de los niños.

Sin una considerable participación de los padres en los programas de intervención, será difícil, aunque no imposible, establecer objetivos de intervención pertinentes para el niño, satisfactorios para los padres y aceptables para el personal especializado según su criterio profesional.

### 3. 5. 1. Principios rectores de la participación de los padres.

El primer principio que rige la participación familiar es el de comenzar la intervención antes de que surjan relaciones destructivas padre-hijo y/o niño-familia. Intervenir meses o años después de que haya surgido una interacción negativa para los miembros de la familia y para el niño, implica que se tenga que dedicar gran cantidad de tiempo y energía para eliminar las pautas de interacción ineficaces o destructivas ya establecidas. Ese tiempo y energía podrían utilizarse de una forma más productiva si se auxilia a los miembros de la familia a que ayuden a su vez al niño a adquirir nuevas y adecuadas conductas, sociales y cognoscitivas. Permitir que se desarrollen conductas indeseables o habilidades inapropiadas de interacción significa con frecuencia una grave pérdida de valioso tiempo de aprendizaje. Para evitar tales pérdidas sería conveniente que los miembros de la familia y el niño contaran con servicios de apoyo en el momento en que se detectara un problema. ( Op.cit. ).

Un segundo principio del compromiso familiar incluye la necesidad de un método ecológico de intervención con el fin de asegurar el máximo desarrollo conductual en el niño de corta edad en riesgo o disminuido. Como Bronfenbrenner (1975) ha propuesto, <sup>es decir</sup> para obtener el máximo beneficio de la intervención es necesario que todos los elementos del medio ambiente del niño actúen en armonía. Es probable que proporcionar un programa preescolar excepcionalmente bueno sólo pueda contrarrestar parcialmente los efectos de un medio no estimulante e inadecuado en el hogar. El progreso realizado durante el día en la escuela puede verse neutralizado por las horas pasadas con unos padres o una familia que no respondan al niño apropiadamente. Deben coordinarse las expectativas en el hogar y en la escuela, lo que exige diseñar un

programa de intervención que incluya todas las facetas posibles de la vida del niño.]

[La necesidad de un procedimiento individualizado constituye el tercer principio que debe guiar las labores de intervención con las familias.]

Para que el trabajo de quien realiza la intervención sea eficaz con la familia, se necesita que su programa esté cuidadosamente diseñado. [Los métodos generales de intervención que no reconocen las particularidades de cada familia están destinados a ser tan ineficaces como lo han sido los tratamientos individuales generales que no consideran las necesidades de los niños.] El personal de los programas necesita idear estrategias para determinar las pautas de funcionamiento específicas de cada familia, así como los objetivos que los padres se proponen para sí mismos y para sus hijos. Estas estrategias deben considerar las diferencias individuales con respecto al interés, la motivación y las habilidades de los padres como factores que influyen en su participación en los programas. La individualización de las metas y estrategias de intervención para los miembros de la familia es tan importante como para los niños.

El cuarto principio que rige la participación familiar se refiere a la delimitación del papel de los padres y de los profesionales en el proceso de intervención. Aunque no sería sensato intentar una especificación detallada del papel de ambos, puede ser apropiado y útil hacer una descripción general. Se deben considerar variaciones en los papeles de los padres dependiendo del problema del niño y del tipo de intervención: sin embargo, en los programas educativos es conveniente que los padres sean uno de los agentes principales de cambio. Es decir, los padres deberían ser unos de los maestros más importantes del niño (Sullivan, 1976). La adopción de dicho papel parece aconsejable y

necesaria debido a la cantidad de tiempo que el niño de corta edad pasa con sus padres. Dependiendo de la magnitud del programa, el profesional puede tener el papel de maestro, de apoyador o de ambos. El programa de intervención puede estar organizado para que el personal profesional ( el maestro, el terapeuta o quienes realicen la intervención con los padres ) atienda directamente al niño periódicamente ( como sería un programa llevado a cabo en el centro de atención ). Es posible también que el personal profesional actúe sobre todo como sistema de apoyo para los padres ( como sería el caso de un programa realizado en el hogar ). En ambos casos, los padres deben adoptar o compartir el papel de agente principal de cambio. Tal especificación de papeles lleva a establecer los parámetros de la participación conjunta padres-profesionales.

Una responsabilidad importante de los profesionales será, por tanto, la de ayudar a los padres a aprender a convertirse en compañeros de trabajo. Todo padre debería tomar con seriedad la responsabilidad que conlleva convertirse en miembro del equipo. Lamentablemente, en el pasado las relaciones entre padres y profesionales con frecuencia han producido posturas adversas. Los padres han tenido que luchar para conseguir derechos para sus hijos. Pero algunos han seguido atacando a los profesionales aún cuando ello no se justifique. Con frecuencia es más fácil encontrar fallas que buscar soluciones constructivas. Los padres deberían continuar defendiendo sus derechos sin perder de vista las responsabilidades que implica la adquisición de éstos. Exigir a individuos y sistemas más de sus límites, puede producir pérdidas para todos los que intervienen. Al mismo tiempo, los profesionales deben procurar no reaccionar excesivamente a la defensiva cuando son desafiados por padres disgustados o intolerables. ( Op. cit. ).

### 3. 5. 2. Estrategias para la participación de los padres.

La participación familiar debe incluir a ésta en su totalidad. A menudo es esencial proporcionar a la familia orientación y asistencia en cuanto a servicios sociales, así como en cuanto a información educativa y adiestramiento de habilidades.

La misma situación de la familia decide dónde, cuándo, cómo y en qué áreas debe comenzar la intervención. Al igual que en la elaboración de un programa para el niño, se debe valorar la situación de la familia, seleccionar objetivos, hacer la intervención y finalmente evaluar el progreso hacia los objetivos establecidos. Debe procurarse que los programas que se elaboren permitan a los padres actuar como maestros dentro de su rutina diaria evitando que ello interfiera las relaciones padres-hijo. Las metas de la intervención deben basarse ante todo en las necesidades de la familia y en segundo término en la información y las habilidades que los profesionales creen que deberían tener los padres de un niño disminuido.

Además, parece ser necesario que los programas de participación familiar consideren la importante necesidad de la individualización. Como se mencionó, las metas de la intervención deben basarse en las necesidades de cada familia ya que las familias que participan en los programas suelen tener características culturales, socioeconómicas y educativas muy diversas. Esta discrepancia obliga a que el programa sea flexible e individualizado en el contenido de las metas de la intervención y en el método utilizado para alcanzarlas. La individualización y flexibilidad necesarias pueden exceder ampliamente las expectativas de muchos especialistas de la intervención temprana. Por ejemplo, como indican Winton y Turnbull ( 1981 ), existe "...la necesidad muy legítima de que algunos padres a

veces no tengan que participar formalmente en la intervención " ( pág.18 ). Este reconocimiento puede poner en entredicho a muchos programas ya estructurados de preparación de padres, así como confrontar las filosofías teóricas sostenidas por los profesionales que elaboran dichos programas. ( Op. cit. ).

### **3. 6. EL PSICOLOGO Y LA ESTIMULACION TEMPRANA.**

La estimulación temprana, es un proceso que requiere del trabajo conjunto de varias disciplinas, ya que los diferentes aspectos involucrados necesitan de conocimiento especializado.

Debido a la carencia de personal especializado en los países en vías de desarrollo, el psicólogo puede desempeñar un papel fundamental, ya que puede abarcar varios aspectos que permiten minimizar el uso de este personal. Aunado a esto, está la consumación de la desprofesionalización, que es premisa básica de la psicología del comportamiento; de esta manera se obtiene la disminución al máximo de personal, aspecto fundamental en los países latinoamericanos y en especial en México.

La estimulación temprana permite que el psicólogo adquiera la importancia que le corresponde, ya que los diferentes aspectos que contempla son del dominio del psicólogo y están en concordancia, con atender a la comunidad más que a individuos en particular.

Algunos autores tales como Cabrera y Sánchez (1980), Schielbush, (1978) (ambos citados en:García,1988 ), han establecido que un programa de estimulación temprana debe de contar al menos con los siguientes especialistas: psicólogo, neurólogo, pediatra, trabajadora social, fisioterapeuta. La estimulación

temprana como forma de intervención permite que el psicólogo sea un profesionalista imprescindible para el buen desarrollo de la misma.

Como psicólogos debemos de tomar en cuenta la situación por la que hoy en día atraviesa nuestro país, ya que es muy fácil idealizar todo un sistema de trabajo como lo es el fomento de programas de estimulación temprana, además debemos de tratar de concientizar a la población mucho antes de que pueda llegar a requerir de estos tipos de programas.

### **3. 6. 1. El papel del psicólogo en los programas de estimulación temprana.**

A lo largo del tiempo, el psicólogo había venido asumiendo funciones de clasificador y aplicador de pruebas, debido a su formación académica y a la falta de una especificación y difusión de sus habilidades profesionales. Esto se observa principalmente, en países carentes de una infraestructura y de un sistema de investigación-ideologización propia. En México, la psicología y en consecuencia el psicólogo, se ven limitados en cuanto a la disposición de un sistema propio y de objetivos acordes con la realidad nacional. Con la promoción de la psicología conductual en el ámbito nacional, se abre una alternativa que deja atrás una serie de criterios preconcebidos que sirven a una minoría, para dar lugar a una psicología comunitaria. La psicología que surge en ese momento, podemos decir, que no es la de una psicología mexicana; sino una psicología destinada al Tercer Mundo o al menos a Latinoamérica (Colotla y Gallegos, 1981). No obstante, es evidente que el nacimiento conductista en México, a diferencia de otros países, desde el principio es un nacimiento de una psicología aplicada,

que en todo momento concede gran importancia a la investigación experimental de laboratorio, formando una dualidad indisoluble investigación-aplicación. De esta forma, el movimiento conductista moderniza a la psicología mexicana y le da una dirección en el mundo de la lengua castellana.

El vacío teórico que se venía teniendo en cuanto a establecer una estrecha relación entre investigación-aplicación, se vio subsanado con la adecuación de los conceptos de la modificación de la conducta a la realidad nacional. La psicología aplicada es entonces, la aplicación de los principios y métodos de la psicología experimental, en los diferentes campos del comportamiento humano. La modificación de la conducta es el lado aplicado de la psicología experimental ( Galindo, 1981 ). Esto nos ha ayudado a tener un marco teórico que nos permite conceptualizar al comportamiento humano desde un punto de vista científico. La psicología es una ciencia natural experimental cuyo objeto de estudio es el comportamiento de los organismos. Y como profesión, se dirige fundamentalmente, a resolver problemas en que interviene el comportamiento humano y la relación de éste con su medio ambiente.

Los servicios del psicólogo habían estado a la disposición de los estratos sociales que podían contratarlos; quedando desprotegidos un amplio sector de la población, quien no tenía los medios ni la facilidad de consultar a un psicólogo. Esto por un lado, había sido por la concepción que los mismos psicólogos tenían sobre la aplicación de la psicología; y por otro, por las necesidades materiales-sociales que todo profesionista concibe. Es a raíz, de que el psicólogo replantea sus estrategias de intervención, que considera como primer punto atender a mayor población, sobre todo aquella que no tiene acceso a este servicio, a hacer más congruente los contenidos curriculares de la formación profesional del psicólogo con la comunidad inmediata y, buscar la



desprofesionalización de la psicología como última meta. Todo esto lo logra basándose en un análisis de la problemática de la comunidad y aplicando su metodología a la solución de estos problemas, independientemente de su jerarquía dentro de la demanda profesional presente. Así, el psicólogo se adiestra inmerso en una problemática social que la comunidad le plantea constantemente, lo hace no de manera intuitiva o ecléctica, sino en base a una rigurosa y efectiva metodología derivada de la experimentación de laboratorio y de su implementación a situaciones naturales ( Ribes, Fernández, Rueda, Talento y López 1986 ).

La comunidad nos dio los criterios y objetivos profesionales definitorios del psicólogo. De este modo, los objetivos de la actividad profesional del psicólogo deben ser : a) la rehabilitación, b) el desarrollo, c) la detección, d) la investigación, y e) la planeación y prevención. ( Op.cit. ).

La estimulación temprana, permite que el psicólogo desarrolle estos objetivos bajo la atención comunitaria, buscando como meta final la desprofesionalización. El conocimiento como tal, no debe ser un producto privativo de una determinada clase o grupo social; sino que debe ser el medio para alcanzar un orden social más equitativo, y en el caso del conocimiento psicológico, esto no debe ser la excepción, y más cuando existe una gran cantidad de población desfavorecida. La desprofesionalización como proceso permite atender a un número mayor de población con un mínimo de recursos humanos, punto importante al tratar de implementar un programa de estimulación temprana en países pobres, donde la falta de personal especializado se hace evidente.

De todo lo anterior se desprende el hecho, de que corresponde al psicólogo : la elaboración y planeación de programas de desarrollo ; la estructuración de sistemas preventivos de las alteraciones en el desarrollo; el

establecimiento de formas efectivas para minimizar el daño cuando este se hace presente; la detección precoz de los problemas relacionados con el desarrollo infantil, tanto en ambientes institucionales como familiares; la búsqueda constante de nuevos y mejores sistemas de intervención, evaluación y control. Todas estas actividades encuentran su máxima al implementar la estimulación temprana como estrategia.

En México, este tipo de actividades se hacen más indispensables debido al elevado índice de población desfavorecida, al limitado o nulo número de profesionistas dedicados a la intervención temprana, y a la falta de un genuino sistema de investigación científica.

En parte, el psicólogo ha permitido que se le relegue, que se le designen actividades de segundo plano, que se le considere como un subprofesionista, y todas esas acciones, que le han impedido que trascienda como profesionista. Al tomar un papel más activo, orientado al trabajo comunitario más que al trabajo individualista; y sobre todo, encaminado a la planeación para la prevención, más que a la sola tarea de la solución de problemas, irá adquiriendo la importancia que le corresponde como profesionista.

Afortunadamente, con el trabajo que el psicólogo ha efectuado en los últimos años, ha ido cambiando su imagen. Ha logrado que se le respete como profesionista y como persona preparada. En la atención especial, mucho le ha ayudado a esto la modificación de conducta y sobre todo el interés por crear estrategias, que han tomado como base las condiciones sociales imperantes.

En la atención especial, el psicólogo debe ser el profesionista que debe desempeñar uno de los papeles principales, ya que el tiene la preparación específica para coordinar y estructurar los planes de trabajo. La modificación de

conducta le aporta una importante base teórica, y una serie de técnicas y metodología que ha demostrado ser efectiva en la práctica. El psicólogo debe dejar de desempeñar papeles secundarios, ya que posee conocimientos que sólo brinda su profesión y que son de gran importancia en el trabajo individual o multidisciplinario. El trabajo en el equipo multidisciplinario ofrece una buena perspectiva para que el psicólogo pueda desarrollarse ampliamente y demuestre su real valía.

El psicólogo debe de desempeñar el papel principal en cuanto a la atención especial ya que él decide que niño requiere una atención individualizada o grupal, quién la requiere en forma continua o en forma esporádica. Es el encargado de presentar los resultados de las valoraciones diagnósticas a los padres, estructura los pasos del tratamiento, decide cuando el niño debe ser dado de alta parcial o total, cuando debe ser canalizado a educación especial y algunos otros procesos que tienen que ver con la atención especial.

Al tener el psicólogo ingerencia sobre situaciones que repercutan beneficiando a grandes sectores de población, irá adquiriendo la importancia que le corresponde.

### **3. 6. 2. El papel del equipo multidisciplinario en la estimulación temprana.**

Es importante tomar en cuenta que no es sólo un profesional el que evalúa y estructura un plan de acción sin dejar de atender una gran cantidad de problemas que han de perjudicar posteriormente el desarrollo global del niño.

Es por esto que se hace preciso la creación de equipos multidisciplinarios que incluyan, además de psicólogos, médicos y educadores, a diversas personas especializadas en las áreas de terapia física, rehabilitación del lenguaje y

asistencia social. De este modo, cada diagnóstico irá seguido por una asistencia que incluirá las recomendaciones de todos y cada uno de los componentes del equipo. Este deberá estar compuesto esencialmente por :

- Psicólogo
- Neurólogo
- Pediatra
- Asistencia Social
- Logopeda
- Fisioterapeuta
- Maestros especializados en estimulación.

Vamos a analizar a continuación, brevemente, la función de cada miembro dentro de la dinámica global del equipo multidisciplinario :

Psicólogo : Su función ha sido analizada en el apartado anterior.

Neurólogo : Examina el grado de maduración del sistema nervioso e informa de las potencialidades que el niño presenta en cada momento con vistas a la actuación de los restantes especialistas.

Pediatra : Es el encargado de vigilar la salud del niño, previendo los exámenes complementarios que se hayan de realizar en cada momento ( vista, audición, etc.) según las dificultades que en este sentido encuentren los maestros estimuladores.

Asistente Social : Hace visitas periódicas a la casa del niño para conocer los problemas que se le plantean a la familia en la realización de los ejercicios de

estimulación, así como otras cuestiones que pueden limitar la efectividad del tratamiento: problemas de rechazo, armonía familiar, etc. De todo ello informa en las reuniones con los demás miembros del equipo.

Logopeda y Fisioterapeuta: Se ocupan de los problemas de lenguaje y rehabilitación física respectivamente. Ellos evalúan individualmente al niño y dan su opinión en la confección de las áreas de programa que les afectan.

Maestros Especializados : Son los encargados de llevar a la práctica el programa de estimulación, particularmente en sus aspectos perceptivo y conceptual. En las reuniones informan al resto de las personas del equipo de los adelantos del niño, y también de los problemas que se les presentan. De igual modo, están en estrecho contacto con los padres y les enseñan a realizar los ejercicios que aquéllos han de hacer en casa. ( Cabrera y Sánchez Palacios, 1980 ).

Como podemos ver cada uno de los profesionales mencionados anteriormente tienen una determinada función la cual al unirlos en un equipo se logra un mayor desempeño para que en este caso se llegue a la estructuración de un programa de estimulación temprana efectivo de acuerdo a las necesidades de cada niño.

## CONCLUSIONES

Ante la creciente demanda de un servicio de atención especial, se requirió la obtención de datos de la Secretaría de Educación Pública, en cuanto a que en este sexenio se tiene estimado que 14.57 millones de niños ingresarán a la Primaria, de lo cual un promedio del 31.5 % de ellos desertarán a ésta, ya sea por voluntad de no poder concluirla por presentar problemas de aprendizaje, de educación especial o por condiciones múltiples ( sociales, económicas, etc. ). Estos datos son tan sólo una estimación en promedio pero no es una garantía el decremento o incremento de estos datos. Es por esto la necesidad de fomentar e incrementar estrategias sobre las medidas preventivas del retardo en el desarrollo, aplicandose a todo tipo de población; tanto para las causas biológicas, que en este trabajo presentado se tuvo una mayor inclinación hacia ellas debido a que estas causas son difíciles de erradicar ya que más que prevenirlas en un nivel secundario, es evitar su agudización, y claro sin dejar a un lado también a las causas culturales - familiares.

Existen ciertos factores que propician muchos de los problemas en el desarrollo normal de niños menores de 6 años y en general son tres los principales: la pobreza, la falta de información y los servicios insuficientes y deficientes de intervención y prevención a diferentes problemas en el desarrollo de niños pequeños.

Es fácil decir que estos factores están propiciando los diferentes problemas en el desarrollo, pero si revisamos los factores sociales, culturales y

políticos, encontramos que somos todos los que facilitamos, en mayor y menor medida, que estén presentes en nuestra sociedad. Del primer factor, la pobreza no lo somos directamente, pero si estamos inmersos en ella, hasta cierto punto, no podemos hacer nada, a menos que se pueda persuadir a grandes inversionistas o empresarios y crear fuentes de trabajo suficientes para proporcionar empleo a la gran cantidad de desempleados que hay en el País. En lo concerniente a los dos factores restantes, se considera que sí se puede hacer algo, principalmente por parte de todos aquellos que estamos involucrados en la educación y desarrollo del niño, como maestros, médicos, padres, psicólogos, etc.

Al decir que si se puede hacer algo sobre los dos factores restantes, decimos que es en este aspecto donde se vuelve una necesidad el diseñar y dirigir programas a los padres para que les sea entregada información pertinente sobre el desarrollo del niño y así su actitud ante él sea más positiva, y que esta información de ser posible sea de alguna manera obligatoria para futuros padres y/o padres con hijos pequeños.

Es muy importante tomar en cuenta la actitud que toman los padres al recibir la noticia sobre el problema que presenta su hijo. Por lo general los padres pasan por tres etapas: rechazo, culpabilidad y aceptación. Estas tres etapas frecuentemente se superponen. Si alguna de las dos primeras etapas permanecen se sugiere a los padres que recurran a recibir apoyo psicológico. Las reacciones dependerán fundamentalmente de la personalidad de los cónyuges. Sus cualidades morales, culturales y emocionales, y posiblemente otros factores de índole social y económico, se pondrán en juego

(Castells,1977 ). Todo lo anterior debe tomarse en cuenta para saber en que disposición se encuentran los padres para poder integrarlos en determinado momento a un tratamiento adecuado para su hijo.

Habiendose demostrado la importancia que tienen los primeros seis años de vida para el ulterior desarrollo del individuo, se hace imprescindible abarcar ampliamente esta etapa. Como se ha demostrado, la plasticidad que muestra el cerebro, se presenta principalmente en los dos primeros años de vida del ser humano. Ya transcurridos estos, es más difícil conseguir cambios a nivel neuronal. Esto resulta de vital trascendencia para el campo de la atención especial. Los resultados serían más positivos para el niño, si se detecta tempranamente la alteración y en consecuencia se da el tratamiento necesario.

Al hablar de estimulación temprana, detección temprana, atención inicial y atención especial, no me refiero a estos como términos estáticos e independientes, sino que los considero como parte de un todo dinámico que interactúa en diferentes direcciones, y que bien puede constituir sólidamente una estrategia de intervención, para la prevención de las alteraciones en el desarrollo. Estos elementos se conjuntan y encuentran su meta en la disminución notoria de los casos, producto de las condiciones desfavorables de la mayoría de la población.

La estimulación temprana es toda actividad que oportuna y acertadamente enriquece al niño en su desarrollo físico y psíquico. Para lograrlo, autores como Cabrera y Sánchez Palacios (1980) y Samarao (1978),



mencionan que la estimulación temprana debe cumplir con las siguientes características:

- 1.- Brindar una estimulación continua y regulada en todas las áreas sensoriales, sin forzar el curso de la maduración del sistema nervioso.
- 2.- Dar un tratamiento con bases y técnicas científicas.
- 3.- Estimular de acuerdo con la edad y nivel de desarrollo previsto para determinada edad o estimular la etapa siguiente para facilitar las adquisiciones de sus conductas.
- 4.- Tener una orientación preventiva y asistencial.
- 5.- Involucrar objetos pero exigir la relación del niño con el adulto, ya que éste es quien puede proveerle de oportunidades de aprendizaje.
- 6.- Ser una estimulación secuenciada ( día tras día ), sistemática y controlada por evaluaciones periódicas.
- 7.- Estar dirigida a poblaciones con condiciones de riesgo ambiental y/o biológico con el fin de : a) posibilitar la intervención a través de un diagnóstico oportuno y, b) brindar a los niños socialmente desventajados, experiencias en la cantidad y calidad adecuada para lograr un desarrollo normal.
- 8.- Fomentar la relación dinámica y afectiva del niño con sus padres, incorporándose a los patrones de crianza.
- 9.- Finalmente, capacitar a padres y profesionales proporcionando recomendaciones para una estimulación efectiva, según sus necesidades y características.

Todas estas características persiguen el objetivo de brindar al niño lo mejor del medio ambiente para su óptimo desarrollo integral; aún para aquellos niños que presentan un daño orgánico permanente, pues a pesar de ello, estos

niños pueden beneficiarse con la presencia de un ambiente organizado y del afecto de los que le rodean, como lo demuestra la existencia de programas de estimulación temprana para niños con algún retardo en el desarrollo.

En nuestro país se hace imprescindible encontrar soluciones que puedan generalizarse a la mayoría de los estratos de población, una de estas lo constituye sin lugar a dudas, la intervención temprana como un todo integrado. Esto permitiría disminuir sustancialmente los casos que se presentan por deficiencias en la atención de los primeros años de vida del individuo. Si este proceso se completa, se está previniendo en la forma de agudización, las alteraciones en el desarrollo.

A la hora de aplicar un programa de estimulación temprana, se deben tomar en cuenta a los siguientes aspectos como factores básicos: diagnóstico precoz; intervención temprana; programas centrados en el hogar; participación de los padres, especialmente de la madre como agente de estimulación, además con injerencia directa en la programación de actividades y de materiales, y en el sistema de evaluación del desarrollo del niño; promover en el niño la creatividad y la curiosidad, más que la repetición de ejercicios o la obtención de ciertos resultados finales; es importante tomar en cuenta la edad del niño al comenzar el programa; la duración del programa; y finalmente, buscar sobre el cómo se enseña más que lo que se enseña. En síntesis podemos afirmar que a través de los años la intervención temprana ha demostrado ser una eficaz acción en favor de los niños que presentan algún tipo de alteración en el desarrollo.

Ahora bien, en nuestra situación de país tercermundista, disponiendo de escasos recursos humanos y materiales, parece casi imposible llevar programas de este tipo hacia la población más empobrecida. Sin embargo, como menciona Montenegro ( 1978 ), " para mejorar la calidad de vida no todo depende de la riqueza económica de un país ". Esto es, que se deben diseñar estrategias, que en este caso, se puedan basar en la estimulación temprana para que cambien al individuo de tal manera, que sea un agente responsable y racional de su propio bienestar físico, mental y social. Siendo así, la relevancia de la estimulación temprana, no sólo radica en ser un poderoso agente preventivo del retraso mental; su significado más profundo está en constituir un elemento moderador de la personalidad del ser humano y, por ende, de la sociedad. En esta misma perspectiva, las estrategias de la intervención o estimulación temprana, deben de entenderse no como una imposición de valores o patrones culturales, sino como un esfuerzo para proporcionar las condiciones necesarias para que las capacidades funcionales del individuo se desarrollen óptimamente, en cualquiera que sea su contexto social donde esas funciones se vayan a desplegar.

La intervención temprana puede ser un recurso valioso para los padres y hermanos en tres áreas. Primero, los programas pueden ayudar a las familias para ajustar al niño con desventajas. Segundo, los programas pueden ayudar a los cuidadores para adquirir las destrezas a fin de manejar efectivamente al niño en el hogar. Tercero, los programas pueden ayudar a las familias a obtener otros beneficios tales como consejo, servicios sociales, asistencia médica apropiada o cuidado del niño. Sin tales ayudas esenciales para las

familias, la probabilidad de alineación a partir del niño es creciente, con el resultado de que ni éste ni los miembros de la familia consiguen o mantienen un ajuste adecuado entre sí. Los programas de intervención temprana pueden ser pivotes para muchas familias en la evolución de una relación aceptable con el miembro en desventaja. Tal aceptación llevaría a mantener al individuo con desventajas dentro de la comunidad. Evitando así su institucionalización. ( Bricker, 1989 ).

Al utilizar la estimulación temprana como una estrategia de intervención, se está cubriendo ampliamente a la demanda existente. Esto es debido a que la estimulación temprana hace énfasis en aspectos colectivos más que individuales; en acción preventiva mas que remedial; y en que se considere a los primeros años de vida etapa de formación, mas que etapa de transición.

La estimulación temprana es la parte central donde confluyen una serie de aspectos para dar validez a la prevención del retardo. Al mismo tiempo, es la coyuntura que le permite al psicólogo tomar la relevancia necesaria que le corresponde como profesionalista. Por lo mismo, el psicólogo debe servirse al máximo de este momento para retomar los aspectos que le permitan atender a un número mayor de población. Debemos de estructurar, de planificar y de coordinar las acciones, que son las idoneas para la mayoría de la población.

El psicólogo tiene las habilidades necesarias para participar como miembro activo de un grupo de intervención temprana, e inclusive de ser el coordinador de éste, ya que sus conocimientos, producto de un curriculum objetivo, le permiten aplicar la metodología necesaria para el buen funcionamiento de éste. De esta forma, el psicólogo dentro de un grupo de

intervención temprana buscará: la acción colectiva más que la individual; la prevención mas que la acción remedial; y la desprofesionalización del conocimiento más que la continuación formal del mismo.

En cada una de las áreas donde el psicólogo se desarrolle profesionalmente, se debe buscar la promoción para darle la validez necesaria a la profesión; esta será a través del trabajo coordinado, de la planeación acertada, de la ética profesional y de ese gran interes de ayudar a la población desfavorecida. Los beneficios serán en ambas direcciones, se ayuda a grandes cantidades de población y el psicólogo obtiene la relevancia necesaria. En este sentido, algunos curriculares de la formación del psicólogo han ayudado, ya que se han orientado a proporcionar una formación más acorde con la situación social imperante. Es decir, el psicólogo se forma inmerso en la problemática de las mayorías dando soluciones viables. Por consiguiente, los psicólogos que hemos tenido la oportunidad de formarnos con estos aspectos, debemos buscar promocionar constantemente la profesión psicológica.

## BIBLIOGRAFIA

- Adler, R. ( 1974 ). Biología del desarrollo y malformaciones congénitas. Argentina. Edit. El Ateneo.
- Atkin, L., Supervielle, T., Cantón, P., Sawyer, R. ( 1987 ). Paso a Paso. Como evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños. México. UNICEF. Edit. Pax.
- Baker, B. ( 1980 ). ¿ Cómo enseñar a mi hijo ?. España. Edit. Pablo del Río.
- Bijou, S., Baer, D. ( 1975 ). Psicología del desarrollo infantil. Vol. 2. México. Edit. Trillas.
- Bralic, S., Lira, M. ( 1978 ). " Experiencias Tempranas y Desarrollo Infantil ". En: Bralic, S., Haeussler, I. M., Lira, M., Montenegro, H., Rodríguez, S. Estimulación Temprana. Santiago de Chile. UNICEF.
- Bricker, D. ( 1989 ). " Un Análisis de los Programas de Intervención Temprana: consecuencias que se derivan y direcciones futuras ". En: Morris R. y Blott B. Educación Especial, Investigaciones y Tendencias. Buenos Aires. Edit. Médica Panamericana.
- Bricker, D. ( 1991 ). Educación temprana de niños en riesgo y disminuidos, de la primera infancia a preescolar. México. Edit. Trillas.

Butnarescu, G., Tillotson, D., Villareal, P. ( 1983 ). Enfermería Perinatal. México. Edit. Limusa.

✓ Cabrera, M. C., Sánchez Palacios, C. ( 1980 ). La estimulación precoz : un enfoque práctico. Madrid. Pablo del Río , Editor.

Callen, P. ( 1991 ). Ecografía en obstetricia y Ginecología. Argentina. Edit. Médica Panamericana.

Castells, P. ( 1977 ). Los subnormales. España. Edit. Dopesa.

Colotla, V., Gallegos, X. ( 1981 ). "La psicología en México". En : Ardila, R. La profesión del psicólogo. México. Edit. Trillas.

\* Contreras, M.M, Rosas, R.M.( 1993 ). "Rubros que debe contener un programa de estimulación temprana para niños de una población mexicana con alto riesgo ambiental". TESIS. México. ENEPI.

Davison, G., Neale, J. (1983 ). Psicología de la conducta anormal. México. Edit. Limusa.

Diccionario breve de Medicina de Blakiston. ( 1983 ).México. Edit. La Prensa Médica Mexicana. S.A. de C.V.

- Domínguez, M. ( 1991 ). " Aspectos médicos en la atención de niños con retardo en el desarrollo". En : Galguera, I., Hinojosa, G. El retardo en el desarrollo. Teoría y práctica. México. Edit. Trillas.
- Ey, H., Bernard, P., Brisset, Ch. ( 1980 ). Tratado de Psiquiatría. España. Edit. Toray-Masson.
- Faw, T.( 1982 ). Teoría y problemas de Psicología del niño. México. Edit. Mc Graw -Hill.
- Galguera, I.,Hinojosa, G.,Galindo, E. ( 1991 ). El retardo en el desarrollo.Teoría y práctica. México. Edit. Trillas.
- Galindo, E. ( 1981 ). " El concepto de retardo en el desarrollo y sus implicaciones para la enseñanza y el entrenamiento". En : Galguera, I., Hinojosa, G., Galindo, E. El retardo en el desarrollo. Teoría y práctica. México.1991. Edit.Trillas.
- Galindo, E., Bernal, T., Hinojosa, G., Galguera, Ma. I.,Taracena, E., Padilla, F., ( 1990 ). Modificación de conducta en la educación especial. México. Edit. Trillas.
- García, J. ( 1988 ). Estancia Infantil de atención especial: Una alternativa para la prevención del retardo. Reporte de trabajo profesional. México. ENEPI.



Haeussler, I., Rodríguez, S. ( 1978 ). "Programa de estimulación temprana. Una revisión crítica". En :Bralic, S., Haeussler, I., Lira, M., Montenegro, H., Rodríguez, S. Estimulación Temprana. Santiago de Chile. UNICEF.

Iffy, L., Kaminetzky, H.( 1986 ). Obstetricia y Perinatología. Argentina. Edit. Médica Panamericana.

Ingalls, R. ( 1982 ). Retraso Mental: La nueva perspectiva. México. Edit. El Manual Moderno.

✓ Jordi, S. ( 1989 ). La estimulación precoz en la educación especial. España. Edit. C.E.A.C.

Langman, J. ( 1976 ). Embriología Médica. Desarrollo humano normal y anormal. México. Edit. Interamericana.

Leontiev, A. ( 1973 ). " Los principios del desarrollo mental ". En : Luria, Leontiev, Vigotsky. Psicología y Pedagogía. España. Akal Editor.

Mares, A. ( 1984 ). " Aspectos a considerar en el trabajo del psicólogo ante el problema del retardo en el desarrollo ". En : Galguera, I., Hinojosa, G., Galindo, E. El retardo en el desarrollo. Teoría y práctica. México, 1991. Edit. Trillas.

- Miller, M., Brooten, D. ( 1987 ). Enfermería Materno Infantil. España. Edit. Interamericana/ Mc Graw Hill.
- Montenegro, H. ( 1978 ). " Consideraciones generales sobre estimulación temprana ". En :Bralic, S., Haeussler, I., M., Lira, M., Montenegro, H., Rodriguez, S. Estimulación Temprana. Santiago de Chile. UNICEF.
- Moore, K. ( 1989 ). Embriología Clínica. México. Nueva Editorial Interamericana.
- Mora, J. ( 1979 ). Períodos óptimos de intervención en niños en situaciones de pobreza. Santiago de Chile. CEPAL- UNICEF.
- Naranjo, C. ( 1981 ). Algunas lecturas y trabajos sobre estimulación temprana. México. Edit. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Palacios, J., Picazo, E. ( 1983 ). Introducción a la Pediatría. México. Editor Francisco Méndez Oteo.
- Reeder, S., Mastroianni, L., Martin, L. (1990). Enfermería Materno Infantil. México. Edit. Harla.
- Ribes, E. ( 1975 ). " Algunas consideraciones sobre la prevención del retardo en el desarrollo ". En : Galguera, I., Hinojosa, G., Galindo, E. El retardo en el desarrollo. México, 1991. Edit. Trillas.

Ribes, E. ( 1979 ). " La interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en la enseñanza de la psicología. En : Memorias de las III jornadas sobre problemas de enseñanza aprendizaje en el área de la salud. ENEPI.

Ribes,E., Fernández, C., Rueda, M.,Talento, M., López, F.(1986).Enseñanza, Ejercicio e Investigación de la Psicología. Un modelo Integral. México. Edit. Trillas.

Samarao, B.J. (1978 ) " Prevención y tratamiento temprano de las deficiencias mentales y de la parálisis cerebral. En : Síndrome de parálisis cerebral. Prevención, diagnostico y tratamiento. Buenos Aires. Edit. Médica Panamericana.

Sarason, I., ( 1975 ). Psicología Anormal. Los problemas de la conducta desadaptada. México, Edit. Trillas.

Secretaría de Educación Pública. Programa de Desarrollo Educativo,1995-2000.

Shonkoff, J. ( 1986 ). Plasticidad del Sistema Nervioso Central. 3a. Reunión Nacional del DIF sobre Rehabilitación . México. ( Conferencia ).

Tjossen, T. (1981). Nuevas tendencias en Prevención y Estimulación Temprana.  
1er. Congreso Nacional sobre Deficiencia Mental. México.  
Memorias. SEP- Dirección General de Educación Especial.

Vazquez, M. (1986). Prevención del retardo en el desarrollo psicológico: diseño  
de un programa institucional comunitario. Tesis. ENEPI. México.