



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Aspectos Históricos de la Atención Temprana: de los fundamentos
al panorama actual

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

Andrés Estanislao Rupit Ascención

Director: Dra.
Dictaminadores: Mtra.
Lic.

Irma Rosa Alvarado Guerrero
Patricia Anabel Plancarte Cansino
María de Lourdes Jiménez Rentería

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Antes que nada le agradezco a Dios y a la virgen de Guadalupe por haberme dado la oportunidad de poder disfrutar este momento tan importante de mi vida, así como otorgarme la oportunidad de vivir tantos buenos momentos, obtener tantas experiencias y lograr mis objetivos así como alcanzar mis metas.

Durante este viaje, al que también se le conoce como vida, he conocido a muchas personas, las cuales han marcado en poco o en mucho mi existencia; por medio de estas pequeñas palabras quiero agradecer a todas aquellas personas que llegaron a mi vida me dejaron algo y se fueron, a aquellas otras que aparecieron, me enseñaron alguna lección y se acomodaron en mi vida esperando a que aprendiera la misma para después partir, a unas mas que se fueron sin previo aviso y que últimamente han regresado para compartir nuevos capítulos de mi historia, a todos ellos muchas gracias porque sin ustedes mi trayecto en este mundo no estaría lleno de recuerdos, de experiencias y de vivencias que me han permitido ir moldeando mi personalidad.

Sin embargo y muy especialmente quiero agradecerle a todas aquellas personas que han marcado mi vida profundamente, con las que he compartido tanto las subidas como las bajadas de esta montaña rusa de experiencias, de las que he aprendido mucho y las cuales siempre permanecerán en mi corazón no importando ni el tiempo ni la distancia.

A mi directora de Tesina, la profesora Irma, a quien le agradezco por todo el tiempo y la paciencia que me tuvo, gracias profesora porque siempre creyó en mí, por la dedicación y el apoyo que siempre me brindo, por siempre alentarme a terminar este proceso. Siempre le estaré agradecido.

A mi Madre que me enseñó que cuando se quiere algo, se lucha por ello y se trabaja duro hasta alcanzarlo; gracias Mamá por todo el esfuerzo hecho durante tantos años, por siempre estar conmigo, por los cuidados, por los consejos, por los abrazos, por nunca desistir en hacer de esté, un hombre de bien, te quiero mucho.

A Alberto mi hermano, mi compañero de juegos, de travesuras, mi gran apoyo, gracias por enseñarme que a la vida no siempre hay que tomarla tan en serio, que al fin y al cabo nadie sale vivo de ella, gracias por enseñarme el lado positivo de las cosas, por enseñarme a reír en lugar de llorar.

A mis tíos Esperanza, Rosalba y Gonzalo, porque nunca me dieron la espalda y hasta el día de hoy siguen enseñándome que la familia siempre estará ahí, sin importar lo lejos que se encuentre.

A Jovanna, Berenice Bautista, Fabiola, Omar, Juan Carlos y Antonio, gracias por haber hecho de la Universidad, un viaje extraordinario, emocionante y divertido, por todas las risas, las experiencias, las aventuras, gracias porque en ustedes encontré más que amigos, almas en sintonía, espero sigan siendo parte de mi vida.

A las profesoras Lourdes y Patricia, mis asesoras de tesis, gracias a su orientación y apoyo mi trabajo fue sumamente enriquecido, además de que su amabilidad y disponibilidad hizo de este proceso algo muy llevadero y menos complicado.

A mi abuelita y en especial a ella, por ser la persona que más admiro, gracias abue, por haberme dado todos los valores, por haberme educado para ser una buena persona, por ser mi segunda madre, por consentirme y por cuidarme, por enseñarme que lo único que hace falta para alcanzar los sueños es esforzarse aun mas por ellos, que nada es imposible. Gracias por todo abuelita, te quiero mucho

A Berenice García, la mujer más importante en mi vida, gracias por todo el apoyo, por siempre creer en mí, por levantarme cuando me caí, por todos los consejos, por siempre estar a mi lado, por siempre estar cuando más te necesite, este triunfo también es tuyo.

A Enrique y Martha, que me enseñaron que hermanos no solo son los que llevan la misma sangre, gracias por siempre extenderme su mano, por nunca dejarme solo, por todos los buenos recuerdos, por enseñarme que la amistad es para siempre.

A Fernando y a Daniela, quienes llegaron a mi vida sin esperarlos y se han convertido en dos de mis más grandes amigos, gracias por todo el tiempo que me han escuchado por todos los consejos, por acompañarme en los momentos mas difíciles de mi vida.

ÍNDICE TESINA

Introducción	1
1) Antecedentes que sustentan la Atención Temprana	7
1.1 La Educación Infantil Temprana	9
1.2 Breve historia de los servicios de Salud Materno-Infantil	13
1.3 La Educación Especial.	16
2) Recorrido histórico de la Atención Temprana	20
2.1 Etapas de formación de la Atención Temprana	20
2.1.1 Inicios	20
2.1.2 La década de los sesenta	24
2.1.3 La década de los setenta	25
2.1.4 La década de los ochenta	27
2.1.5 La década de los noventa y situación actual	29
2.2 Niveles de prevención	33
2.3 Evolución del concepto	36
2.4 La Atención Temprana en el marco legal	39
3 Disciplinas científicas y teorías que fundamentan a la Atención Temprana	42
3.1 Psicología del Desarrollo	42
3.1.1 Concepto de desarrollo	42
3.1.2 Algunas teorías que abordan el desarrollo infantil	46
3.1.2.1 Teorías psicoanalíticas	46
3.1.2.2 Teorías conductuales	50
3.1.2.3 Teorías evolutivas	52
3.1.2.4 Teorías cognoscitivas	54
3.2 Psicología de la conducta	58
3.3 Neurología Evolutiva	61

4	La Atención Temprana en México	69
4.1	Breve historia de la educación inicial en México	69
4.2	La Estimulación Temprana en México	75
5	El equipo multidisciplinar y el papel del psicólogo dentro la Atención Temprana	82
5.1	La Atención Temprana y el equipo multidisciplinar	82
5.2	El papel del psicólogo dentro de la Atención Temprana	87
	Conclusiones	94
	Bibliografía	100

INTRODUCCIÓN

El crecimiento y desarrollo tanto del bebé como del niño es un mundo muy frágil y fascinante, esto debido a que los humanos requerimos de muchos cuidados y atenciones médicas; de alimentación, de estímulos adecuados y de un entorno estable lleno de afecto para que nuestro desarrollo sea óptimo (Ordoñez & Tinajero, 2006). Es por esto, por lo que la existencia del ser humano no depende sólo de la programación genética, sino además, de lo que el medio sea capaz de brindarle a través de los estímulos (Lias, Estupiñan & Rodríguez, 2010).

Lias et al. (2010), aclaran que el término estimulación es tan viejo como el surgimiento de la humanidad, tiene sus orígenes en la idea de brindar estímulos al niño pequeño, sin embargo, no es hasta que se reconoce a la infancia como un periodo importante de la vida, que se comenzaron a realizar acciones para atender al menor; enmarcadas en las primeras décadas del siglo XIX en escritos como el de Johann Heinrich Pestalozzi “De cómo Gertrudis educa a sus hijos” o el de Friedrich Froebel en “Cartas dirigidas a las mujeres de Keilhau”, donde se orientaban a las madres para que organizaran la educación de sus hijos de una manera más consciente.

A lo largo de las primeras décadas del siglo XX, las cuestiones relacionadas con el desarrollo del niño comenzaron a ser ubicadas dentro de paradigmas que reflejaban las influencias de la genética y de la experiencia individual. Algunas de las principales orientaciones sobre este tema surgieron en esta época, como la teoría de Freud acerca de las etapas psicosexuales y la conceptualización de los dos primeros años de vida como el periodo principal del desarrollo, Gessell y su definición de desarrollo como un proceso continuo que se inicia con la fertilización y va evolucionando a través de etapas escalonadas cada vez más complejas que las anteriores y, por su parte, Piaget que había iniciado sus estudios sobre el desarrollo sensoriomotor de sus hijos (Vélez & Resendiz, 2002).

En seguida de un lapso donde circunstancias tales como dos guerras mundiales y un largo periodo de tiempo donde no hay casi investigaciones acerca de

la niñez y su proceso de evolución (Gómez, Vígner & Cantero, 2003); en la década de los 70s surgieron en Estados Unidos los primeros programas de atención primaria, los cuales iban dirigidos a la educación compensatoria, es decir, pretendían medir la importancia de la intervención ambiental para el desarrollo de la inteligencia. Estos proyectos se pusieron en marcha con una gran inversión económica, y los que más auge tuvieron fueron los dirigidos a niños con problemas sociales. El más importante fue el llamado “Head Start”, que estaba avalado por dos leyes de igualdad de oportunidades. A partir de esta década se comienza a utilizar el término “estimulación precoz” (Coletto, 2010).

El término Estimulación Temprana fue definido como “la detección y el diagnóstico de los trastornos del desarrollo y posibles situaciones de riesgo” (Coletto, 2010). Este concepto entra en la denominada prevención secundaria. Por lo tanto se entendió como una actuación enmarcada en la prevención temprana, en un marco de acción muy reducido.

Álvarez (2004) dice que “los progresos de la investigación, particularmente los que guardan relación con el desarrollo orgánico, psíquico, y funcional del individuo, han demostrado que las experiencias que sufre el hombre durante la vida influyen tanto en su desarrollo psíquico como en su conducta” (pág. 5). Más adelante continua diciendo acerca del individuo y sus experiencias, “...distintos teóricos aceptan el supuesto básico de que el individuo es una unidad íntegra e indisoluble, en la que lo orgánico actúa como un agente determinante de lo psíquico y viceversa (pág. 6)”; de igual forma aceptan que existen distintas experiencias que afectan lo psíquico y este rubro provoca retrasos en el desarrollo.

Numerosas investigaciones centradas en explorar el proceso a través del cual los resultados del desarrollo pueden ser afectados por el contexto de crianza, y otras más dirigidas a estudiar las consecuencias adversas de la privación en el desarrollo temprano, además de las aportaciones de los distintos campos profesionales que abordan el tema, han ido provocando un cambio continuo y

progresivo en la forma de conceptualizar la intervención temprana, (Gómez, et al., 2003).

El concepto de Estimulación Temprana ha ido evolucionado progresivamente, actualmente el término más adecuado es el de Atención Temprana, definido como; “el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tiene por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos, estas intervenciones que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar” (Libro Blanco de Atención Temprana, 2001).

Conforme se ha ido avanzado en el desarrollo de la Atención Temprana, diferentes aproximaciones teóricas que explican el desarrollo infantil, han ido conformando la base de ésta. Para Cabrera y Sánchez (1987, citado en Vélez & Resendiz, 2002) los campos de estudio principales son la Neurología Evolutiva, la Psicología de la Conducta y la Psicología del Desarrollo.

La Neurología Evolutiva es la disciplina científica que aporta el concepto de “neuroplasticidad”, propiedad esencial del cerebro que contribuye a promover su desarrollo. Gracias a esta cualidad, el cerebro puede ser modulado y modificado por las influencias ambientales; recibir, almacenar y evocar la información y compensar o corregir, en grado variable, la pérdida ocasionada por alguna lesión (Flores, 2005).

Por otra parte, la Psicología de la Conducta dentro de la Atención Temprana, está basada en los principios teóricos del condicionamiento operante, y en la teoría de la bioecología (Bronfenbrenner, 1979; citado en Gómez, et al., 2003). Esta disciplina científica ha dado lugar a dos premisas básicas que guían a la Estimulación Temprana:

- 1.- Se puede enseñar a los niños a comportarse aunque presenten condiciones de retraso.

2.- Para los programas de Atención Temprana sólo es relevante el análisis de la conducta actual, asumiendo que las relaciones entre la conducta del niño y el ambiente son directamente observables.

La Psicología del Desarrollo por otro lado, estudia el origen y la evolución de la conducta a través de las diferentes etapas por las que pasa el organismo humano desde el momento de la concepción hasta la muerte (Vélez & Resendiz, 2002).

Dentro de esta disciplina, el estudio del desarrollo infantil tiene implicaciones prácticas e inmediatas, su objetivo no es sólo describir y explicar la manera como se desarrollan los niños, sino también predecir o modificar su progreso cuando sea necesario (Papalia, Wendkos & Duskin, 2005).

Como es de notarse, la prevención y atención de los trastornos del desarrollo infantil han tenido diferentes respuestas a lo largo del tiempo, de acuerdo con las características científicas y asistenciales de cada momento, y dependiendo del lugar del planeta donde se han dado estas respuestas. A medida que la Atención Temprana -término que en la actualidad se considera como el que abarca de una mejor forma todas las actividades asistenciales que se hacen a favor de la población infantil con retrasos en el desarrollo o con riesgo de padecerlos-, (Arizcún, Gútiérrez & Ruiz, 2006), se ha afianzado como recurso de atención a las necesidades de esta población, se han ido desarrollando diferentes iniciativas en relación con la organización de los servicios asistenciales, así como medidas relativas a la formación de los profesionales.

Se han elaborado estatutos como la ley 36/1978 en España (Arizcun, et al., 2006) que están dirigidas a institucionalizar los servicios de Atención Temprana. Sin embargo, en América Latina los programas de Estimulación Temprana se han caracterizado por tener baja cobertura y porque sus hallazgos no han sido puestos al auxilio de los servicios masivos gubernamentales, muchos de estos de gran importancia, ni siquiera son conocidos por las personas que tienen a su comando la dirección del Estado, (Álvarez, 2004).

En México, por otro lado, recientemente se han comenzado a organizar programas de Estimulación Temprana que abarcan a niños de 0 a 2 años, tales como el de “Arranque Parejo en la Vida” (Secretaría de Salud, 2002). Por consiguiente, los profesionales de la salud que atienden a niños con necesidades educativas especiales y con alto riesgo de padecerlos deben dejar de trabajar exclusivamente centrados en el niño y emprender un nuevo camino hacia la participación comunitaria, sobre todo de la familia, como bien lo aclaran Robles, Arguelles y Poch (2008) que dicen; “esta intervención se pone en marcha de manera efectiva cuando las diferentes instituciones se encuentran coordinadas entre sí (salud, educación y asuntos sociales) y estos a su vez están coordinados con la familia, ya que el papel de esta última es de mucha importancia en el proceso” (pág. 89).

Hoy en día, se habla de que en México hay 10,052,000 niños de 0 a 4 años de edad (INEGI, 2010) y se dice que la Estimulación Temprana se debe proporcionar a todos los niños sin importar si tienen alguna discapacidad o no, o si tienen riesgo de padecerlas o no, por lo tanto es importante que se comience a difundir esta forma de atender a esta población, no sólo en los centros de salud, sino también involucrando a la comunidad y sobre todo a la familia en este asunto.

Hay que tener en cuenta que el desarrollo de los programas de Estimulación o Atención Temprana se basan en tres argumentaciones teóricas, las cuales dicen (Candel, 2003):

- 1.- Los niños con problemas en el desarrollo o con alto riesgo de padecerlos, necesitan una experiencia temprana mayor a la de otros niños.
- 2.- El progreso evolutivo mejora en los niños con problemas que participan en programas de Atención Temprana.
- 3.- Son necesarios programas que cuenten con personal especializado para ayudar a proporcionar la experiencia temprana requerida para compensar las dificultades del desarrollo.

Es por esto que, los profesionales de la salud en México, que trabajan en el ámbito de la Estimulación Temprana o que están interesados en trabajarlo, consecuentemente, deben de conocer este tema a profundidad, desde sus antecedentes, los fundamentos que lo sostienen y cómo ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, para así saber cómo atender las necesidades actuales de la infancia, como interesar a la comunidad en general y así lograr el apoyo necesario para llevar a cabo dichos programas en total coordinación y mutuo beneficio.

Por lo tanto el objetivo de este trabajo es dar un breve panorama histórico de la evolución del concepto de la Atención Temprana desde sus inicios como Estimulación Temprana hasta la actualidad, y en este proceso mencionar cuál ha sido el papel del psicólogo. Cuando se conoce la historia y la fundamentación teórica de algún tema, se comienza a dilucidar cuál es el campo de acción que compete a cada profesional inmiscuido dentro del tópico como bien lo aclaran Gómez et al., (2003) quienes dicen que al conocer los antecedentes, origen y evolución de un campo de investigación se puede llegar a comprender el concepto y así conocer su objeto de estudio y su ámbito de acción, para posteriormente poder trabajar en ello.

Una vez que el concepto sea comprendido y se sepa cuál es su objeto de estudio, será posible comenzar a realizar un ejercicio de evaluación para identificar fortalezas y debilidades y redirigir los conceptos, evidencias y objetivos a fin de lograr un mayor progreso en la optimización del desarrollo de los infantes.

Por lo tanto se revisarán los siguientes temas: antecedentes que sustentan la Atención Temprana, un breve recorrido histórico de la Atención Temprana, las disciplinas científicas y teorías que fundamentan a la Atención Temprana, la Atención Temprana en México y el equipo multidisciplinar y el papel del psicólogo dentro la Atención Temprana.

1.- ANTECEDENTES QUE SUSTENTAN LA ATENCIÓN TEMPRANA

El ser humano al nacer y durante los primeros meses de su existencia, es totalmente incapaz de valerse por sí mismo, depende por completo de las atenciones, consideraciones y comodidades que le son proporcionadas por el entorno que le rodea, ya sea por medio de sus padres, sus familiares o las personas que tienen a cargo sus cuidados y consideraciones.

Es en estos primeros tiempos de su vida donde se desarrolla la personalidad, la inteligencia y se estimulan los sentidos; sin embargo, este proceso puede verse afectado por diversos factores, que pueden tener orígenes biológicos, familiares, ambientales, sociales o culturales; los cuales pueden alcanzar a producir daños irreversibles en el desarrollo óptimo del niño.

Debido a la probabilidad latente de que el desarrollo del infante se vea perjudicado por diferentes causas, resulta de gran importancia aprovechar los periodos sensitivos de la niñez para alcanzar así el máximo desarrollo del pequeño; esto se puede lograr a través de la llamada Estimulación o Atención Temprana, definida como “un conjunto de actividades encaminadas a proporcionar al niño de 0-6 años de edad, a la familia y al entorno, las experiencias necesarias para dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los infantes con déficits en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos, de modo que se integre de mejor manera a su entorno familiar, escolar y social, así como lograr su autonomía personal” (Libro Blanco de Atención Temprana 2001, pg. 13).

Pero, ¿qué es la Estimulación o Atención Temprana?, ¿cuál es su origen?, ¿qué circunstancias favorecieron la aparición de este concepto?; en este primer apartado se hablará de los acontecimientos que propiciaron, o dieron la base para que este concepto tuviera el auge que hoy en día ha alcanzado a nivel mundial.

Hoy se sabe que la Estimulación Temprana es un espacio donde convergen los conocimientos de diferentes disciplinas científicas como son: Medicina, Psicología, Pedagogía, Neurología y Pediatría, las cuales tienen como objeto de estudio alguna dimensión del niño; estos conocimientos, se convierten en una respuesta real de intervención en el desarrollo psicológico y físico del pequeño (Milla & Mulas, 2005).

Por lo tanto, es importante conocer y comprender qué es lo que enmarca el concepto “Estimulación o Atención Temprana” y cuál es su objeto de estudio. Para lograrlo, como bien lo aclaran Gómez, Viguer y Cantero (2003), lo primero que hay que hacer es reconocer sus antecedentes, sus orígenes y la evolución de éste, para así, posteriormente poder evaluar qué ha sucedido en México respecto al tema y así, comprender si el trabajo del psicólogo debe continuar por el camino ya determinado o, por el contrario, conviene redirigir los objetivos ya establecidos para lograr un mayor progreso en la optimización del desarrollo de los infantes.

Es un reto realizar un recorrido histórico acerca de un campo de estudio en donde convergen las ideas de tan distintas disciplinas, además de presentarse como un desafío no exento de dificultades, esto se debe en gran medida a que muchos aspectos históricos de la Atención Temprana no han dejado testimonio para su estudio, además de que su devenir a lo largo del tiempo ha sido ciertamente disperso e inconexo. Por lo tanto, el presente trabajo está dirigido a resaltar algunos de los nombres y los hechos más importantes que han posibilitado que este campo de estudio ocupe actualmente un lugar estratégico e indiscutible en la prevención e intervención sobre las discapacidades en la infancia. Es así como el primer paso a seguir es vislumbrar cuáles fueron los sucesos históricos que permitieron la aparición de los primeros pasos de la Atención Temprana.

De este modo y concordando con Gómez et al., (2003) las circunstancias dadas dentro de tres campos de estudio distintos, como lo son, las sucedidas dentro de la historia de la Educación Infantil Temprana, la de los servicios Materno-Infantil,

así como la historia de la Educación Especial fueron algunos de los más importantes sucesos que posibilitaron la aparición de la Atención Temprana.

1.1 La Educación Infantil Temprana

La historia de la educación infantil, así como se podría decir prácticamente de todas las historias especializadas, no es una historia lineal en la que primero existan unas teorías y prácticas, para que luego se sucedan otras, y estas primeras queden obsoletas; no hay autores que anulen a los anteriores, no hay etapas precisas y, en cada momento o corte histórico se pueden encontrar realidades muy diversas y a su vez, corrientes que responden a ciertos presupuestos teóricos que, incluso a veces, al ser analizadas se ajustan a otros modelos teóricos distintos, a veces muy diferentes entre sí y a veces demasiado parecidos. Debido a esto, no es una historia que esté exenta de convergencias con otros campos de estudios, ni tampoco deja de tener sucesos propios de su historia.

Por principio de cuentas, es importante recordar como en la Edad Media los niños que tenían siete años o más, ya eran considerados como adultos en miniatura y tenían casi por completo responsabilidades correspondientes a la edad adulta; es decir, si un niño contaba con siete años de edad podía ser colocado como aprendiz de algún oficio, o, por el contrario, si poseía alguna inclinación académica, era merecedor a ser enviado a la universidad a nivel semejante a la de los jóvenes escolares (Theron, Rodin & Gorman, 2003).

Más adelante, en Europa, en el siglo XVI se dio una época de grandes disturbios sociales, religiosos y económicos, en parte debido al Renacimiento y en parte a la Reforma Protestante, en donde personajes como Martín Lutero impulsaron con gran énfasis la escolarización de los niños de clases sociales inferiores, para que estos aprendieran a leer (Morrison, 2005).

Lutero creía que la familia era una institución importante en la educación de los niños. Con este fin animó a los padres a ofrecer instrucción religiosa y vocacional

en los hogares. A lo largo de su vida, Lutero fue un defensor de la educación de los niños. Escribió cartas y tratados, además de pronunciar sermones sobre este tema.

No obstante esto, la concepción del pequeño adulto reinó durante mucho tiempo, llegando hasta la época de la Ilustración. Aproximadamente a finales del siglo XVII, el espíritu de esta corriente filosófica reinaba todas las disciplinas científicas, ya que se esperaba que el empuje de la razón librara a la humanidad de las supersticiones, la inercia y la ignorancia del pasado, (Brintón 1950; citado en Theron et al., 2003).

Precisamente fue en este lapso de tiempo donde surgieron pensadores que escribieron a favor de la infancia, y comenzaron a impulsar iniciativas de protección; Comenius por ejemplo, estaba convencido de que la formación del hombre debe empezar en la primera edad. Esto lo manifiesta de forma reiterada en su obra “Didáctica Magna” donde apunta que conviene prepararse muy pronto para “las acciones de la vida” para que, ante las incertidumbres de la misma, hayamos aprendido a actuar de forma adecuada (Sanchidrián & Ruiz, 2010).

Comenius estaba convencido de que la educación debería seguir el orden de la naturaleza, por lo tanto debería tener un calendario para el crecimiento y el aprendizaje. De igual forma, él también creía que el aprendizaje se logra mejor cuando los sentidos están implicados y esta educación sensorial forma la base de todo aprendizaje (Morrison, 2005).

John Locke (citado en Gómez et al., 2003) a su vez, pensaba que el niño empieza su vida como un ser natural y el medio determina la dirección y la velocidad de su crecimiento futuro, por lo tanto cuanto mejor sea el comienzo del niño durante sus primeros años, mejores serán sus probabilidades de desarrollo.

Locke desarrolló los fundamentos para descubrir la importancia del medio, en donde se cimienta la creencia de que el medio y no las características innatas determinan lo que será el niño. Esta teoría explica que no existen ideas innatas, lo

cual dio origen al concepto de los niños como una tábula rasa; es decir, para John Locke, el contexto forma la mente (Morrison, 2005).

Por su parte, también Jean-Jaques Rousseau, quien fuera el gran defensor de la naturaleza del niño, sugirió que había que hacer un acercamiento educativo en la infancia temprana para permitir aflorar los talentos naturales del individuo (Gómez et al., 2003). El afirmaba en su obra Emilio (1762; citado en Sanchidrián & Ruiz, 2010), que la educación del hombre comienza al nacer; en esta época es donde el pequeño comienza a instruirse, aun antes de que hable, oiga o inclusive comience a distinguir formas; Rousseau recalca la importancia de la educación de los sentidos, cuando la memoria y la imaginación son aún activas, ya que el niño o la niña ya presta atención a lo que afecta a sus sentidos. Para él, estaba muy claro el hecho de que la experiencia antecede a las lecciones y que las sensaciones son los primeros materiales de conocimiento.

Rousseau abogó por el enfoque educativo llamado naturalismo, el cual abandona la artificiosidad y las pretensiones de la educación y así, permite el crecimiento sin interferencias o restricciones indebidas, fomentando y apoyando cualidades como la felicidad, espontaneidad y curiosidad asociadas con la niñez (Morrison, 2005).

Precisamente Lias, Estupiñan y Rodríguez (2010), promoviendo este tipo de orientación educativa, describen una serie de actividades dirigidas a motivar el pleno desarrollo del menor, actualmente denominadas Estimulación; estos autores explican que este término es algo casi tan viejo como el surgimiento de la humanidad y tiene sus orígenes en la idea de brindar estímulos al niño pequeño, aun antes de una educación formalmente dicha, sin embargo, aclaran que no tuvo la suficiente importancia hasta que se reconoce a la infancia como un periodo significativo de la vida, reconocimiento que se da en gran medida gracias a los pensadores de la Ilustración a lo largo de toda Europa, aunado a la amplia difusión de sus puntos de vista y así se comienzan a realizar intentos de atender al infante; enmarcados estos esfuerzos, en las primeras décadas del siglo XIX.

Asociado a esto existieron en esa época circunstancias sociales y económicas peculiares que se fueron produciendo en el viejo continente, que trajeron consigo el auge de los centros de Educación Infantil en el occidente europeo. Por ejemplo, desde el ámbito rural se produjo una migración masiva hacia las grandes ciudades, en donde tanto hombres como mujeres trabajaban hacinados en fábricas, muchas veces, trabajando de sol a sol, lo cual provocó que se diera una proliferación de niños y niñas desatendidos y abandonados (Lázaro & Tiana, 2001).

Con el indiscutible objetivo de atender a estos pequeños, muchas sociedades, ya sea de carácter filantrópico, o bien de carácter religioso, comenzaron a crear distintos centros de Educación Infantil.

Como por ejemplo, María Montessori, quién dedicó su vida a desarrollar un sistema para educar a los niños pequeños. Trabajó con niños considerados mentalmente perturbados entre 1898 y 1900. Ella se dio cuenta de que estos niños tenían potencialidades que, aunque estaban disminuidas, podían ser desarrolladas y que eran dignos de una vida mejor sin representar una carga para la sociedad (Citado en Miranda, Jarque & Amado, 1999).

Sanchidrián y Ruiz (2010) comentan que a principios y mediados del siglo XX, la historia de la educación infantil estuvo profundamente marcada por el avance de ciencias como la Pedagogía, la Psicología y la Biología. Todas éstas en conjunto, han ido transformando el concepto del niño y, a su vez, los conceptos acerca de su educación durante los primeros años de vida.

Es precisamente a finales del siglo XIX y principios del XX, donde aparecen numerosas instituciones pedagógicas, sobre todo en países como Gran Bretaña, Italia o Francia (algunas de éstas se convirtieron en centros de peregrinaje que atrajeron a educadores de todo el mundo como por ejemplo “las Case del Bambini de Montessori en Roma o la Maison des Petits ligada al Instituto Rosseau en Ginebra”). Todas estas instituciones eran en general, lugares para pequeños mayores de tres años, es decir no se ocupaban de pequeños que no podían andar, comer ni moverse por sí solos. Estas instituciones, al no hacerse cargo del cuidado de los niños más

pequeños, si no de los cuidados de niños más grandes, actualmente son comparadas con las escuelas primarias posteriores, siendo estos institutos la base de las mismas (Sanchidrián & Ruiz, 2010).

En esta época, el ámbito de la educación de los niños menores de tres años no escolarizados se encontraba casi inexplorado, permaneciendo así hasta las últimas décadas del siglo XIX y las primeras décadas del XX, debido en gran parte, a que por estos períodos de tiempo se relacionaba el concepto educación infantil con el de escolarización.

Por otra parte, existían también en estos tiempos, personajes que se preocupaban por la educación de los más pequeños, sobre todo respondiendo a las necesidades sociales derivadas de la urbanización e industrialización y teniendo una concepción del niño como un ser capaz de aprovechar una enseñanza colectiva concreta y variada.

Por ejemplo John Dewey y su teoría denominada Progresismo, la cual da un énfasis importante hacia el niño pequeño y sus intereses, en lugar de a las asignaturas. De este énfasis centrado en el niño vienen los términos de currículum centrado en el niño y escuela centrada en el niño (Morrison, 2005).

Como se verá en el siguiente apartado, la atención principal de la educación infantil de menores de 6 años se encontraba centrada en satisfacer las necesidades infantiles físicas e intelectuales de los pequeños, gracias a cuidados higiénicos, así como cariño y afecto.

1. 2 Breve historia de los Servicios de Salud Materno-Infantil

En 1886, Pauline Kergomard (citado en Sanchidrián & Ruiz, 2010) se convierte en una mujer de notoria importancia en la historia que define e institucionaliza la educación infantil; ella publica la obra *“l'Education maternelle dans l'école”* en la cual pone de manifiesto que la escuela maternal es un establecimiento de educación y que el fundamento de la pedagogía de dicha escuela es el amor por el niño, un amor que, en palabras de la autora, es inteligente, activo, expansivo y entusiasta. Estas

ideas de gran relevancia surgen de fuentes muy variadas, tanto remotas como más contemporáneas a su tiempo y que han ido señalando direcciones básicas para la pedagogía dedicada específicamente a la primera edad.

Por ejemplo, retomando a Comenius (citado en Gómez et al., 2003) que caracterizó “La Escuela de las Madres” como el medio más propicio para la educación en los primeros seis años de vida del pequeño; él tuvo en cuenta una clara distinción de las etapas de crecimiento, reconociendo cuatro períodos de seis años cada uno, infancia, puericia, adolescencia y juventud, asignando el primero a la que él denominaba escuela maternal, debido principalmente a que para Comenius, éste es un orden educativo que debe de existir inicialmente en casa.

A esta primera escuela le corresponde atender principalmente el ejercicio de los sentidos externos, para que así, los pequeños puedan utilizarlos con exactitud, al aplicarlos a sus propios objetos. Esta escuela, para Comenius, debería incluir, un cierto grupo de conocimientos, que den la posibilidad al niño de conocer el mundo y el medio que lo rodea.

Otro ejemplo donde se ven los primeros intentos por atender a los niños menores de 6 años, se da en los años setenta del siglo XVIII, donde el pastor Oberlin abre las primeras escuelas, dirigidas por los “conductores de la tierna infancia”, para conformar la educación de los más jóvenes o principiantes, donde las principales tareas eran enseñar a corregir los malos hábitos, formar en las buenas costumbres e iniciar en el conocimiento de las letras, las sílabas y las palabras (Sanchidrián & Ruiz, 2010).

Rousseau por su parte, comenta al respecto de este tema, que para el infante, la madre es el primer preceptor, tanto tierna y previsoras como protectora, y además la encargada de la primera educación del menor, la educación doméstica (Theron, Rodin y Gorman, 2003).

Más adelante, al iniciarse el siglo XIX, se hace presente en Rícher y su “Levana” o teoría de la educación, la confianza en las potencialidades educativas

maternas y en su beneficiosa proyección sobre el “mundo venidero” (Sanchidrián & Ruiz, 2010).

Estas ideas también influyeron en grandes personajes posteriores como lo son, en primer lugar, Johann Baptist Graser (citado en Hesse, 1990), quien recomendaba a las madres de niños sordos de primera infancia la educación temprana del habla; además a Graser le importaba que los pequeños sordos vivieran su niñez en la casa paterna y no en la escuela para sordos, que por lo general, se hallaba muy distante de sus casas. Para él, era muy importante la colaboración de las madres en la posible rehabilitación de los niños sordos.

De igual forma en los trabajos de Henrich Pestalozzi y Friedrich Frobel, se consideraba ya la colaboración de las madres como algo importante, queda esto de manifiesto en sus escritos “De cómo Gertrudis educa a sus hijos” y “Cartas dirigidas a las mujeres de Keilhau” (Lias et al., 2010); sin embargo esto no fue aceptado con mucho éxito, debido a la existencia de algunos prejuicios en esta época, tales como el de que sólo un especialista podría hacer algo por los niños discapacitados.

Para Johann Henrich Pestalozzi, era de gran importancia la educación en la etapa más temprana de la vida, debido a que el niño o la niña es un ser dotado de facultades, de capacidades y disposiciones que necesitan ser desplegadas y aprovechadas desde sus primeras manifestaciones. Él creía además, que la mejor manera de que los niños aprendan conceptos, era a través de manipulaciones como lo es por ejemplo, el medir, el contar, sentir y tocar; actividades que deben iniciarse desde la primera edad, bajo la supervisión de la madre (Morrison, 2005).

Por su parte Frobel dejó como legado un sistema perfectamente fijado y meditado, configurando el primer modelo formalizado de educación infantil en la primera etapa de la vida a través de los “Kindergarden” (Sanchidrián & Ruiz, 2010).

Al mismo tiempo que estos pensadores llevaron a cabo acciones a favor de la niñez, la industrialización y secularización que se dio a lo largo del siglo XIX y a principios del XX, provocaron un aumento en la tasa de mortalidad infantil, debido

entre otras cosas, a que los niños, pasaban demasiado tiempo solos, y sin la debida supervisión, ya que ambos padres tenían que trabajar en fábricas durante largas jornadas de faena.

Gómez et al., (2003) indican que este aumento en los decesos de los infantes promovió una mayor preocupación por la salud infantil. De hecho, muchos pediatras a finales del siglo XIX señalan que existe una necesidad de llevar a cabo campañas educativas, cuya finalidad sería prevenir enfermedades que se pudieran presentar en los infantes antes de los cinco años y de igual manera fomentar actividades encaminadas a promover el bienestar físico, a través de cuidados y cariño sobre todo en la familia, por medio principalmente de la figura materna, ya sea real o sustituta.

1. 3 La Educación Especial.

Aunque la historia de la Educación Especial entendida en una perspectiva moderna no tiene más de 50 años, en realidad, las raíces de la educación para niños con cierto tipo de deficiencias vienen desde épocas anteriores. Este campo de estudio representa la tercera vertiente que le ofrece sustento a lo que más adelante se conocería como Estimulación Temprana.

Durante la antigüedad, los niños disminuidos recibieron un trato claramente discriminatorio frente a los niños considerados normales, aunque esto estaba dentro de un contexto social y creencias mágico-religiosas y en ocasiones, los pequeños con alguna deficiencia eran considerados embrujados o demoniacos. Fue en estos tiempos donde el infanticidio o el abandono de este tipo de niños eran frecuentes, como por ejemplo, los espartanos y los romanos, quienes abandonaban o arrojaban al río a niños que mostraban algún signo de debilidad o malformaciones (Sánchez, 1994).

Posteriormente, Sánchez (1994) comenta que más adelante, ya en la Edad Media la iglesia católica condenaba de manera enérgica el infanticidio, castigando esto con la pena de muerte; no obstante, aunque se tomaron algunas medidas legales a favor de ciertos niños disminuidos sensorialmente, se siguió manteniendo

el rechazo hacia otro tipo de enfermedades infantiles consideradas demoniacas como por ejemplo la epilepsia o la deficiencia mental.

Así, en 1800 la existencia de personas “diferentes” resultaba nociva para el resto de la sociedad y esto se hace evidente al comenzar con la apertura de un gran número de centros de reclusión para este amplio grupo de individuos, entre los que se encontraban los “idiotas” o también llamados “deficientes mentales” (Aja, Albaladejo, Balada & Banda, 2001).

Precisamente con respecto a lo anterior para Cadwell (1973; citado en Gómez et al., 2003) las condiciones y las prácticas concernientes a la educación especial para niños con discapacidades han ido evolucionando desde este punto a través de tres periodos históricos principales: El primero, llamado “Olvidar y esconder”, que refiere una predominante práctica de retirar a las personas discapacitadas del ámbito público para evitar crear situaciones molestas para sus familias.

Sin embargo, el movimiento médico pedagógico de finales del siglo XIX encabezado por María Montessori y su método de autoeducación, Ovide Decroly y su clasificación de los niños deficientes, Claparede y la introducción de clases especiales a escuelas públicas para los niños con retraso y, por su parte, Binet y Simon, quienes partiendo de las observaciones de niños con retraso, publicaron la primera Escala de Desarrollo Intelectual; pusieron de manifiesto la preocupación especial de los médicos y pedagogos por conseguir una atención médica y pedagógica adecuada para los niños anormales. Además de la necesidad de crear nuevos centros para atender a estos niños, habría que utilizar un método seguro para definir al anormal y poner de manifiesto sus aptitudes (Aja et al., 2001 y Sánchez, 2001).

Aja et al., (2001) comentan que entre la décadas de los 50's y los 70's la educación especial conoció una profunda expansión, fruto básicamente de diversas circunstancias como lo son la proliferación de asociaciones dedicadas a la defensa de las personas con alguna minusvalía, como por ejemplo, la “National Association for Retarded Children” o la “Association for Children with Learning Dissabilities”;

impulsado en gran medida por el activismo de los padres de pequeños con algún tipo de discapacidad.

Gómez et al., (2003) explican que en este segundo período dentro de la historia de la Educación Especial llamado “Pantalla y segregación” los niños con alguna minusvalía comienzan a ser evaluados, etiquetados y posteriormente aislados, pero ya no con la idea de ocultarlos de la sociedad, si no, con la firme convicción de proporcionarles cuidados especiales. Esta idea está basada en la seguridad de que este tipo de niños no puede funcionar autónomamente y por lo tanto, necesitan protección.

El último período denominado “identificación y ayuda” inicia a mediados de los años setenta con la aparición de una legislación específica que intenta ordenar el campo de la Educación Especial y crear servicios que respondan a las necesidades planteadas con el objetivo de mejorar las condiciones de vida y educación de las personas con necesidades especiales (Aja et al., 2001).

Esta etapa estuvo principalmente marcada por encaminar todos los esfuerzos a la detección de necesidades especiales en los primeros años de vida con la esperanza de proveer intervenciones apropiadas tan tempranamente como fuera posible (Gómez et al., 2003).

Fue en esta etapa donde fueron agregados los conceptos de normalización e integración. Aja et al., (2001) comentan que en 1959 la legislación danesa incorporó el principio de normalización, que consistía en ofrecerles a las personas con alguna deficiencia condiciones de vida idénticas a las que reciben las demás personas. Al mismo tiempo, es necesario enseñar al deficiente a convivir con sus limitaciones, enseñarles a llevar una vida tan normal como sea posible, beneficiándose de los servicios y de las oportunidades que pueda ofrecerle la sociedad en la que vive.

La profundización en la normalización debe de conducir al principio de integración, donde todas las personas vivan en iguales condiciones, comprendiendo la globalidad de las facetas de cada persona.

Mayor (1988; citado en Sánchez, 2001) dice que *“desde los años cuarenta hasta la actualidad, se ha extendido considerablemente la atención a los sujetos excepcionales y se está configurando la Educación Especial como una disciplina con objeto propio y con un amplio desarrollo teórico y práctico”*. (pag, 22)

Concordando con Gómez et al., (2003) las metas actuales de la Educación Especial consisten principalmente en paliar las consecuencias de las condiciones de discapacidad, prevenir la ocurrencia de trastornos más severos, así como apoyar a los niños con distintas discapacidades e incrementar la oportunidad de todos los niños de crecer y desarrollarse hasta su máximo potencial.

Como se ha visto, estos tres campos de estudio, tienen elementos que parecen mezclarse entre uno y otro dominio, así como autores que influyeron en estas diferentes circunstancias, en el momento en que se entrelazan éstas, como aquí se han puesto de manifiesto, es como se vuelve propicio el momento para la aparición del concepto de Estimulación o Atención Temprana de forma relevante.

2.- RECORRIDO HISTÓRICO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

Durante las primeras décadas del siglo XX las cuestiones relacionadas con el desarrollo del niño menor de 6 años comenzaron a ser ubicadas en paradigmas que reflejaban las influencias de la genética y de la experiencia individual, así mismo algunas de las principales orientaciones sobre este tema surgieron en esta época.

Teorías como la de Sigmund Freud y su propuesta de los dos primeros años de la infancia como objeto de estudio psicológico, o la de Jean Piaget basada sobre el supuesto de que desde el nacimiento los seres humanos aprenden activamente (Gómez, Viguer & Cantero, 2003) colocaron a la etapa de 0 a 2 años de los pequeños como una fase de gran importancia para el desarrollo del infante, lo que provocó que este periodo se pusiera en la mira tanto de las acciones encaminadas a la prevención como a las de investigación para identificar factores que pudieran obstaculizar el pleno desarrollo del menor.

Todas estas prácticas enfocadas hacia la infancia fueron el inicio de lo que hoy conocemos como Atención Temprana. Precisamente en este apartado, se distinguirán algunos de los hechos más significativos en la historia de este campo de estudio y de igual forma cómo este concepto se fue desarrollando a través de los años, hasta convertirse en lo que hoy se conoce como tal.

2.1 Etapas de formación de la Atención Temprana

2.1.1 Inicios

A lo largo de la década de los años 30's los investigadores del desarrollo pusieron su interés en cómo los efectos de la pobreza, la diferencia de culturas y la clase social, se relacionaban con variables como los rasgos de la personalidad y las aptitudes intelectuales de los niños; este interés se debió principalmente a la Gran Depresión, circunstancia que provocó un aumento considerable en el número de familias pobres (Theron, Rodin & Gorman, 2003).

Dos años antes de la propensión de los profesionales hacia la investigación de esta relación, Freeman en 1928, ya había encontrado que existía una mayor reciprocidad entre el nivel socioeconómico de los hogares sustitutos y la inteligencia de los niños, que la existente en la inteligencia de los hermanos entre sí, al estudiar parejas de hermanos criados en diferentes hogares adoptivos (Freeman 1979; citado en Vélez & Resendiz, 2002).

Por su parte, Newman en 1937 encontró diferencias en el coeficiente intelectual de gemelos idénticos que fueron criados en ambientes distintos, atribuyendo estas diferencias a la estimulación ambiental recibida (Newman & Newman, 1979).

En 1939, otra aportación importante fue la que hicieron Skeels y el Iowa Welfare Research Station in USA, quienes reportaron que los niños retardados mentales al ser transferidos de los orfanatos a ambientes donde se les proporciona afecto y variedad de estímulos, mejoraban su nivel intelectual (Bricker, 1991).

Sin embargo, Gómez et al., (2003), Álvarez (2004) y Theron et al., (2003) comentan que desde el comienzo y durante toda la Segunda Guerra Mundial, aparecieron nuevos temas de interés, relacionados con las consecuencias ocasionadas por la situación hostil que se vivía a nivel mundial y por lo tanto, en este periodo de tiempo existen muy pocas investigaciones que se centraran en el niño; muchos médicos, psicólogos y psiquiatras infantiles fueron reclutados en el servicio militar y los que no lo fueron, se enfrentaron a problemas como el de los efectos de la separación familiar sobre el desarrollo de los bebés y de los niños mayores.

No obstante, en este lapso de tiempo, se dieron algunas investigaciones importantes como la de Buhler (1943, citado Vélez & Resendiz, 2002), quien entre 1940 y 1950 demostró que los responsables del retardo en el desarrollo son los factores psicológicos en relación con las condiciones ambientales. Para ello la autora se focalizó en el desarrollo psicológico a través de la infancia. Trabajó en un centro de adopción con capacidad para más de 2.500 niños donde estudió el comportamiento infantil observándolos por 24 horas, para ello usó test de inteligencia

y desarrollo, interpretación de diarios, experimentó con juego libre, y sus estudios fueron centrados en el desarrollo cognitivo y de la personalidad.

Por su parte Goldfard en 1943 (citado en Vélez & Resendiz, 2002) señaló que los niños que permanecían durante su primera infancia en hospitales u orfanatos, se veían afectados en inteligencia y personalidad.

Una vez terminado el conflicto bélico y mientras los científicos infantiles regresaban a las universidades, los veteranos de guerra lo hacían a sus respectivos hogares, lo que provocó que se diera un boom de nacimientos postguerra, lo que hizo del tema del desarrollo infantil un próspero campo. Álvarez (2004) comenta que uno de los temas más importantes que se retoman es el de la “deprivación psicológica hospitalaria”, nombre que se da cuando los niños abandonados o sin padres, a pesar de tener las condiciones de higiene y alimentación adecuadas en un centro hospitalario, presentan un mayor número de infecciones que aquellos en donde sus padres los acompañan durante su proceso de hospitalización, especialmente cuando la madre cuida de ellos.

Autores como Spitz en 1945 (Spitz, 1996) corroboraron en sus investigaciones la importancia del vínculo madre-hijo durante el primer año de vida y, a su vez, los efectos negativos de la institucionalización en los primeros años de vida, como por ejemplo la escolarización temprana, que puede llegar a alterar la inteligencia y la personalidad del niño de tal manera que llevara al pequeño a tener comportamientos antisociales y psicóticos.

Más adelante, ya en la década de los años 50's, Answorth (1953, citado en Vélez & Resendiz, 2002) menciona que para los niños, el estímulo sensible más importante es el que recibe de los períodos de intercambio con su madre. Es así como la causa fundamental de privación sensorial en los primeros meses, es la falta de interacción con una figura materna. Sin embargo, Howell en 1955 demostró que aún los niños que viven con su madre biológica pueden carecer de estimulación (Vélez & Resendiz, 2002).

John Bolwby (1951; citado en Alvarez, 2004), en su libro “Maternal Care and Mental Health”, recopiló la información que hasta la fecha se tenía sobre este tema y concluyó que era necesario proporcionarle al niño durante los primeros años de vida, un especial ambiente rico en estímulos y crearle un cálido afecto y relaciones emocionales satisfactorias con su madre biológica o, por el contrario, con una madre sustituta.

Por otro lado, Horowitz (1980; citado en Gómez et al., 2003) menciona que es en esta década donde se publican cuatro estudios que marcarían dos líneas de investigación relacionadas con la conducta y el desarrollo temprano. La primera línea de investigación comienza en 1958 con las publicaciones simultáneas de Fantz y Berlyne (1958), quienes demuestran que los bebés pueden fijar su atención selectivamente a los estímulos visuales dependiendo de los patrones y la complejidad de los estímulos.

La segunda línea de investigación comenzó un poco antes en 1956, con la publicación de la monografía de Rheingold en la que el autor estudió los efectos de dar estimulación social y personal a un grupo de niños institucionalizados de 6 meses de edad y observó avances en el comportamiento postural y motriz, así como una mayor capacidad de respuesta social (Gómez et al., 2003).

Estas investigaciones cambian la concepción del mundo de los niños, ya que se pasa de pensar en un niño dominado por unos reflejos a pensar en un ser capaz de emitir respuestas selectivas. Gracias a este cambio de perspectiva, en países como Inglaterra, Suecia y Alemania, se comienza a trabajar en ejercicios que tenían como objetivo estimular a niños sordos, al principio y posteriormente, niños con otro tipo de discapacidad (Lias et al., 2010; López, 2001).

Hesse (1990) comenta que gracias a estas investigaciones y a este nuevo interés en temas relacionados con la etapa inmediatamente posterior al nacimiento del pequeño, es cómo en algunos países europeos se comienzan a utilizar conceptos como los de estimulación precoz o temprana, precisamente como resultado de una

búsqueda intensa para encontrar la manera más adecuada para favorecer el crecimiento óptimo del menor.

2.1.2 La década de los sesenta

Más adelante, ya a principios de los sesenta se impulsaron de manera importante dos vertientes que abordaban el tema del desarrollo del pequeño; la primera fue crear programas para minimizar el efecto de la pobreza en niños de edad temprana (Bricker, 1991). Estos primeros programas aparecieron en el año de 1960 en Uruguay y Argentina exclusivamente con niños que presentaban retardo mental (Palacios & González, 2003).

La segunda vertiente, comenta Bricker (1991) que fue una nueva forma de estudiar a los niños de corta edad; ambas líneas de investigación encontraron que los pequeños en sus primeros años de vida tienen mayor capacidad para aprender y que, además, podían realizar tareas complejas de memoria y discriminación.

Por su parte Hunt en 1961 menciona por primera vez, la importancia de la plasticidad del desarrollo intelectual del niño, así como la influencia que ejerce el ambiente en el pequeño. Fantz, Ordy y Udelf por su parte en 1962, consideran que los niños son influenciados por la estimulación ambiental, ya que desde que nacen son capaces de distinguir estímulos visuales y de presentar preferencias por algunos (Vélez & Resendiz, 2002).

Esta década marca el inicio de la era moderna de la Atención Temprana. En Estados Unidos se da un fuerte apoyo público para invertir en servicios sociales, además de establecer la guerra contra la pobreza con una gran cantidad de fondos y recursos para tratar de compensar las desigualdades sociales a las que estaban sometidos los niños y niñas que crecen en ambientes pobres y desfavorecidos (Gómez et al., 2003).

La idea más extendida en este momento consistía en pensar que las experiencias tempranas son experiencias especiales que no sólo suponen la base del desarrollo posterior, sino que también, tienen un impacto crucial en el desarrollo

posterior. En 1965 basándose en esta idea se pone en marcha la investigación más importante de la década, el programa Head Start el cual estaba avalado por la ley norteamericana “Economic Opportunity Act” (Milla & Mulas, 2005).

Coletto (2010) explica que este programa fue concebido como un servicio multidimensional diseñado para combatir o contrarrestar las desventajas de los niños que crecen inmersos en la pobreza. Este programa tuvo efectos positivos, lo cual dio inicio a una línea de investigación que se concretó en una serie de proyectos y programas que medirían los efectos positivos de estimular tempranamente al menor.

Por ejemplo Levine en 1969, menciona que el ambiente temprano tiene efectos intensos en el desempeño del pequeño. Además considera que las dificultades ocurridas en los periodos sensibles del organismo tendrán consecuencias biológicas importantes (Milla & Mulas, 2005).

En este sentido, no todo eran buenas noticias, como bien lo menciona Horowitz (1980; citado en Gómez et al., 2003) ya que cuando muchos programas dieron resultados positivos, se constató que los efectos de la intervención cesaban al finalizar la aplicación del mismo, es decir, que con el paso del tiempo los efectos positivos de estos proyectos disminuían. Así mismo Gómez et al., (2003) explican que el principal legado de estos programas fue el dar a conocer que todo programa enfocado al desarrollo del menor debe establecer metas y objetivos explícitos y realistas y no prometer mejoras mágicas o duraderas.

2.1.3 La década de los setenta

Posteriormente y a diferencia de la década anterior, en donde las energías iban dirigidas a minimizar los efectos de la guerra y la pobreza en el desarrollo del pequeño, en la década de los setentas los esfuerzos tanto de los profesionales del desarrollo infantil como de la sociedad, se enfocaron en los niños con alguna discapacidad; en esta década se presta una mayor atención al estatus social y a los derechos legales de las personas que presentan algún tipo de invalidez (Milla & Mulas, 2005).

Es en este tiempo donde se comienzan a realizar programas dedicados a apoyar a niños con discapacidades tanto en Australia, como en Venezuela; en esta última nación desde 1971 se creó el primer servicio de “estimulación precoz” y que aún en estos días se encuentra funcionando en el Instituto Venezolano para el Desarrollo Integral del Niño (INVENDIN; citado en Palacios & González, 2003).

En Hungría por otro lado, el Doctor Katona del Instituto Pediátrico de Budapest, otorgó una gran aportación al campo del desarrollo infantil, ya que fundamentó lo que actualmente se denomina como “neurohabilitación o rehabilitación temprana en la plasticidad del cerebro”; él dijo que la base neurofisiológica de la neurorrehabilitación es la activación funcional de todas aquellas partes del sistema nervioso central, que tengan alguna función normal o incluso funciones incompletas, relacionadas directa o indirectamente con el daño cerebral (Mulas & Millas, 2007).

En España los esfuerzos por apoyar el desarrollo de los pequeños inicia en 1974, ya que se empiezan a desarrollar programas por iniciativa privada; María Isabel Zulueta fue una de las pioneras, abriendo un centro a finales de los años 70's (Palacios & González, 2003).

Por estos tiempos las investigaciones se dirigieron a determinar si existe un período crítico de intervención tal como lo señala White (1975), quien considera que todo lo que ocurre en los primeros tres años de vida del niño es crucial y determinante, puesto que ya pasado este tiempo el curso del desarrollo es inalterable (Horowitz 1980; citado en Gómez et al., 2003).

En este mismo año Bronfenbrenner, a través de sus investigaciones, concluyó que cuando se interviene en el primer año de vida del infante, fomentando sobretodo la interacción entre los pequeños y sus padres, el desarrollo de los primeros se verá beneficiado a largo plazo (Papalia, Wendkos & Duskin, 2005).

Sin embargo Candel (2003) comenta que dentro de este ambiente de cierta euforia que existía en los 70's sobre la eficacia y la importancia de la Estimulación Temprana, también existían autores que se manejaban con cierta cautela respecto

del tema, como lo son Aronson y Fallstrom (1977), quienes fueron los primeros en poner en tela de juicio la capacidad de generalización de las conductas aprendidas, así como de la eficacia a largo plazo de este tipo de intervenciones, mencionando que la interrupción del programa de estimulación conllevaba una disminución de los progresos experimentados por los niños.

Por su parte Clarke y Clarke (1976; citado en Gómez et al., 2003) ofrecen un análisis que sugiere que la experiencia temprana no es, en sí misma, más importante que la experiencia tardía, al menos en los años escolares, lo que quiere decir que el peso de la influencia no es obligatoriamente más profundo en los primeros años.

2.1.4 La década de los ochenta

A pesar de estas críticas hacia la efectividad de la Atención Temprana en el desarrollo del niño, en la década de los ochenta se enfatiza un carácter sistemático y secuencial en los ejercicios de estimulación así como un mayor control con que se llevan a cabo dichos ejercicios. En esta década en España se comienza a ofrecer de manera oficial la Atención Precoz, término que se utiliza como sinónimo de Estimulación Precoz en el “Instituto de Servicios Sociales INSERSO (Quiroz, 2009; Arizcun, Gútiez & Ruiz, 2006).

Gómez et al., (2003) indican que es en esta época donde se crean asociaciones dedicadas a atender distintos tipos de discapacidad que, a pesar de no estar centradas en la Estimulación o Intervención Temprana o precoz, con su ayuda se consiguieron grandes avances en cuanto a la normalización e integración de las personas que sufren discapacidades.

Por su parte Milla y Mulas., (2005) aclaran que el objetivo de estas acciones en ese entonces era el de favorecer al máximo el desarrollo del niño y su integración familiar y social, mejorando las condiciones neurológicas y relacionales para lo cual se utilizarían diferentes técnicas y terapias adecuadas a cada deficiencia en particular.

En cuestión de investigación, los profesionales del desarrollo infantil se encontraban muy interesados midiendo la eficacia de la intervención temprana en niños pequeños, como por ejemplo el trabajo de Leib, Benfield y Guiduvaldi (1980; citado en Papalia et al., 2005), en donde estudiaron a 38 niños prematuros, dividiéndolos en dos grupos, uno experimental y otro control, con 14 niños cada grupo, y donde el grupo experimental recibió una variedad de experiencias estimulantes mientras todavía estaban en la incubadora, el cual consistía en recibir un objeto de colores vivos que colgaba de un móvil, además de cinco minutos de caricias y por último, una enfermera los alimentaba en brazos mientras los mecía hablándoles y cantándoles.

Mientras que al grupo control se les siguió atendiendo sin ningún cuidado en especial ni ofreciéndoles ningún objeto; lo que se encontró en este estudio fue una diferencia significativa del grupo experimental, con respecto al grupo control, al aplicársele las pruebas de las Escalas de Bayley para el Desarrollo Infantil a los seis meses.

Por su parte Naranjo (1981; citado en Vélez & Resendiz, 2002) menciona que los niños que carecen de estímulos sensoriales y afecto, pueden presentar retraso en su desarrollo, déficits en su conducta y en su capacidad de aprendizaje. Asimismo explica que los niños que reciben estimulación desde su nacimiento, alcanzan un mejor desarrollo orgánico y funcional de su sistema nervioso, así como un equilibrio en su crecimiento intelectual, físico y emocional.

Tiempo después se comienza a realizar un mayor esfuerzo por involucrar a las familias dentro de los programas de Estimulación Temprana, como por ejemplo los programas reseñados en los trabajos de Sandall (1988) y de Mahoney y Powell (1988) donde ponen de relieve la estrategia de instrucción que proporciona a los padres la base de comprender la interacción con sus hijos, mejorando el equilibrio interactivo, disminuyendo la frecuencia de órdenes y aumentando la frecuencia de respuestas, para así, auxiliar a los padres a sintonizar su conducta para que ésta sea compatible con las características del niño (Candel, 2003).

2.1.5.- La década de los noventa y la situación actual

Durante la década de los años 90's se dio continuidad a este tipo de esfuerzos, donde el niño deja de ser el centro único de la actividad del trabajo de los profesionales, para pasar a ser considerado como un individuo inmerso en el sistema, con capacidad para recibir estímulos y actuar sobre su medio (Milla & Mulas, 2005).

En este sentido, en esta época, la característica básica es la consideración de que los límites entre los ámbitos de bienestar social, salud mental y física, educación temprana, son cada vez menos claros, y cuanto más se profundizan en la comprensión del desarrollo temprano, más difícil era delimitarlos (Shonkoff & Meisels 1990; citado en Gómez et al. 2003).

En cuestión de investigación, los especialistas en Psicología del Desarrollo cada vez se van haciendo más conscientes de los lazos entre la investigación básica y la investigación aplicada. Por esto, su trabajo se dirige a integrar la investigación evolutiva y las demandas sociales, encaminando sus energías, hacia la solución de problemas sociales.

En estos últimos años, uno de los eventos más importantes de la presente década es la publicación del Libro Blanco de Atención Temprana en el año 2001 por parte del Real Patronato sobre Discapacidad y este escrito se realiza debido a la imperiosa necesidad de crear un referente normativo que aborde la problemática específica del sector y que establezca una adecuada planificación.

Este artículo fue elaborado gracias a la creación del Grupo de Atención Temprana y comienza a ser tomado en cuenta como referencia tanto para las administraciones públicas, como para los profesionales, las asociaciones y las familias (Libro de Atención Temprana, 2001).

En el presente, la finalidad de la Atención Temprana es facilitar a los niños con discapacidades o con algún riesgo de padecerlas, y a sus familias, un conjunto de

acciones optimizadoras y compensadoras que favorezcan la maduración de todas las dimensiones del desarrollo (Mulas & Milla, 2007).

Así mismo, como bien lo aclaran Gómez y Taberner (2010) esta Atención Temprana ha puesto sus mayores esfuerzos en niños, que por muchas y muy diversas circunstancias tanto biológicas como de su entorno, presentan o se encuentran en situación de alto riesgo de presentar ya sea algún tipo de alteración o en dado caso, alguna discapacidad en su desarrollo.

En este corto pero productivo camino, los criterios de inclusión en los programas de seguimiento y Atención Temprana se han ido modificando, ampliando o reduciendo según las experiencias de los diferentes centros, comunidades autónomas, ciudades, países o recursos disponibles. Actualmente la sociedad Española de Neonatología y El libro Blanco de la Atención Temprana establecen dos grandes grupos de riesgo: Riesgo biológico y Riesgo Social (Robles, Poo & Poch, 2008)

Pero ¿qué es este criterio de riesgo?, de acuerdo con Arizcun (1992, citado en Candel, 2003) se define como toda característica o circunstancia determinable de una persona o un grupo de personas que asocian a los interesados a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso y se altere el proceso habitual del desarrollo.

La principal misión de la Atención Temprana es que los niños con trastornos en su desarrollo o con riesgo de padecerlos reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos biopsicosociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y bienestar posibilitando así, de la forma más completa, su integración en el medio familiar, escolar y social (Mula & Milla, 2007).

Todas estas acciones van encaminadas a optimizar el desarrollo del niño y por lo tanto es necesario abordar diferentes áreas del mismo, como son (Gómez & Taberner, 2010):

- Área Motora: gracias a la cual el pequeño adquiere el control voluntario de su cuerpo y adquiere conocimiento a través del mismo.
- Área Perceptivo cognitiva: donde el menor, poco a poco va configurando su capacidad intelectual por medio de sus sentidos y el manejo eficaz de las cosas.
- Área de Lenguaje social: a través de esta capacidad el niño se comunica con su entorno, al principio sólo por medio de llantos y balbuceos, pasando posteriormente a un lenguaje oral estructurado.
- Área Social: aquí el infante adquiere una serie de conductas valoradas como positivas por parte de la sociedad, y por lo tanto, éste logra un nivel de autonomía adecuado en relación con los demás e inmerso en su medio ambiente.
- Área Afectiva: se establecen vínculos de relación con las personas de su entorno, lo que le va permitiendo crear y expresar sus afectos. Así como se atiende a todas las personas relacionadas con el entorno del pequeño.

Fonseca y Hostiguin (2002) explican que esta tarea conlleva la actuación de un equipo multidisciplinario, constituido o coordinado con, por lo menos, los siguientes profesionales; Médico, Psicólogo, Pedagogo, Fisioterapeuta, Logopeda, Pediatra y Asistente Social.

Para Dolz y Alcantud (2002) este equipo multidisciplinar de profesionales debe de integrarse en una estructura organizativa que dé cabida a la participación interprofesional coordinada y activa de todos los profesionales que conforman el equipo de Atención Temprana en la planificación, implementación y evaluación de los programas de Atención Temprana.

Es de gran valor que este equipo multidisciplinar actúe de manera rápida en la atención del pequeño, ya que en el periodo comprendido entre los 0 y los 2 años el

sistema nervioso no ha madurado totalmente y los estímulos que el infante reciba van a optimizar en gran medida el desarrollo del niño. Además en esta primera etapa aparecen las primeras relaciones afectivas que son las que darán sentido a las cosas y van a permitir que el niño desee, sobre todo, conocer (Gómez & Taberner, 2010).

Así pues, los programas de Atención Temprana deben desarrollar una serie de acciones de atención específica y terapéutica dirigidas al menor, al mismo tiempo que informarán, apoyarán y orientarán a su familia con el objetivo de lograr su participación activa en el proceso de desarrollo del niño (Quiroz, 2009).

Estos programas del servicio de Atención Temprana serán planificados, implementados y evaluados periódicamente por el equipo multidisciplinar que participa de forma activa en ellos, con el objetivo general de (Dolz & Alcantud, 2002) “atender a la persona con alteraciones en el desarrollo y a su familia de su problemática y necesidades de forma personal e individualizada” (pág., 16).

Estas asistencias consisten en la puesta en marcha de un esquema global e individualizado de atención, dirigidas al niño y a su entorno, constituido por dos procesos (Gómez & Taberner., 2010):

- a) Proceso diagnóstico: este diagnóstico es siempre evolutivo, ya que todas las funciones aún no han sido puestas en marcha dentro del pequeño. Se trata de impresiones diagnósticas que deben ser confirmadas mientras el desarrollo del pequeño va avanzando. Este proceso se lleva a cabo a través de las siguientes fases:
 1. Recogida de datos referentes al motivo de consulta
 2. Examen del desarrollo a través de diferentes escalas
 3. Observación de la conducta del niño en actividad libre y respuesta familiar

- b) Proceso terapéutico: partiendo de la valoración anterior, se lleva a cabo un programa global e individualizado de atención ambulatoria en dos direcciones:
1. Dirigido al niño.
 2. Dirigido al entorno: tanto a la familia como a la comunidad en general.

Hay que destacar que existe una creciente población infantil de riesgo, más allá de los niños con patologías y síndromes evidenciables en el período fetoneonatal. Las diferentes formas de nacer, los diversos modelos de convivencia familiar, el estrés, los contaminantes, las enfermedades infectocontagiosas, la inmigración, e incluso los avances de la Ginecología, la Neonatología y la Pediatría, que posibilitan la vida de niños inviables en un pasado no muy lejano, son factores que configuran un panorama donde es necesario contar con dispositivos preventivos y asistenciales de Atención Temprana que ofrezcan las mejores posibilidades de desarrollo de estos niños y de sus familias.

2.2 Niveles de Prevención

La Atención Temprana es un campo de estudio que evoluciona a partir del concepto de Prevención que desde sus distintos niveles han propiciado la aparición de diferentes respuestas para los pequeños con alguna discapacidad o con riesgo de padecerla (Milla & Mulas, 2005).

Antes que cualquier otra cosa es importante saber qué se entiende por prevención; a este respecto Fletcher, Fletcher y Wagner (2007) la definen como todo aquello que se hace con el 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.

Por su parte, la OMS (1980; citado en López, 2009) comenta que con la prevención se tratan de llevar a cabo las actuaciones que permitan eliminar o disminuir la irrupción de una enfermedad, trastorno o deficiencia, por lo que la

consecución de estos objetivos es fundamental para evitar las patologías o las situaciones de riesgo que provocan la aparición de las deficiencias. Estas actuaciones se dividen en tres niveles los cuales son: Prevención Primaria, Prevención Secundaria y Prevención Terciaria.

Prevención Primaria (Fletcher et al., 2007): es definida como todas aquellas acciones que se hacen con el objeto de disminuir la incidencia de una enfermedad o trastorno en una determinada población, reduciendo el riesgo de que aparezcan nuevos casos. Su finalidad es evitar factores relacionados con la deficiencia para disminuir el número de casos.

La prevención primaria evita por completo que se produzca la enfermedad porque elimina sus causas. El más claro ejemplo de la prevención primaria son las vacunas que existen para numerosas infecciones a las que el ser humano esta propenso de adquirir, así como todas las recomendaciones para que se adquiriera un estilo de vida saludable.

En relación con la Atención Temprana este nivel de prevención actúa sobre sujetos de alto riesgo, tanto biológico como social, con un conjunto de actuaciones encaminadas a la protección de la salud, orientadas a promover el bienestar de los niños y sus familias. Dentro de estas actuaciones se pueden incluir derechos como la asistencia sanitaria, los planes de divulgación e información previos al nacimiento de los niños, control durante el embarazo, los cuales juegan un papel fundamental.

Prevención Secundaria (Milla & Mulas, 2005): este nivel de prevención tiene como objetivo disminuir la existencia de una enfermedad en una población reduciendo su evolución y tiempo de duración al mínimo tiempo posible. Ante la posibilidad cierta de aparición de un trastorno o enfermedad, este tipo de intervención intenta actuar evitando o paliando al máximo los efectos que esta enfermedad pueda tener sobre un sujeto en concreto.

Este tipo de prevención detecta precozmente la enfermedad cuando es asintomática y cuando un tratamiento precoz puede detener su progresión, como por

ejemplo, los estudios de Papanicolaou, las mamografías o los análisis en busca de sangre oculta en las heces. La mayor parte de la prevención secundaria se instituye en contextos clínicos, y la mayoría de los médicos, llevan a cabo una prevención secundaria.

Cuando se hace referencia a la Atención Temprana, la prevención se basa en la detección precoz de las enfermedades, trastornos o situaciones de riesgo. Se organiza a través de programas especiales dirigidos a colectivos identificados en situación de riesgo (como en niños prematuros de menos de 32 semanas, bajo peso, menos de 1500 grs., embarazos de adolescentes menores de 18 años, los embarazos a partir de los 35 años).

Por último la prevención Terciaria (López, 2009): que hace referencia a las actividades clínicas que previenen un deterioro adicional o disminuyen las complicaciones después de que una enfermedad se ha declarado por sí misma. En este nivel se pretende disminuir la incidencia de las incapacidades crónicas de una población, procurando que las invalideces funcionales consecuencias de una enfermedad, sean las menos posibles.

Su propósito es reducir los efectos de una deficiencia, trata de evitar que empeoren las consecuencias de un determinado trastorno y comprende todos los aspectos de la habilitación o rehabilitación, integración y reinserción social. Un ejemplo de este tipo de prevención es la utilización de los bloqueadores beta para disminuir el riesgo de muerte en pacientes que se han recuperado de un infarto al miocardio.

Este nivel de prevención trata de proporcionar bienestar social e individual a la población sometida a una deficiencia y a sus familias. Se trata de evitar que empeoren las consecuencias del trastorno ya existente y que el desarrollo del niño no se deteriore más.

Hablando en concreto de la Atención Temprana las actuaciones de la prevención terciaria son el conjunto de acciones encaminadas, una vez

diagnosticada una enfermedad o problema de salud, a minimizar las consecuencias y secuelas del mismo. Se interviene para reducir al máximo los efectos de una discapacidad en el niño.

Precisamente es en este nivel de prevención, donde se sitúan en un primer momento los programas de Atención Temprana, que se conocen en este momento como de Estimulación Precoz y que se llevan a cabo en la década de los 70's.

La Atención Temprana se encuentra ubicada dentro de la medicina preventiva, que es la parte de la medicina encargada de la prevención de las enfermedades basada en un conjunto de actuaciones y consejos médicos, se aplica en el nivel asistencial tanto en atención especializada u hospitalaria como atención primaria tiene distintas facetas y los tres niveles anteriormente descrito forman parte de esta rama de la medicina (López, 2009). En este sentido, la Atención Temprana se encuentra ubicada en una amplia gama de actuaciones desde médicas hasta sociales, sin embargo, éste trabajo está enfocado en dar a conocer el papel que juega tanto el trabajo psicológico como el multidisciplinar dentro de la Atención Temprana

2.3 Evolución del concepto

La primera definición de la estimulación temprana dice que es: "el conjunto de técnicas, que hacen que un ser humano, dañado en su sistema nervioso central, pueda alcanzar mayores metas de inteligencia y de capacidad física que, en otra situación, es decir, sin ningún tipo de ayuda, no sólo no alcanzaría jamás, sino que, entraría en un desarrollo francamente involutivo" (Gómez 1979, citado en López, 2001 pág. 65). Aunque realmente la historia de La Estimulación Temprana viene de décadas atrás, este concepto en sí, se comienza a utilizar formalmente en la década de los setenta.

López (2009) comenta que este concepto se ubica dentro de la Prevención Terciaria, donde las actuaciones van dirigidas principalmente al niño, al entorno y a la familia para mejorar su desarrollo. Estas acciones tratan de atenuar los trastornos o

disfunciones del desarrollo, así como prevenir consecuencias o trastornos secundarios y modificar los factores de riesgo en el entorno inmediato del niño. Este concepto se encuentra en el ámbito más reducido de acción.

Más adelante, concretamente en los años 80's la definición más aceptada de Estimulación Precoz o Temprana es la escrita por Hernán Montenegro (1978) la cual dice que ésta se define como (Pereyra, 2000):

“Un conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que éste necesite desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicológico. Esto se logra a través 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 en su medio ambiente y un aprendizaje efectivo (pág.,15).

Posteriormente, en la década de los noventa, se introduce el término de Intervención Temprana como el conjunto de técnicas educativas que tiene por objeto al niño y su familia, y por finalidad, paliar la falta de estímulos adecuados y los problemas de aprendizaje del niño con deficiencias claras, pretendiendo potenciar al máximo las posibilidades psico-físicas del niño, mediante la estimulación regulada, sistemática y continuada llevada a cabo en todas las áreas del desarrollo sin forzar el curso lógico de la maduración del Sistema Nervioso Central, aplicando dicha técnica a toda la población infantil comprendida entre los 3 y los 6 años.

Este nuevo término supone un enfoque más global, riguroso y sistemático en el que se engloban avances científicos desde distintas disciplinas como la Neurología, la Psicología del Aprendizaje y la Psicología del Desarrollo, además de atender los problemas del pequeño desde el ámbito escolar y no sólo del asistencial de salud. Esta definición se encuentra dentro del nivel secundario de prevención (Gútiez, Valle & Saenz-Rico, 1992; citado en Milla & Mulas, 2005).

Como ya se ha mencionado en estos últimos años, uno de los eventos más significativos del nuevo siglo es la publicación del Libro Blanco de Atención

Temprana en el año 2001 por parte del Real Patronato sobre Discapacidad, debido a la imperiosa necesidad de crear un referente normativo que aborde la problemática específica del sector y que establezca una adecuada planificación.

Es de aquí de donde se desprende el concepto de Atención Temprana, que es definido como (Libro Blanco de Atención Temprana, 2001):

“el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tiene por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos, estas intervenciones que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar” (Pág., 13).

Al llegar hasta aquí es importante puntualizar como bien lo hace Álvarez (2004) que se han utilizado diferentes términos como son, Estimulación precoz, Atención Infantil o Precoz, Estimulación Temprana y Atención Temprana, y estos han sido utilizados indiscriminadamente, unas veces como sinónimos, en otras ocasiones como diferentes vocablos para denominar a las actuaciones que han tratado de contrarrestar en un principio y luego de prevenir las dificultades de los niños con problemas en su desarrollo o con riesgo de padecerlos.

Sin embargo, como se puede notar en este apartado, en realidad lo que ha ido evolucionando con el transcurso de los años es el concepto en sí, ya que ha pasado de ser una serie de actividades encaminadas a paliar los efectos negativos de factores ambientales como la pobreza, o factores biológicos como lo son las deficiencias biológicas, hasta ser un proceso continuo de acciones dirigidas a prevenir posibles dificultades en el desarrollo tanto del niño normal, como del niño que tiene algún nivel de riesgo ya sea biológico o ambiental de padecerlas, enmarcadas todas estas actividades, según López (2009) en el ámbito de la prevención primaria, cuyo objetivo es la prevención y consiste en una serie de acciones encaminadas a evitar la aparición de trastornos o deficiencias en el desarrollo infantil.

Concordando con Dolz y Alcantud (2002), el término más adecuado, integrador y global es el de Atención Temprana; que se define como todas aquellas intervenciones, dirigidas principalmente a los pequeños de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen como propósito dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar al niño como un todo, han de ser planificadas por un equipo de profesionales en un carácter multidisciplinar, ya que presenta una visión integral de la intervención, enmarcada en una etapa inicial de la niñez que puede extenderse adecuándose a las necesidades individuales, pero que también abarca las relaciones familiares, necesidades técnicas, comunitarias etc.

En este sentido, la difusión de la Atención Temprana tanto en lo referente a la formación de personal como de concientización de la sociedad, es de gran importancia para así evitar en la medida de lo posible la aparición de la discapacidad. Sin embargo, una vez que la discapacidad ha hecho su aparición, es importante el reconocimiento de los derechos de los pequeños con alguna deficiencia y lograr una concientización de la sociedad, para ello a lo largo del tiempo se han proclamado leyes que han ido amparando las libertades de los menores con alguna discapacidad, algunas de las más importantes se mencionan a continuación.

2.4. La Atención Temprana en el marco legal

Como se ha podido observar, la prevención y la atención de los trastornos del desarrollo infantil han tenido muchos matices a través del tiempo, desde el rechazo y la exclusión en épocas antiguas, hasta la actualidad donde se están realizando grandes esfuerzos por minimizar los efectos de las afecciones que aquejan a los pequeños, así como lograr la integración de los menores con necesidades educativas especiales al medio que lo rodea, de modo que estos infantes tengan una mayor calidad de vida.

Dentro de este corto, pero importante trayecto, el papel que han jugado las políticas y leyes que tienen relación con la organización de iniciativas o de servicios

asistenciales dirigidos a la atención y cuidados de los niños, ha sido trascendental para lograr todo el avance que se ha hecho hasta el momento.

En el marco de estas políticas, una de las más importantes fue la Declaración de los Derechos del niño, promulgada en el año 1959 y donde aparece reflejado por primera vez lo que después sería llamado como Estimulación Temprana, enfocada ésta como una forma especializada de la atención a los niños y niñas que nacen en condiciones de alto riesgo biológico y social y en el que se privilegia a aquellos que provienen de familias marginales, carenciadas o necesitadas. Es decir, se habla de una forma de estimulación a los niños y niñas discapacitados, disminuidos o minusválidos (Martínez, 2001).

En los Estados Unidos el programa Head Start que inició en 1965, como parte de la política pública del gobierno del Presidente Lyndon B. Johnson, basado en el programa de gobierno Guerra contra la Pobreza y cuyo objetivo fue dirigido a extender los beneficios de la riqueza nacional a millones de personas que por diversas razones vivían marginadas. Este periodo histórico se distingue por los esfuerzos innovadores para mejorar la vida de las personas que vivían en extrema pobreza. En ese tiempo casi la mitad de los pobres en los Estados Unidos eran niños(as), en su gran mayoría menores de 12 años de edad (Gómez et al., 2003).

Otro ejemplo de algunas políticas que han apoyado en gran medida el desarrollo de la Atención Temprana lo encontramos en España donde se elabora y aprueba la Constitución Española en 1978 y se comienza a legislar al respecto de los servicios prestados hacia el niño pequeño. A partir de esta legislación, surgen los llamados Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT), que estaban dirigidos a atender a la población de 0 a 6 años que presenta trastornos en su desarrollo o que tiene riesgo de padecerlos (Mulas & Milla, 2007).

Dentro de esta política uno de los más importantes decretos fue la ley 36/1978 del 16 de Noviembre, sobre Gestión Institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo, gracias al cual se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO). Esta normativa supuso un importante impulso de cara a la

institucionalización de la “Estimulación Precoz” puesto que, a partir de este momento, el INSERSO comienza a desarrollar pequeños cursos de estimulación precoz y el primer curso de estimulación precoz (Arizcun, Gútiez & Ruiz, 2006).

Arizcun et al., (2006) hablan de otra destacada ley en España que favoreció el desarrollo de la Atención Temprana fue el Real Decreto 1023/1976, que permitió la creación del Real Patronato de Educación Especial, hoy llamado Real Patronato sobre Discapacidad; institución que ha fomentado grandes avances para el crecimiento de la Atención Temprana, uno de los mayores logros de este Patronato es la creación del Libro Blanco de Atención Temprana (2001), referencia obligada para quien estudia de forma detenida qué es, para quién es, y cómo es la Atención Temprana.

En México, el más importante precepto a favor de la Atención Temprana, es el realizado por parte de la Secretaria de Salud, que a partir del año 2000 impulsa un esquema de acción llamado “Arranque Parejo para todos en la Vida” (Secretaria de Salud, 2002) del cual surge el programa “Acción de Atención a la Salud de la Infancia” y éste es el encargado de la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los más pequeños, así como el fomento de la Estimulación Temprana, para el grupo de menores de dos años de edad, ya que se considera que es indispensable para los infantes la igualdad de oportunidades desde su nacimiento para así poder desarrollar todo su potencial desde los primeros años de vida.

3.- DISCIPLINAS CIENTÍFICAS Y TEORÍAS QUE FUNDAMENTAN A LA ATENCIÓN TEMPRANA

Conforme se ha ido avanzado en el desarrollo de la Atención Temprana diferentes aproximaciones teóricas que abordan y explican el desarrollo infantil han conformado la base de ésta. Para Cabrera y Sánchez (1987, citado en Vélez & Resendiz, 2002) los campos de estudio principales son la Psicología del Desarrollo, La Psicología de la Conducta y la Neurología Evolutiva. En este apartado se hablará de cada uno de ellos y del cómo y por qué para la Atención Temprana son las disciplinas básicas para sus acciones.

Es importante mencionar que este capítulo fue diseñado para dar una somera descripción de las disciplinas que conforman la base conceptual de la Atención Temprana; debido a esto el capítulo no profundiza acerca de las mismas, ni tampoco se desarrollan a fondo las teorías psicológicas que aquí se presentan, si se desea saber más acerca del tema, es necesario consultar otras referencias.

3.1 Psicología del Desarrollo

3.1.1 Concepto de Desarrollo

Para entender cómo es que la Psicología del Desarrollo es una de las piedras angulares de la Atención Temprana es importante explicar brevemente qué se entiende por desarrollo humano. Este concepto se define como la progresión de estados vitales desde la fecundación hasta la senescencia y dentro de él existe una variedad impresionante de teorías que explican tal suceso y aunque algunas abarcan todo el proceso, otras sin embargo, sólo destinan su conocimiento en alguna etapa específica (Castejón & Nava, 2008).

Dentro de este largo recorrido del desarrollo humano, la etapa comprendida de 0 a 2 años se vuelve de suma importancia, ya que este es el criterio de edad en el que la Atención Temprana ha demostrado sus mayores resultados (Berger, 2007).

Se puede describir el proceso general de este periodo mediante algunos principios básicos como los siguientes (Frenquelli, 2005):

- 1) Criterio de la dirección del avance: el crecimiento de la estructura física y del funcionamiento del ser humano tiende a realizarse cefalocaudal (de la cabeza a los pies).
- 2) Principio de la continuidad: el crecimiento corporal procede en forma continua, no es reversible y es incesante hasta que el organismo haya alcanzado su madurez total, no siempre procede al mismo ritmo ya que puede tener periodos de aparente apresuramiento o de lentitud.
- 3) Criterio de la secuencia del desarrollo: los pasos del progreso físico siguen uno al otro en forma más o menos uniforme y predecible. No todos los niños operan mediante el mismo horario cronológico, pero la secuencia de las modificaciones tiende a ser predecible.
- 4) Principio de madurez o aptitud: las habilidades que va adquiriendo un niño requieren cierto nivel de desarrollo esquelético-muscular-neurológico. Cuando se ha llegado al nivel del desarrollo adecuado, se dice que el niño está biológicamente listo para ejecutar cierta tarea, aunque quizá no la realice.
- 5) Criterio de patrones individuales de crecimiento: aunque la dirección y la secuencia del desarrollo en sentido fisiológico son más o menos las mismas para todos los niños, cada uno individualmente tiene grandes diferencias con respecto a sus horarios en el tiempo.

Llegados a este punto es importante mencionar algunas de las definiciones más relevantes del desarrollo:

Para Leibniz (1646-1716) el desarrollo era el desenvolvimiento de un organismo ya formado (Fitzgerald, 1981; citado en Kail & Cavanaugh, 2006).

Por su parte Wolf en 1758 definió el desarrollo como un proceso de formación consecutiva, que se origina en un material no organizado y prosigue hasta la diferenciación de las partes (Theron, Rodin & Gorman, 2003).

Estas definiciones fueron basadas en suposiciones formuladas dentro de las ciencias biológicas, diferenciándose de aquellas nacidas desde la Psicología como por ejemplo:

Stanley (1844- 1924) psicólogo genético que sostenía que el desarrollo del individuo repite las diversas fases que se verifican en la evolución de la especie (Castejón & Nava, 2008).

Gesell por su parte define en 1947 al desarrollo como un proceso continuo que se inicia con la fertilización y va evolucionando a través de etapas escalonadas cada una de las cuales supone una organización y madurez cada vez más complejas (Candel, 2003).

Hinojosa y Galindo (1988, citado en Papalia, Wendkos & Duskin, 2005) definen el desarrollo psicológico como una serie de cambios progresivos que va sufriendo la conducta, durante los cuales, el individuo adquiere o sufre la aparición de nuevas formas de conducta cada vez más complejas, ya sea cuantitativa o cualitativamente y que se producen en función de factores orgánicos, ambientales y psicológicos.

Bee (1988; citado en Bricker, 1991) se refiere al desarrollo como una serie de cambios consecutivos 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. Así mismo, Bricker en 1991 menciona que el desarrollo es una pirámide invertida en la que las bases adquiridas por el niño, se diferencian gradualmente en respuestas cada vez más numerosas y de más alto nivel.

Craig y Baucum (2001) por su parte definen el desarrollo como los cambios en la estructura, pensamiento o conducta a lo largo del tiempo como resultado de

influencias biológicas y ambientales. Se trata de cambios progresivos y acumulativos de los que resultan una organización y funciones crecientes.

Como se puede notar, las definiciones del desarrollo han cambiado a lo largo del tiempo, partiendo de la consideración del desarrollo del individuo meramente biológico, hasta incluir factores psicológicos y del ambiente, y la importancia de los factores sociales tomando como núcleo a la familia y a la escuela. Por tanto, se puede concluir que el desarrollo es un proceso integral, ya que considera al individuo como un ser biopsicosocial (Candel, 2003).

Se puede decir entonces coincidiendo con Papalia Wendkos y Duskin (2005) que en cada etapa de la vida el resultado del desarrollo depende de las experiencias del niño con el medio y su herencia. El factor genético constituye en cada individuo el potencial de crecimiento con el que nace y los procesos a los que da lugar constituyen la maduración.

La sucesión de fases madurativas tiene lugar principalmente en el Sistema Nervioso Central y en las vías sensoriales y motoras. Si los sistemas sensorial y neuromuscular no están preparados para la aparición de una conducta, no se presentará a pesar de estimular. Las distintas capacidades se manifiestan de unas a otras de modo irreversible, es decir, podrá oscilar el momento en que aparecen pero no su orden. Así para alcanzar una determinada fase del desarrollo, se necesita el paso por las fases precedentes. Es así, como el desarrollo está ligado a los procesos del Sistema Nervioso y Neuromuscular, sobre todo en las funciones psicomotoras (Miranda, Jarque & Amado, 1999).

Este estudio del desarrollo infantil tiene aplicaciones prácticas e inmediatas, su objetivo no es solo el describir y explicar la manera en cómo se desarrollan los niños, sino también, tiene como propósito fundamental el poder predecir y modificar su progreso cuando sea necesario (Papalia et al., 2005).

Es importante destacar que esta disciplina científica estudia el origen y evolución de la conducta a través de las diferentes etapas por las que pasa el

organismo humano desde el momento de la concepción y hasta la muerte. Dentro de ésta destacan las aportaciones de algunos autores relevantes que han hecho contribuciones muy importantes como Piaget o Gesell (Castejón & Navas. 2008).

3.1.2 Algunas teorías que abordan el desarrollo infantil

Como anteriormente se ha dicho, a lo largo de las primeras décadas del siglo XX las cuestiones relacionadas con el desarrollo del niño comenzaron a ser ubicadas dentro de paradigmas que reflejaban las influencias de la genética y de la experiencia individual, algunas de las principales orientaciones sobre este tema surgieron en esta época.

Alfred Binet (citado en Álvarez, 2004) a lo largo de las primeras décadas de 1900 y tras estudiar la inteligencia durante mucho tiempo, protesta contra el determinismo Darwiniano de creer que el hombre nacía con características determinadas, heredadas y que poco se podía hacer para modificarlas, y, por lo tanto, no existía razón alguna para proporcionar escolarización a temprana edad. Para él, la mente de un niño es como un campo, para la cual un experto agricultor ha diseñado un cambio en el método de cultivo, de tal manera que en lugar de tener como resultado una tierra desierta, se obtenga en su lugar una cosecha.

Concordando con Papalia Wendkos y Duskin (2005) a continuación se describirán algunas de las teorías más significativas que han enmarcado el estudio psicológico del desarrollo humano, separadas de acuerdo a su corriente psicológica. Es importante aclarar que por cuestiones de espacio, sólo se hablará de las teorías más representativas y con mayor influencia en el estudio del desarrollo humano; son también estas propuestas teóricas las que fundamentan a la estimulación temprana, puesto que abarcan las áreas del desarrollo cognitivo, social y psicomotor, necesarias de conocer en profundidad en el desarrollo del niño para poder ofrecerle una adecuada estimulación.

3.1.2.1 Teorías Psicoanalíticas

Por principio de cuentas, es indudable que el descubrimiento de los primeros dos años de vida del niño como objeto de estudio psicológico, fue uno de los grandes aportes de Freud (citado en Gómez et al., 2003), quien identificó una nueva perspectiva para interpretar las características y el desarrollo psíquico de los individuos y por primera vez, determinó etapas infantiles como elemento básico para comprender los comportamientos y las alteraciones psíquicas del adulto.

Desde la corriente psicoanalítica, Sigmund Freud (citado en Papalia et al., 2005) hizo hincapié en el efecto de las variables ambientales en el desarrollo, además insistió especialmente en la importancia del comportamiento de los padres durante la infancia, fundando toda una corriente, que hoy se conoce como Psicoanálisis y estableciendo una serie de teorías básicas sobre el desarrollo de la personalidad que aún hoy en día influyen en los psicólogos infantiles.

Su teoría sustenta que una personalidad sana requiere satisfacer sus necesidades instintivas, a lo que se oponen el principio de realidad y la conciencia moral, representados desde una perspectiva estructural por las tres instancias de la personalidad: el ello (fuente de los impulsos intuitivos), el yo (instancia intermedia, que trata de controlar las demandas del ello y del superyó adaptándolas a la realidad) y el superyó (representación de las reglas sociales incorporadas por el sujeto, como una especie de conciencia moral). El centro fisiológico de los impulsos instintivos se modifica con la edad, y los períodos de los diferentes centros se denominan etapas. Freud describe 5 etapas, las cuales son:

Etapa Oral (0-12 meses) es la primera fase y se presenta en la lactancia temprana. La boca del niño se convierte en el centro de la estimulación y placer sensoriales; a los lactantes les atrae succionar cosas y meterse a la boca juguetes.

Etapa Anal (12-18 meses a los 3 años) en éste período el centro fisiológico de los impulsos se traslada al ano, a medida que el niño aprende a controlar la evacuación.

Etapa Fálica (3-6 años) durante ésta etapa el placer sensual del niño se centra en los genitales. Aquí aparecen los complejos de Edipo y Electra.

Etapa de Latencia (de los 6 años a la pubertad) periodo de relativa calma sexual. Los niños y las niñas tienden a evitar al sexo opuesto, pero no son totalmente asexuales.

Etapa Genital (de la pubertad en adelante) tiene lugar debido a los cambios hormonales que acompañan a la pubertad, y marca la entrada a una sexualidad madura (Frenquelli 2005).

Álvarez (2004) comenta que otro de los grandes aportes de Sigmund Freud fue el juego, descubierto como una totalidad compleja pero coherente y de especial significado para el niño; es donde se pueden identificar conflictos y soluciones a problemáticas infantiles.

Sin embargo Papalia et al., (2005) explican que las teorías de Freud perdieron su lugar en la historia, debido a que sus teorías del desarrollo normal las basó en personas de clase media-alta, y no en una población de niños promedio; además de la insistencia en la importancia de los sentimientos sexuales, dejando de lado otras influencias posteriores en la personalidad, incluyendo las influencias de la sociedad y la cultura, factores que son enfatizados por algunos de sus herederos, destacando de manera importante Erik Erikson, psicoanalista alemán que originalmente formó parte del círculo de Freud en Viena, cuya teoría enriquece a la de Freud, enfatizando la influencia de la sociedad en el desarrollo de la personalidad. Así pues, estos postulados resultan relevantes debido a que ponen énfasis en los dos primeros años de vida del ser humano, describiendo el desarrollo como una serie de etapas subsecuentes, las cuales si no se llevan a cabo de forma adecuada el desarrollo no se dará de manera óptima.

La teoría de Erikson no es psicosexual sino más bien psicosocial (Craig & Baucum, 2001), además se toma en cuenta la adultez y a la etapa final de la vida. Él consideró 8 etapas en el desarrollo a lo largo de la existencia, cada una de ellas en

función de la resolución con éxito de una crisis o punto de giro. Cada crisis es un hecho que necesita ser resuelto en un particular momento del desarrollo y su objetivo es el equilibrio entre dos alternativas. El que se llegue o no a esa solución tendrá gran impacto en el desarrollo de la personalidad. Las etapas son las siguientes (Kail & Kavanaugh, 2006):

Crisis 1: Confianza básica frente a desconfianza básica (del nacimiento a los 12-18 meses). Un cuidado constante y digno de confianza es el determinante elemental para resolver con éxito esta crisis.

Crisis 2: Autonomía frente a vergüenza (de los 18 meses a los 3 años). Apoyados en el sentido de confianza ya establecido, los niños se dedican a explorar su entorno con sus recién desarrolladas habilidades para moverse y utilizar el lenguaje. Aprenden cuál es su autonomía y cuáles son sus limitaciones.

Crisis 3: Iniciativa frente a culpa (de los 3 a los 6 años). El conflicto básico en esta etapa se establece entre la iniciativa de planear y llevar a cabo actividades y remordimientos sobre lo que el niño quiere realizar.

Crisis 4: Laboriosidad frente a inferioridad (de los 6 a los 12 años). En ésta etapa los niños deben aprender las claves de su cultura, tanto a través de la escuela como de los adultos y los niños mayores.

Crisis 5: Identidad frente a confusión de roles (12-17 años). Los repentinos cambios temporales desconciertan a los jóvenes y les hacen preguntarse qué personas han sido hasta ahora y en quiénes se están convirtiendo.

Crisis 6: Intimidad frente a aislamiento (joven adulto). El joven está preparado para comprometerse en una relación más íntima con otra persona, arriesgándose a una pérdida temporal del yo en situaciones que requieren abandonarse.

Crisis 7: Generatividad frente a estancamiento (alrededor de los 40 años). El individuo se enfrenta a la necesidad de generatividad, una preocupación por establecer y guiar a la siguiente generación, que puede expresarse a través de la

educación de los hijos propios, tomando bajo la tutela a jóvenes protegidos o a través de algún trabajo creativo y productivo.

Crisis 8: Integridad del yo frente a desesperación (senectud). La integridad del yo es la culminación de la solución con éxito de las siete crisis anteriores en el desarrollo a lo largo de la vida. Implica amor al yo humano, que depende de la aceptación de la vida que uno ha llevado, sin remordimientos importantes por lo que podía haber hecho de forma diferente (Miranda et al., 1999).

La mayor aportación de este autor fue el papel activo de la sociedad en la que se desenvuelve el ser humano y como su interacción del individuo con esta puede ocasionar dificultades en el curso natural del desarrollo. Erikson además insistió en que los niños son exploradores activos y curiosos que tratan de adaptarse al ambiente y no esclavos pasivos de impulsos biológicos moldeados por sus padres.

Por otro lado, existen otros autores psicoanalistas que han hecho grandes aportes a favor de la infancia, como lo son Erich Fromm, quien identificó la importancia de la influencia del medio ambiente en el individuo, desde el momento mismo de su nacimiento, o Melanie Klein que desarrolló las técnicas de juego “Terapia lúdica”, vitalmente importante para el reconocimiento y tratamiento de la psiquis del niño (Álvarez, 2004).

Este enfoque psicodinámico, pone de relieve que el camino hacia la vida adulta desde la infancia, es de vital importancia y que es difícil porque está sembrado de obstáculos. Los resultados del desarrollo reflejan la manera y la facilidad con que los niños superaron las barreras de su vida. Cuando lo hacen sin dificultad, los pequeños estarán mejor preparados para encarar otras posteriores.

3.1.2.2 Teorías Conductuales

Por la misma época en la que la teoría psicodinámica atraía cada vez más la atención hacía el estudio de la infancia, otras corrientes psicológicas hacían lo propio, en especial las llamadas ciencias del comportamiento, como lo son el conductismo y las teorías cognoscitivas-evolutivas.

Hablando de conductismo, John B. Watson y B. F Skinner, son los principales exponentes (citados en Kail & Canavanagh, 2006). Para el psicólogo estadounidense John B. Watson, el aprendizaje era el determinante de lo que serán los niños, él defendía la idea del filósofo John Locke que decía que la mente del infante es una hoja en blanco donde escribe las experiencias. De hecho Watson sostenía que podía tomar a una docena de infantes sanos y moldearlos para convertirlos en lo que él quisiera, médicos, abogados, limosneros, etc; sin que importara su ambiente o su herencia (Horowitz 1991; citado en Gomez et al., 2003).

Este autor insistió de igual forma en la importancia de los estímulos progresivamente asociados por condicionamiento a diferentes respuestas, que se aprenden y modelan al recibir refuerzos positivos (recompensas) o negativos (castigos), o simplemente desaparecer por la ausencia de estos tras una ejecución para poder explicar el comportamiento del ser humano.

Sin embargo, Watson realizó pocas investigaciones para corroborar sus ideas. B.F Skinner (citado en Stephen, 2001) llenó ese hueco. Él, estudió el condicionamiento operante en que las consecuencias de una conducta determinan si ésta se repite en el futuro. Skinner realizó investigaciones fundamentalmente con animales, pero posteriormente las investigaciones del desarrollo humano pronto demostraron que los principios del condicionamiento operante podrían aplicarse de manera fácil a las personas (Baer & Wolf, 1968; citado en Kail & Kavanaugh, 2006). Para Skinner el desarrollo del ser humano se basa en la repetición de conductas que producen efectos positivos y la represión de conductas que causan efectos negativos.

Por su parte, hablando ya de teorías cognitivas conductuales, Albert Bandura basó su teoría de aprendizaje social en un descubrimiento muy importante, la imitación. Los investigadores descubrieron que a veces el ser humano y sobre todo, los niños aprenden sin reforzamiento ni castigo, simplemente observando a la gente del entorno, pero no a cualquier persona, ni cualquier tipo de conducta, si no a personas que son populares, inteligentes o talentosas, además de imitar conductas

que son recompensadas, no castigadas. Bandura basó su teoría cognitiva social en esta idea más compleja del premio, castigo e imitación, su teoría es cognitiva porque cree que las personas tratan de entender lo que pasa en el mundo y es social porque, además del reforzamiento y el castigo, lo que hacen los demás es una fuente importante de información sobre el mundo. Para Bandura el desarrollo humano se fundamenta en la adquisición de diversas conductas mediante la imitación y repetición, y es por esto que hacemos y aprendemos infinidad de cosas que observamos y por ende repetimos.

3.1.2.3 Teorías Evolutivas

Desde otro punto de vista Arnold Gesell consideró que la raíz del comportamiento radica en el cerebro y en los sistemas sensorial y motor. La sincronización, uniformidad e integración en una determinada edad, predicen la conducta en otra posterior. El comportamiento o la conducta son términos para definir cualquier reacción que el niño realice, ya sean reflejas, espontáneas voluntarias o aprendidas.

Para Gesell, el desarrollo es un proceso de moldeamiento continuo que comienza desde la concepción y pasa a través de la sucesión ordenada de etapas representando cada una de ellas un nivel o grado de madurez. Este desarrollo de la conducta une el constante intercalamiento de patrones que conducirán al crecimiento mental, llevándolo a un estado de madurez psicológica (Gesell & Amatruda 1994; citado en Velez & Resendiz, 2002).

Gesell aborda el desarrollo describiendo una serie de actividades que logra un niño para cada edad cronológica. De esta manera trata de explicar el desarrollo en función de la maduración, las conductas esperadas para cada etapa son (Candel, 2003):

- 1) Cuatro semanas.- Mira a su alrededor y presenta un seguimiento ocular limitado, mira los rostros de quienes lo observan, emite pequeños ruidos guturales, escucha sonidos y mantiene las manos cerradas.

- 2) Dieciséis semanas.- Presenta un correcto seguimiento visual, mantiene la cabeza firme, murmura, ríe, juega con manos, juega con ropa, y se sienta con apoyo.
- 3) Veintiocho semanas.- Comienza a sentarse solo por algunos segundos, y posteriormente se sienta apoyándose sobre las manos, tolera su peso apoyado en pies, emite sílabas simples, juega con sus pies, da palmaditas a su imagen reflejada en el espejo, agarra, manipula y puede pasar un objeto de una mano a otra.
- 4) Cuarenta semanas.- Se sienta solo, gatea, se para apoyándose de los muebles, imita sonidos, come una galleta, manipula objetos y los suelta intencionalmente.
- 5) Doce meses.- Se para, camina con ayuda, se traslada, dice 2 o más palabras coopera para vestirse, juega con pelota.
- 6) Dieciocho meses.- Camina sin caerse, pasa de la posición sentado a la de parado, garabatea espontáneamente, reconoce ilustraciones.
- 7) Veinticuatro meses.- Corre bien, pateo la pelota, inicia el control de esfínteres, comprende órdenes sencillas, juega con muñecos, usa frases de tres palabras.
- 8) Treinta y seis meses.- Copia un círculo, se para sobre un pie, salta desde el escalón inferior, usa oraciones, responde preguntas sencillas, usa bien la cuchara, se pone los zapatos, espera su turno. Sostiene un lápiz correctamente.
- 9) Cuarenta y ocho meses.- Copia una cruz, salta sobre un pie, salta a distancia, sigue contornos, usa conjunciones, entiende preposiciones, se lava y seca la cara, hace mandados, juega en grupo, inicia los conceptos de número y forma.

Se puede ver que Gesell centra su teoría en la evolución del desarrollo del niño de manera cronológica, tomando en cuenta aspectos del crecimiento y madurez psicológica, así como aspectos de conformación social. Gesell, entonces ve al individuo como una unidad biopsicosocial.

3.1.2.4 Teorías Cognoscitivas

Para Shaffer y Kipp (2007) ningún otro teórico ha enriquecido más el conocimiento acerca del desarrollo infantil como lo ha hecho Piaget; a través de su teoría cognoscitiva. Dicho autor definió la inteligencia como un proceso básico que ayuda a un organismo a adaptarse al ambiente.

Sus escritos sobre el desarrollo de la inteligencia tuvieron mucha influencia en el cuidado cognitivo de los niños. Él denominó sus teorías como epistemología de la genética (estudios del origen del conocimiento humano) y sus teorías dieron lugar a trabajos más avanzados y profundos, dentro del área de Psicología infantil (López, 2001).

Piaget basa sus teorías sobre el supuesto de que desde el nacimiento los seres humanos aprenden activamente (Kail & Cavanaugh, 2006). Durante todo ese aprendizaje el desarrollo cognitivo pasa por cuatro etapas o estadios bien diferenciados en función del tipo de operaciones lógicas que se pueden o no realizar. Los estadios son:

- Estadio sensorio-motriz (del nacimiento a los 2 años aproximadamente), aquí el niño pasa de realizar movimientos reflejos inconexos al comportamiento coordinado, pero aún carece de la formación de ideas o de la capacidad para operar con símbolos. Durante esta etapa la inteligencia del niño se basa en los sentidos. Los lactantes conocen el mundo sólo observando, agarrando y usando la boca para explorar.
- Estadio pre-operacional (de los 2 a los 7 años aproximadamente), el pequeño tiene la capacidad de formar y manejar símbolos como lo es el lenguaje, pero aún fracasa en el intento de operar lógicamente con ellos. Es la época en que

los niños conocen el mundo primordialmente a través de sus propias acciones, su pensamiento tiende a ser demasiado concreto, irreversible y egocéntrico.

- Estadio operacional concreto (de los 7 a los 11 años aproximadamente), el niño en esta etapa comienza a manejar operaciones lógicas esenciales, pero siempre que los elementos con los que se realicen sean referentes concretos (no símbolos de segundo orden, entidades abstractas como las algebraicas, carentes de una secuencia directa con el objeto). El niño empieza a pensar de forma lógica.
- Estadio operacional-formal (desde los 12 años en adelante), esta etapa caracteriza al individuo por su capacidad de desarrollar hipótesis y deducir nuevos conceptos, manejando representaciones simbólicas abstractas sin referentes reales, con las que realiza correctamente operaciones lógicas. El pensamiento ya no necesita ser probado con objetos físicos ni con acontecimientos reales.

Para Piaget, la inteligencia es una adaptación biológica, evoluciona gradualmente en pasos cualitativamente diferentes, como resultado de infinidad de acomodaciones y asimilaciones, mientras el sujeto trata de alcanzar nuevos equilibrios, la mente es activa, no pasiva.

Los esfuerzos innovadores de Piaget dejaron una huella profunda y duradera en la concepción del desarrollo humano, no obstante, muchas de sus ideas han sido puestas en tela de juicio. Uno de los más importantes autores que cuestionó esta teoría de forma relevante fue Lev Vigotsky (Papalia et al., 2005).

La teoría sociocultural del desarrollo de dicho psicólogo ruso se centraba en el estudio de cómo la cultura (creencias, valores, tradiciones y habilidades de un grupo social) se trasmite de una generación a otra. Vigotsky no consideraba a los niños como exploradores independientes que hacen descubrimientos decisivos por su cuenta, sino que veía en el desarrollo cognoscitivo una actividad mediada por la sociedad; el niño adquiere paulatinamente formas nuevas de pensar y de

comportarse a través de diálogos cooperativos con miembros de la sociedad mas conoedores (Gaurain, 2001; citado en Shaffer & Kipp, 2007).

Para Vigotsky existen dos tipos de funciones mentales; las inferiores y las superiores. Las funciones mentales inferiores son aquellas con las que nacemos, son las funciones naturales y están determinadas genéticamente. El comportamiento derivado de estas funciones es limitado; está condicionado por lo que podemos hacer.

“Las funciones mentales superiores se adquieren y se desarrollan a través de la interacción social. Puesto que el individuo se encuentra en una sociedad específica con una cultura concreta, estas funciones están determinadas por la forma de ser de esa sociedad. Las funciones mentales superiores están abiertas a mayores posibilidades. El conocimiento es resultado de la interacción social; en la interacción con los demás adquirimos conciencia de nosotros, aprendemos el uso de los símbolos que, a su vez, nos permiten pensar en formas cada vez más complejas. Para Vigotsky, a mayor interacción social, mayor conocimiento, más posibilidades de actuar, más robustas funciones mentales superiores” (Baquero, 1997, pág. 112).

Por su parte Jerome Bruner (Craig & Baucum, 2001), también se interesó por el estudio del desarrollo de los niños. Bruner propone tres modelos de aprendizaje para explicar dicho desarrollo:

1.- El primero lleva por nombre Inactivo se aprende haciendo cosas, actuando, imitando y manipulando objetos. Es este el modelo que usan con mayor frecuencia los niños pequeños. A decir verdad, es prácticamente la única forma en que un niño puede aprender en el estadio senso-motor. No obstante, también los adultos suelen usar este modelo cuando intentan aprender tareas psicomotoras complejas u otros procesos complejos.

2.- El segundo modelo de aprendizaje lleva por nombre Icónico, el cual implica el uso de imágenes o dibujos. Adquiere una importancia creciente a medida que el

niño crece y se le insta a aprender conceptos y principios no demostrables fácilmente.

3.- El tercer y último modelo lleva por nombre Simbólico y es el que hace uso de la palabra escrita y hablada. El lenguaje, que es el principal sistema simbólico que utiliza el adulto en sus procesos de aprendizaje, aumenta la eficacia con que se adquieren y almacenan los conocimientos y con que se comunican las ideas. Por tan evidentes razones, es el modelo de aprendizaje más generalizado. Resulta más útil y eficaz conforme los niños van avanzando de las operaciones concretas a las operaciones formales.

Como es de notarse, a Bruner le interesaban la Biología y la Epistemología; él creía que las estructuras cognoscitivas cambian cualitativamente conforme crece el niño y que la mente se desarrolla a lo largo de los tres modelos de aprendizaje descritos anteriormente. El crecimiento se lleva a cabo a medida que los niños pasan de un estado donde lo inmediato y lo manifiesto captan su atención a otro donde su mente puede trascender las apariencias (Craig & Baucum, 2001).

Actualmente, la Atención Temprana se encuentra fundamentada por el modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1979; citado en Gómez et al., 2003) que dice:

La evolución del niño se entiende como un proceso de diferenciación progresiva de las actividades que éste realiza, de su rol y de las interacciones que mantiene con el ambiente. Es de resaltar la importancia de las interacciones y transacciones que establecen entre el niño y los elementos de su entorno, empezando por los padres y los iguales. De acuerdo con estas ideas, al analizar el desarrollo del niño no se puede observar únicamente su comportamiento de forma aislada, o como fruto exclusivo de su maduración, si no siempre en relación al ambiente en el que el niño se desarrolla. Las relaciones entre el niño y sus padres se entienden como un factor central para el desarrollo del pequeño.

Este traslado del punto de vista, desde una mera influencia de la maduración sobre el niño, a la influencia del sistema familiar y del entorno en el desarrollo del

menor, es lo que ha promovido el paso a una definición de la Atención Temprana como un conjunto de actuaciones centradas en la familia y en la comunidad, además del pequeño (García, 2001).

Para plantear un programa de Atención Temprana se deben tener en cuenta las variables individuales y familiares del niño, es decir, su contexto sociocultural y sus interacciones. Este modelo aporta un cambio importante de perspectiva en la Atención Temprana, ya que enfatiza las interacciones y acomodaciones mutuas entre el ser humano que está en proceso de desarrollo y las propiedades de sus entornos inmediatos, y busca explicar cómo los acontecimientos en diferentes sistemas ecológicos afectan directa e indirectamente a la conducta.

A partir de las aportaciones de estos estudiosos del desarrollo, el futuro de este campo de estudio se ve prometedor, ya que se comenzarán a realizar investigaciones sobre el desarrollo del niño pequeño, revelando la importancia y beneficio potencial de intervenir tempranamente en el desarrollo del infante (Gómez et al., 2003).

Finalmente, los profesionales que estudian la Atención Temprana a veces eligen con claridad la teoría sobre la cual basan las explicaciones e intervenciones pero en otros casos la fundamentación es ecléctica.

3.2 Psicología de la conducta

Dentro de las bases de la Atención Temprana la Psicología de la Conducta es una de las teorías principales y está enfocada en el estudio de comportamientos y sucesos observables. Reconoce que la biología establece límites, pero considera que el ambiente tiene más influencia para dirigir el comportamiento. Esta disciplina sostiene que el aprendizaje es lo que cambia el comportamiento y hace avanzar el desarrollo. Por esto, se centra en dos clases de aprendizaje, el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante (Papalia et al., 2005).

El condicionamiento clásico consiste en que un estímulo antes neutral (estímulo condicionado) adquiere la capacidad de suscitar una respuesta (respuesta

condicionada) por asociación con un estímulo incondicionado que por lo común produce una respuesta particular (respuesta incondicionada), es decir, una persona aprende una respuesta ante un estímulo que originalmente no la produciría, después que este estímulo se asocia repetidas veces con uno que produciría la respuesta (Cabrera & Sánchez, 2002).

El condicionamiento operante por su parte se define como el aprendizaje en el que una respuesta continúa porque se refuerza. Skinner en 1904 formuló los principios básicos del condicionamiento operante. Un organismo tenderá a repetir una respuesta que se ha reforzado y suprimir una respuesta que se ha castigado (Skinner, 1987; citado en Ardila, 2001).

El refuerzo es el proceso en el que un estímulo (consecuencia) que sigue a una respuesta (conducta) aumenta la probabilidad de que la respuesta (conducta) se repita en el futuro.

Por su parte, el castigo es el proceso en el que el estímulo (consecuencia) que sigue a una respuesta (conducta) disminuye la probabilidad de que la respuesta (conducta) se repita en el futuro (Stephen, 2001).

Así como se refuerzan conductas y se moldea la aparición de otras, asimismo se extinguen conductas no deseadas que suelen ser aversivas o dañinas para otros sujetos o para el individuo mismo. Esta extinción consiste en suspender cualquier reforzador, es decir, las consecuencias que siguen a determinada conducta para disminuir gradualmente la frecuencia de las respuestas con el fin de su cese definitivo, aunque cabe recordar que estas respuestas no desaparecen por completo sino más bien, tienden a desaparecer (Ardila, 2001).

Es por esto que la Psicología de la Conducta es la fundamentación teórica que abarca las técnicas y la base científica que se emplean para la Atención Temprana. Se desarrolla a partir de la observación de tres cambios fundamentales; el cambio en el medio en forma de objeto o acontecimiento que influyen al organismo llamado estímulo, el cambio en el organismo que se traduce en alguna forma de

comportamiento observable llamado conducta o respuesta y el nuevo cambio en el medio en forma de objeto o acontecimiento, efecto de dicha conducta llamado consecuencia (Ribes, 2002).

Esta disciplina científica ha dado lugar a dos premisas básicas que guían a la Atención Temprana (Gómez et al., 2003):

- 1.- Se puede enseñar a los niños a comportarse aunque presenten condiciones de retraso en su desarrollo.
- 2.- Para los programas de Atención Temprana sólo es relevante el análisis de la conducta actual, asumiendo que las relaciones entre la conducta del niño y el ambiente son directamente observables.

Los fundamentos principales del aprendizaje se sustentan en el condicionamiento operante. El aprendizaje se entiende como una serie de modificaciones o cambios de comportamiento de un organismo que se dan como resultado de la experiencia o de la práctica adquiriendo conocimientos o habilidades nuevas.

En el condicionamiento operante no se crea ninguna respuesta sino que se fortalece una ya existente. Por ejemplo en los niños con retardo en el desarrollo, algunas veces la conducta que se quiere fortalecer no existe y para lograr su ejecución se emplean diferentes métodos como el moldeamiento por aproximaciones sucesivas. Dicho moldeamiento consiste en definir con precisión la conducta deseada, después se elige una conducta más amplia que incluirá la deseada o la que se asemeja a ella y se le reforzará hasta que se presente con frecuencia, posteriormente se restringirá la amplitud de esta conducta hasta hacerla más parecida a la deseada mediante un reforzamiento diferencial. Dicho procedimiento junto con la imitación tendrá un efecto más eficaz en los niños con algún retraso madurativo (Ribes, 2002).

Esta disciplina científica ha sido muy útil para diseñar programas y terapias orientadas a lograr cambios de conducta. Sin embargo, este campo de estudios desestima la importancia biológica.

No obstante, el cambio del punto de vista desde una mera influencia en la maduración sobre el niño, al influjo del sistema familiar y del entorno en el desarrollo óptimo del pequeño, es lo que ha promovido el paso a una definición de la Atención Temprana como un conjunto de actuaciones centradas en la familia y en la comunidad, además de ya no centrarse sólo en el menor (Odom & Kaiser, 1997; citado en Gómez et al., 2003).

3.3 Neurología Evolutiva

La Neurología Evolutiva es la tercera de las disciplinas que constituye un fundamento básico para la Atención Temprana y para su evolución, debido principalmente a que estudia la evolución del Sistema Nervioso del niño desde el nacimiento hasta los 2 años aproximadamente (Flores, 2005).

Para saber si el desarrollo neurológico de un bebé se va dando de forma óptima y dentro de los parámetros normales, es necesario realizar exámenes cuidadosos del estado físico del recién nacido tomando siempre en cuenta principalmente el tono muscular y los reflejos (Álvarez, 2004).

Para Bradley, Daroff, Fenichel, y Jankovic (2006) el tono muscular es el responsable de todas las acciones corporales, además es el factor que permite el equilibrio necesario para adoptar diferentes posturas. Es un estado de tensión permanente de los músculos cuyo origen es esencialmente reflejo; se manifiesta a través de los músculos y es una acción dirigida por el sistema nervioso.

La clasificación del tono muscular se divide en tono normal, hipotonía e hipertonia (Bradley et al., 2006):

- 1.- Tono normal: definido como el ajuste rápido, provocado por el cambio de postura.

2.- Hipotonía: los niños con tono hipotónico manifiestan falta de resistencia e hiperextensibilidad articular, así como flacidez.

3.- Hipertonía: existe un retraso en el reajuste muscular, es decir, rigidez ante los cambios de postura.

Por otra parte los reflejos son otro de los factores esenciales para el estudio del bebé. Coriat (1974; citado en Cabrera & Sánchez, 2002) dice que “los reflejos son reacciones automáticas desencadenadas por estímulos que impresionan diversos receptores. Tienden a favorecer la adecuación del individuo al ambiente acompañándolo durante la primera edad y algunos durante toda la vida” (p. 26).

La existencia de los reflejos en el recién nacido es signo de que el Sistema Nervioso Central se encuentra en excelentes condiciones durante las primeras semanas; estos se van formando progresivamente, lo cual indica una evolución normal. Sus manifestaciones están ligadas con un buen tono muscular (Cabrera & Sánchez, 2002).

Álvarez (2004), comenta que existen dos tipos de reflejos:

1.- Primarios: son los reflejos que están presentes desde el nacimiento, ejemplos de este tipo de reflejos son:

- Reflejo ocular.- Radica en el cierre de los párpados ante una luz intensa.
- Reflejo cervical.- Consiste en la tendencia del niño a mantener la cabeza girada hacia uno u otro lado.
- Reflejo tónico asimétrico.- Se da cuando el brazo y la pierna correspondientes al lado que gira su cabeza, permanecen extendidos y los miembros del lado contrario flexionados.
- Reflejo de prensión.- Consistente en el cierre automático de los dedos cuando se estimulan las palmas del bebé, esta prensión es

tan fuerte que permite levantar al niño cogido de los dedos de quien estimule la palma de la mano.

- Reflejo de succión.- El pequeño realiza la conducta de chupar cuando algo le roza la zona peribucal. La principal función de esto es facilitar la alimentación.

2.- Secundarios: son aquellos reflejos que aparecen en el segundo semestre de vida del infante, ejemplos de este tipo de reflejo son:

- Reflejo de Landau.- Este reflejo se observa cuando se suspende al niño en posición dorsal, entonces su cabeza se eleva y los pies y brazos se extienden.
- Reflejo de paracaídas.- Este reflejo se puede desencadenar suspendiendo al niño en el aire sujetándole por los costados, en posición ventral, e inclinándole bruscamente hacia una superficie, entonces el bebé extenderá los brazos hacia esa superficie como para protegerse del impacto.
- Apoyo lateral y posterior.- Consiste en el apuntalamiento con una de las manos en sentido lateral cuando el niño corre el riesgo de perder el equilibrio en esa dirección.

Es importante aclarar que los reflejos primarios no desaparecen al presentarse los reflejos secundarios, sino que se incorporan a ellos. Sin embargo, si alguno de los reflejos primarios persiste, aun después de la aparición de los secundarios, muy probablemente se podría estar hablando de que existe en el niño algún daño neurológico (Álvarez, 2004).

Por otra parte el sistema nervioso comienza a funcionar desde el período embrionario, etapa en la que la multiplicación y diferenciación celular constituyen su principal característica, mientras el crecimiento es más evidente durante la vida fetal tardía y postnatal. En el ser humano la formación de nuevas neuronas por mitosis se

suspende durante el último período de vida prenatal (Hernández, Mulas & Mattos, 2004).

El crecimiento del sistema nervioso continúa durante los primeros años, debido al incremento de tamaño de los cuerpos celulares y de las ramificaciones de las neuronas, de la mielinización de sus vías y de la multiplicación de las células gliales o neuroglías (Flores, 2005).

Resulta importante mencionar que el sistema nervioso se compone por unidades celulares especializadas llamadas neuronas que se dividen en clase uno y clase dos (Bradley et al., 2006): las células de clase uno se caracterizan por ser voluminosas, se forman al inicio del desarrollo y constituyen las principales conexiones dentro del cerebro.

Por su parte las células de clase dos son más pequeñas y llevan a cabo conexiones dentro de estructuras determinadas del encéfalo; estas células son más susceptibles a los efectos del ambiente y son más plásticas, es decir, son más adaptables.

Todas las neuronas poseen prolongaciones que les permiten formar vías de conducción de los impulsos nerviosos hacia el cuerpo celular que contiene el núcleo celular, tales prolongaciones son de dos tipos (Hernández et al., 2004):

- 1.- Fibras cortas denominadas dendritas; son prolongaciones protoplasmáticas de la neurona y su función es recibir la actividad de otras células y llevarla al cuerpo celular.
- 2.- Fibra larga llamada axón; prolongaciones que tiene pocas ramificaciones a través de las cuales se conducen los impulsos que se alejan del cuerpo celular hacia otras glándulas o células.

Los axones, poseen una vaina mielinizada que les rodea y cuyo material es adiposo interrumpido a intervalos llamados nódulos de Ranvier que favorecen la transmisión eléctrica. La mayor parte de la actividad que produce energía ocurre en

el soma. Si una neurona tiene un axón muy largo deberá elaborar una cantidad mayor de energía para abastecer el axón (Flores, 2004).

Los axones del Sistema Nervioso Periférico poseen una capa protoplasmática donde se origina la mielina. La sustancia blanca del Sistema Nervioso contiene fibras mielínicas y amielínicas; la sustancia gris tiene cuerpos celulares, fibras amielínicas y muy pocas fibras mielínicas. En las raíces posteriores, los nervios periféricos y los nervios raquídeos contienen ambos tipos de fibras, en las raíces anteriores continúan únicamente fibras mielínicas. Las terminaciones de los axones forman sinapsis con otras células nerviosas o con terminaciones motoras en el tejido nervioso (Cabrera & Sánchez, 2002).

El Sistema Nervioso Central está formado por un armazón integrado por células neurológicas y anteriormente se creía que a diferencia de la etapa prenatal, no podían formarse nuevas células nerviosas durante la edad adulta. Si se destruyen los axones, las células originales sufren cromatólisis que es la desaparición gradual de la sustancia de Nissl. El cuerpo celular, el núcleo y el nucléolo aumentan de volumen y el nucléolo se desplaza hacia la periferia de la célula. Si ocurre una lesión axónica fuera del Sistema Nervioso Central es posible que se lleve a cabo la regeneración, sobre todo por la presencia de células de neurilema que forman cordones y tubos, a lo largo de los cuales crecen las fibras de regeneración y en donde es posible la plasticidad cerebral, que se refiere al establecimiento de nuevas interconexiones en un sistema nervioso inmaduro durante la etapa prenatal y los primeros años de vida (Flores, 2005).

La plasticidad cerebral es (Hernández et al., 2004): la capacidad que poseen las células nerviosas de reorganizar sus conexiones sinápticas y modificar los mecanismos bioquímicos y fisiológicos implicados en su comunicación con otras células, como respuesta a la pérdida parcial de sus neuritas, a la presencia mantenida de cambios en sus aferentes y a la actuación local sobre ellos de diferentes agentes humorales.

Gracias a esta cualidad, el cerebro puede ser modulado y modificado por las influencias ambientales; recibir, almacenar y evocar la información y compensar o corregir, en grado variable, la pérdida ocasionada por alguna lesión (Flores, 2005).

Cabrera y Sánchez (2002) explican que la rehabilitación es una forma de enseñar al Sistema Nervioso cómo desempeñarse de manera ligeramente diferente o nueva para que pueda enfrentar o reaccionar mejor ante su ambiente.

Flores (2005) explica que cuando un pequeño nace, posee un bagaje completo de neuronas, pero esto no implica que el sistema nervioso esté maduro en el momento del nacimiento, sólo significa que no obtendrán neuronas adicionales ni que pueden ser reemplazadas las que se encuentran lesionadas. No obstante, el conocimiento actual permite saber que el Sistema Nervioso madura lentamente en un período de 25 a 35 años, lo que implica que el Sistema Nervioso cambia conforme el crecimiento, desarrollo y aprendizaje.

Este cambio puede reflejarse en:

- 1) El crecimiento dendrítico.
- 2) Incremento en la mielinización de las prolongaciones neuronales.
- 3) Entre las sinapsis o dentro de las sinapsis.
- 4) Crecimiento colateral de los axones.
- 5) Desarrollo de las nuevas placas terminales.
- 6) Crecimiento de nuevas células receptoras para reemplazar a las viejas o lesionadas en algunos sistemas del cuerpo.
- 7) Uso de circuitos neuronales diferentes o de las menos usadas.

Estos factores son evidencia de un sistema nervioso plástico que nunca cesa de cambiar o madurar hasta la tercera o cuarta década de la vida. Si el sistema nervioso fuera una estructura rígida, inflexible y estática, cuando un ser humano nace

el aprendizaje sería imposible. Cuando un paciente está en rehabilitación compensa las limitaciones de su sistema nervioso y encuentran nuevas formas que les permiten desenvolverse en su ambiente. Si el sistema nervioso no fuera maleable, la rehabilitación no tendría caso (Hernández et al., 2004).

Es importante mencionar que existe una correlación directa entre un sistema nervioso plástico, ambiente, crecimiento, desarrollo y aprendizaje. El organismo no podría madurar de forma regular sin alguno de estos componentes. Sin estímulos no puede desarrollarse normalmente ni puede ser capaz de aprender (Bradley et al., 2006).

Así, la plasticidad cerebral ahora es definida como la capacidad del Sistema Nervioso Central para establecer nuevas conexiones neuronales, desde el nacimiento hasta la tercera o cuarta década de la vida; sin embargo, esta capacidad es de un 90% durante los primeros años de la vida. Este concepto pasa a ser parte de la base de la Atención Temprana ya que permite al individuo encontrar nuevas formas para sustituir sus limitaciones en los primeros años de vida (Flores, 2005).

Hernández et al., (2004) explican que las aportaciones de esta teoría dentro del desarrollo del pequeño, fundamentan la capacidad del individuo para rehabilitarse cuando presente alguna alteración en su desarrollo, esta capacidad de crear nuevas conexiones permitirá al niño, sobre todo al principio de su vida, dentro de los dos primeros años, adquirir nuevas habilidades que le permitirán interactuar eficazmente con su medio.

Resulta imperante comentar que sin estas tres disciplinas, la Psicología del Desarrollo, la Psicología Conductual y la Neurología Evolutiva, sería muy complicado llevar a cabo de manera eficaz la Atención Temprana, ya que para realizar alguna intervención o simplemente para reconocer si un niño tiene riesgo de padecer o presenta ya alguna perturbación en su desarrollo, es indispensable conocer extensamente cada una de las fases del desarrollo, y una vez reconociendo el trastorno en el proceso, para poder realizar un tratamiento adecuado se tiene que tomar en cuenta tanto al pequeño como a su medio ambiente, respetando claro está

las capacidades del menor, pero teniendo en cuenta que estas intervenciones se deben de dar principalmente en los dos primeros años de vida ya que es cuando el cerebro del niño presenta una mayor plasticidad neuronal

LA ATENCIÓN TEMPRANA EN MÉXICO

En nuestro país, la historia de la estimulación temprana ha estado profundamente ligada a los comienzos de la educación y los cuidados dirigidos hacia los más pequeños, así como aquellos menores con capacidades diferentes. En este apartado, haremos un breve recuento de los sucesos más relevantes que se dieron a favor de la infancia y su enseñanza. Así mismo describiremos como se ha ido forjando la breve historia de la Atención Temprana en nuestro país a lo largo del siglo XXI.

4.1 Breve historia de la Educación inicial en México

Al respecto se sabe que los primeros intentos por atender a niños menores de 6 años tuvieron lugar en el siglo XIX, siendo más específico, una de las primeras tentativas de vigilar el crecimiento del infante aparece en un local del mercado el “volador”, en el cual se cuidaban a los niños de mujeres que se encontraban trabajando (Bolea, 2008). También Plancarte (2010), comenta que a mediados de este siglo se comenzaron a fundar escuelas dedicadas a niños sordos y ciegos.

Posteriormente en 1865 se crea “La casa de Asilo de la Infancia” dedicado al cuidado de los hijos de mujeres que se encontraban laborando. Este tipo de refugios comienza a tener una gran demanda lo que ocasiona que en 1867 se funde “la casa amiga de la Obrera”, la cual dependía de la beneficencia y de la que surge posteriormente la “Casa amiga de la Obrera num. 2”; además en 1869 se fundó “el Asilo de San Carlos” y aquí el servicio de cuidado fue ampliado, proporcionando a los niños no sólo la atención, sino también el alimento. En estas instituciones se atendían a los hijos pequeños de las madres obreras con pocas posibilidades de cuidar y proporcionarles una adecuada educación y atención durante su horario de trabajo extenso (Galvan, 1998).

Por otro lado en 1885 el profesor de origen alemán Enrique Laubscher fundó una academia para actualizar a los profesores en servicio, mediante un programa de ciencias pedagógicas. Laubscher había sido alumno del fundador de los jardines de

niño: Frederich Fröebel y se interesó por una educación que estuviera en armonía con el interés del niño, la observación de la naturaleza, el estudio y enseñanza de las matemáticas y el conocimiento de las lenguas. El kindergarten fundado por Laubscher en Jalapa Veracruz se llamó “Esperanza” (González, 2006).

Galván (1998) comenta que con el fin de mejorar la atención que se brindaba a la niñez en las escuelas de párvulos, nombre con el que se conocía en ese entonces las escuelas preescolares, las cuales tenían una gran demanda, Justo Sierra en 1902 envió al extranjero una delegación de estudiantes a instruirse e investigar las modalidades educativas de este nivel. En esa delegación se encontraba la profesora Rosaura Zapata. Como resultado de esta iniciativa, en 1904, se inauguraron los primeros kindergartens llamados “Federico Fröebel”, bajo la dirección de la profesora Estefanía Castañeda, y “Enrique Pestalozzi”, dirigido por la profesora Rosaura Zapata. Dos años más tarde se establecieron dos instituciones preescolares más “Enrique Rébsamen” y “J. Jacobo Rosseau”.

Estos profesionales de preescolar trabajaron conforme al programa y lineamientos pedagógicos planteados por la profesora Estefanía Castañeda, inspirados en Pestalozzi, Fröebel y Mme Necker de Saussure; los cuales pretendían fomentar el desarrollo de la propia naturaleza física, moral e intelectual de los niños para lograr su aprendizaje, mediante las experiencias que eran adquiridas en el hogar, en la comunidad y en su relación con el ambiente natural. Igualmente en 1907 fue comisionada al extranjero la profesora Berta von Glümer para cursar, en la Normal Fröebel de Nueva York, todo lo referente a la formación de maestras de párvulos. Al regresar a México, Berta von Glümer impartió clases a las practicantes de las escuelas de párvulos en la Escuela Normal para Maestras.

En 1915 por otra parte, se fundó la primera escuela para atender niños con deficiencia mental, que posteriormente también atendería a niños y jóvenes con diferentes discapacidades; así mismo instituciones como la Universidad Nacional Autónoma de México, La escuela de Orientación para Varones y Niñas y la Oficina

de Coordinación de Educación Especial, comienzan a atender a los pequeños con diversas discapacidades (Plancarte, 2010).

González (2006) menciona que ya dentro del periodo revolucionario, gran parte de los programas redactados por la profesora Castañeda fueron empleados por el propio Carranza en el Plan de Estudios para Profesores de Primaria Elemental Superior y de Párvulos que decretó en Querétaro el 12 de enero de 1916.

Sin embargo, la falta de presupuesto y las políticas de descentralización de la educación llevó a un retroceso en el desarrollo de la enseñanza para los más pequeños y provocó que varios jardines de niños y escuelas dedicadas a la formación de educadoras de párvulos cerraran y así en 1917, estas primeras escuelas fueron eliminadas del presupuesto de la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes y su situación se resolvió hasta el año de 1921.

En este mismo año, 1921, bajo la presidencia de Álvaro Obregón se dan cambios en materia educativa con la creación de la Secretaría de Educación Pública, a cargo de José Vasconcelos como primer titular y a la que organizó en tres departamentos: Escolar, de Bellas Artes y de Bibliotecas y Archivos. Vasconcelos concebía a la educación como un aspecto vital y esencial en el cambio social y desplegó una intensa actividad con la idea de unificar a la heterogénea realidad mexicana, mediante un nacionalismo que integrase las herencias indígenas e hispánicas de los mexicanos, por encima de regionalismos (Bolea, 2008).

También en la década de 1920 se organizó la “Asociación de Protección de la Infancia”, la cual posteriormente constituye y sostiene 10 hogares infantiles y en 1937 cambia su nombre por el de Guarderías Infantiles; además de estos, la Secretaría de Salubridad y Asistencia funda otras guarderías en este mismo período y también, supervisa las instalaciones sanitarias de todas las ya existentes (Pérez, 2005).

Las circunstancias políticas y sociales de esta época y la urgencia por crear una identidad nacional lleva al presidente Portes Gil, a continuar implementando el proyecto de una educación nacionalista, laica, obligatoria y con un carácter federal.

En 1928 como resultado del impacto de estas políticas, en el nivel preescolar se cuestionó la influencia extranjera en los contenidos y propuestas pedagógicas y al considerar que frenaban el avance en la construcción de la identidad patriota, se promovieron reformas para incluir aspectos relacionados con el amor a la nación, los valores patriotas y el conocimiento de su entorno.

Igualmente, a nivel administrativo en la Secretaría de Educación Pública (SEP) se creó la Inspección General de Jardines de Niños y se nombró a la Profesora Rosaura Zapata, como su directora. Es así como, en función de sus conocimientos y experiencia, las profesoras Zapata y Castañeda presentaron un proyecto para transformar los jardines de niños a través de un plan con una visión nacionalista promoviendo que en ellos se diera una formación que desarrollara niños netamente mexicanos, saludables, alegres, espontáneos y unidos.

Debido a esto, se diseñaron juegos y se compuso música propia para estas actividades, e incluso se dotó a los jardines con mobiliario elaborado por obreros mexicanos. Asimismo, con el fin de ampliar el servicio se establecieron varios jardines de niños en los barrios más pobres de la ciudad (Bolea, 2008).

Aunado a estos cambios pedagógicos, en ésta época existía la discusión sobre si la atención a los menores de seis años era educativa o asistencial. El Estado mexicano reconoció que debía sustituirse el concepto de beneficencia por el de asistencia pública, para proporcionar tanto servicios de salud preventivos y curativos a los más pobres, como la ampliación de campañas sanitarias y de vacunación y, especialmente la atención materno infantil. La salud, la asistencia y la educación fueron declaradas, mediante leyes, materia de interés público. Por lo que la atención a los menores de seis años se consideraba tanto asistencial como educativa.

Así, se promovió la creación de instituciones que dieran apoyo estructural, dimensión y estabilidad a la acción social, creando para tal efecto las Secretarías de Asistencia Pública, del Trabajo y Previsión Social, el Departamento Autónomo de Asistencia Social Infantil y la Asociación Nacional de Protección a la Infancia,

antecesora del actual Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF (Galván, 1998).

En 1935, un grupo de médicos, desde el ámbito privado, fundaron el Instituto Médico Pedagógico (Plancarte, 2010) donde se detectaban y trataban a niños con deficiencia mental, ceguera y sordera.

El presidente Cárdenas en 1937, decretó que la educación preescolar quedaría adscrita al Departamento Autónomo de Asistencia Infantil, que dependía de la Secretaría de Asistencia Social, instancia que coordinaba a las instituciones de beneficencia pública, con el objetivo de dar un carácter más asistencial que educativo a la atención de la infancia y en beneficio de las madres trabajadoras (Palacios & González, 2003).

Así mismo en 1939 se crea la Guardería para los hijos de las obreras de la “Comisión Obrera de Vestuario y Equipo del Ejército COVE”, y a partir de aquí por decreto presidencial se dispuso la constitución de los Programas de Protección Materno Infantil, como respuesta a la demanda social del servicio originada por la creciente incorporación de la mujer a la fuerza laboral y se amplió el número de guarderías, debido a que cada dependencia, organismo público, paraestatal y privado, se vio en la necesidad de tener un lugar en el que se cuide y atienda a los niños de sus trabajadores desde los 45 días de nacidos hasta los 6 años de edad (Bolea, 2008).

Más adelante, el presidente Ávila Camacho trasladó en 1941, el nivel preescolar a la Secretaría de Educación Pública, creándose el Departamento de Educación Preescolar. En ese año se formó una comisión que reorganizaría los programas relacionados con salud, educación y recreación. En 1942 se pronunció la ley Orgánica de la Educación Pública. En esta ley en su capítulo III, Artículo 9° (SEP-OCDE, 2003) se estableció que la educación preescolar era la “educación para niños menores de seis años”. Así, se reguló que la educación preescolar era la impartida en casas de cuna, guarderías infantiles, casas hogares, jardines de niños o instituciones análogas y debía atender el desarrollo físico, mental y moral de los

pequeños, así como fomentar costumbres de sociabilidad, con la colaboración de los padres y familiares.

También la atención materno-infantil fue clasificada como prioritaria. En 1943, se creó el Hospital Infantil de la Ciudad de México y el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), con lo que se inició la creación de guarderías ex profeso para la atención de los hijos de las trabajadoras de este instituto. Hernández en 2001 (citado en Bolea, 2008) comenta que la Secretaría de Salubridad y Asistencia, estableció programas de higiene, asistencia materno-infantil y desayunos infantiles para todos los derechohabientes.

De igual forma Plancarte (2010), comenta que en 1943 se inaugura la Escuela Normal de Especialización con la carrera de Maestro Especialista en Educación de Niños Anormales Mentales y Menores Infractores; la autora explica que a partir de ese entonces y de manera paulatina se fueron incrementando la oferta de especialidades en este rubro.

Galván (1998) explica que en 1948 el Departamento de Educación Preescolar pasó a ser la Dirección General de Educación Preescolar dependiente de la SEP. Este hecho marcó el reconocimiento formal a la atención pedagógica que se otorga al nivel. La Dirección General se orientó principalmente a preparar educadoras en todo el país. En este momento los principales objetivos de la educación preescolar eran la salud del niño, el desarrollo de su personalidad, el desarrollo de un ambiente sano, y las relaciones con los padres de familia, a quienes se consideraba como los mejores y principales educadores de los niños.

En 1959, se promulgó la ley que dio origen en 1960 al Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), con el objetivo de otorgar prestaciones relativas a la salud, sociales, culturales y económicas, además en esta ley se estableció la creación de las estancias infantiles, como una prestación para madres derechohabientes. La SEP (2007) explica que en esta época se instauraron como derechos laborales de la mujer “aspectos relacionados con la maternidad, la lactancia y el servicio de guarderías adquiriendo así, un carácter institucional”.

Sin embargo, no era sólo la protección lo que los niños necesitaban y es por esta premisa por la cual surge la inquietud de proporcionar alimentación y ciertos cuidados de la salud. Alrededor de los años 70's la Dirección General Preescolar, constituyó la Coordinación de Guarderías, cuya función fue la de asesorar 31 guarderías de los sectores públicos y paraestatales en su organización y funcionamiento técnico (Bolea, 2008).

A finales de 1970, se creó la Dirección General de Educación Especial, que tenía como objetivos el organizar, dirigir, desarrollar y administrar el sistema Federal de Educación Especial y la formación de maestros especialistas y es a partir de aquí, donde se prestó un mayor interés a personas con deficiencia mental, trastornos de audición y lenguaje, impedimentos motores y trastornos visuales (Ortega & Plancarte, 2010).

4.2 La Estimulación Temprana en México

En este sentido, y precisamente en la búsqueda de apoyos más efectivos Emilio Ribes en 1974, como psicólogo titular del proyecto de investigación sobre estimulación lingüística temprana en la UNAM, es el primero en realizar estudios sobre Estimulación Temprana; llegando a concluir que el término más adecuado es el de "estimulación oportuna", ya que el concepto "precoz o temprano", podría indicar que la estimulación debería realizarse de forma inmediata sin tomar en cuenta la etapa de desarrollo en la que se encuentre el pequeño (Ribes, 1985).

Bolea (2008) comenta que tres años después con base en el Decreto Presidencial del 13 de enero de 1977, se crea el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), con el propósito de ampliar y coordinar los programas públicos de asistencia a los menores y a las familias necesitadas en el territorio nacional. El DIF incluyó en sus programas el de Desarrollo de la Comunidad para el medio rural y asimiló prácticamente todas las acciones básicas de los organismos de cuya fusión surgió (el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia IMPI y el Instituto Mexicano de la Asistencia a la Niñez IMAN), con énfasis en las de rehabilitación, educación

especial y atención médica integral, dentro de las cuales se incluían ya algunas técnicas de Estimulación Temprana.

Durante la década de los 80, aunque las prácticas de la Estimulación Temprana se comenzaron a implementar, existen muy pocas investigaciones sobre este tema, destacando algunos trabajos aislados desde diferentes disciplinas como por ejemplo, desde la psicología donde Martha Elba Alarcón (1982) propuso un programa piloto de Estimulación Temprana para personas de bajos recursos, o en la Pedagogía por María Concepción García (1983), que de igual forma plantea la creación de un programa experimental de Estimulación Temprana o por medio de la medicina Rolando Félix Maida (1984) investigó el efecto de la Estimulación Temprana en el desarrollo psicomotor en los primeros años de vida.

Dentro de este marco, en el año de 1992, con un carácter experimental, se editaron por parte de la SEP los lineamientos pedagógicos para la educación inicial, que aun siguen vigentes hasta la fecha. Esta propuesta pedagógica se desarrolló en cuatro volúmenes básicos, mismos que hasta el día de hoy han servido de marco pedagógico, sociológico y psicológico para la atención de los niños: el Programa de Educación Inicial, espacios de interacción (organizado en lactantes, maternas y preescolares) en cuanto a propuestas de actividades para el desarrollo personal, social y ambiental y dos manuales operativos, la formación del niño en la comunidad, para la modalidad no escolarizada, y Centros de Desarrollo Infantil, para la modalidad escolarizada (SEP, 2007).

Los objetivos generales planteados para la educación inicial de acuerdo al Programa de Educación Inicial fueron:

- Promover el desarrollo personal del niño a través de situaciones y oportunidades que le permitan ampliar y consolidar su estructura mental, lenguaje, psicomotricidad y afectividad.

- Contribuir al conocimiento y al manejo de la interacción social del niño, estimulándolo para participar en acciones de integración y mejoramiento en la familia, la comunidad y la escuela.
- Estimular, incrementar y orientar la curiosidad del niño para iniciarlo en el conocimiento y comprensión de la naturaleza, así como en el desarrollo de habilidades y actitudes para conservarla y protegerla.
- Enriquecer las prácticas de cuidados y atención a los niños menores de cuatro años por parte de los padres de familia y los grupos sociales donde conviven los menores.
- Ampliar los espacios de reconocimiento para los niños en la sociedad en la que viven propiciando un clima de respeto y estimulación para su desarrollo.

El currículum del programa consideró como marco conceptual los fundamentos teóricos (psicológicos, sociológicos y pedagógicos) y tres áreas básicas de desarrollo del niño o campos formativos: personal, social y ambiental. El programa de la SEP, plantea además que el trabajo con los niños dependiendo de su edad (lactante, maternal o preescolar) debía abordarse por áreas de desarrollo y para cada área describía: temas, contenidos y ejes. Las actividades se derivaban de los ejes y podían ser propositivas e indagatorias y se debían desarrollar en escenarios de aprendizaje.

En este mismo año, 1992, en la FES Iztacala se abrió el programa multidisciplinario denominado Neurología Pediátrica, que fue desarrollado con objetivos de investigación, docencia y servicio, en este se estableció como prioridad el seguimiento y control del niño sano de 1 a 60 meses de edad y el cual más adelante, en 2006, cambia de nombre para ser el Centro Interdisciplinario de Educación Temprana Personalizado (Alvarado & Huitrón, 2010).

Por su parte Norma del Rio en 1999 (citado en Bolea, 2008), de la Universidad Nacional Autónoma Metropolitana con apoyo de la UNICEF propone un programa llamado "Un modelo de intervención temprana para prevenir alteraciones del

desarrollo basado en el sistema madre-hijo” el cual consta de un manual de tres tomos en los cuales se muestra claramente una serie de ejercicios para seguir de cerca a los niños y detectar así, oportunamente cualquier problema en la conducta de los pequeños.

A partir del año 2000 la Secretaría de Salud impulsa un programa de acción llamado “Arranque Parejo para todos en la Vida” (Secretaría de Salud, 2002) del cual surge el programa “Acción de Atención a la Salud de la Infancia” y éste es el encargado de la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los más pequeños, así como el fomento de la Estimulación Temprana, para el grupo de menores de dos años de edad, ya que se considera que es indispensable para los infantes la igualdad de oportunidades desde su nacimiento para así poder desarrollar todo su potencial desde los primeros años de vida.

Además, la Secretaría de Salud ha implementado el Programa de Atención a la Salud del Niño (PASN) cuyo objetivo es promover la prevención y el control de los padecimientos más frecuentes en la infancia después de la etapa neonatal en los servicios de salud de primer nivel; este PASN está basado en experiencias nacionales e internacionales con respecto al manejo de enfermedades y prevención de retrasos en el desarrollo (Gutiérrez, Guiscafré, Verver, Valdés, Rivas, Loyo & Clavery, 2001).

Por su parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2007) aun cuando tiene más de treinta años brindando los servicios de guardería a las madres trabajadoras aseguradas, ofreciendo un espacio educativo-formativo para sus hijos en la primera infancia, a partir del año 2002 crea el programa PREVENIMSS, con lo cual consolida los programas de salud dirigidos al fomento de actividades preventivas.

En base al PREVENIMSS, en sus guarderías, el IMSS diseñó programas educativos acorde con las necesidades y características del desarrollo de los niños y niñas, poniendo especial énfasis en la Estimulación Temprana, para favorecer el

desarrollo de todos los sentidos por ser éstos la vía del aprendizaje más directa en la primera infancia.

Para comprobar el impacto que tienen los programas preventivos en la población, frecuentemente se realizan investigaciones, en el caso del PREVENIMSS se realizan encuestas dentro de las clínicas de primer nivel recolectando información sobre características socioeconómicas de los derechohabientes, uso de servicios de salud y coberturas, entre otras variables; los resultados del periodo 2003-2005 muestran un incremento en la cobertura de atención a niños pequeños con aumento en el número de vacunas, medición de peso y talla, además, impulsan las campañas de detección de defectos de agudeza visual y evaluación en el estado de nutrición (Gutiérrez et al., 2001).

El sistema nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) atiende a niños de cero a 5 años 11 meses de edad que se encuentran en condiciones de riesgo, a través de diferentes modalidades: escolarizada en Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil (CADIs), semiescolarizada en Centros de Asistencia Infantil Comunitaria (CAICs) y servicios asistenciales integrados en casas cuna (DIF, 2005).

El programa que el DIF (2005) tiene implementando a nivel nacional lleva por nombre “Servicio de Estimulación Múltiple Temprana” y su propósito es el de proporcionar el servicio a todos aquellos pequeños que pueden presentar al momento de nacer factores de riesgo capaces de generar daño neurológico y retraso en el desarrollo psicomotor, con fines preventivos, de detección y de tratamiento de secuelas potencialmente discapacitantes.

Así mismo, la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL, 2009) cuenta con un modelo de Centros de Atención y Educación Infantil (CAEI) que opera a nivel rural en algunos estados del norte de México atendiendo a hijos de jornaleros agrícolas ofreciendo servicios de salud, educación y desarrollo comunitario.

Es importante mencionar en este apartado, el trabajo realizado por los Centros de Desarrollo Infantil (CENDI) los cuales son una institución que, en palabras de

Morales y Cruz (2000) proporciona básicamente educación y asistencia al niño que tiene todo el derecho de recibir atención y estimulación dentro de un marco efectivo que le permita desarrollar al máximo sus potencialidades para vivir en condiciones de libertad y dignidad, en especial aquellos que por alguna circunstancia se ven temporalmente abandonados por su madre durante las horas en que ésta trabaja.

A este tipo de instituciones asisten infantes desde los 40 días de nacidos hasta los 6 años de edad, que son agrupados en lactantes, maternas y preescolares. Además en estos establecimientos se les proporcionan servicios médicos, psicológicos, pedagógicos, trabajo social y nutrición. Estos CENDIS, están dirigidos a atender principalmente a hijos de madres trabajadoras sin prestaciones laborales.

Además de las instituciones públicas, diversos profesionales de la salud, sobre todo los médicos están impulsando las investigaciones acerca de los niños menores de dos años, ya que así se podrán desarrollar estrategias de evaluación más apegadas a la realidad de los pequeños mexicanos, instituciones de salud como el Instituto de Perinatología (InPer), o el Instituto Nacional de Pediatría (INP), además de dedicarse al cuidado de los más pequeños, desarrollan investigaciones para conocer cómo se está dando la evolución de estos una vez dados de alta, a través de las visitas mensuales. De la Vega (2005) comenta que este tipo de investigaciones debe de promoverse porque así se podrían desempeñar los médicos en un área llamada “formación en una patología infantil nacional” y así se logre trabajar de manera más eficiente todos los ámbitos que involucran el desarrollo del pequeño en México.

Sin embargo no todo se puede quedar en un nivel meramente médico; y precisamente en este sentido Arias, Garro y Huerta (2002) realizaron un estudio de la técnica “mamá canguro”, la cual era usada limitadamente en los hospitales, esta técnica fue utilizada en niños prematuros y de bajo peso, sin embargo se tenían dificultades para controlar las medidas de higiene y las transmisiones de enfermedades, por lo cual ellos concluyeron que en este país se ignoran los

beneficios de esta técnica en la salud de los niños prematuros y que resulta imperante y necesario capacitar al personal encargado de los cuidados del menor para que ellos transmitan a los padres la forma eficaz de llevar a cabo esta técnica, y así se pudiera difundir su utilización.

Así mismo Sánchez, Islas y Crespo (2005) realizaron una investigación para comparar los principales motivos de consulta pediátrica gubernamental y privada en una zona rural del Estado de Veracruz, de esta investigación se dedujo que el grupo más vulnerable es el de menores entre los 0 y 4 años, afectados sobre todo, por problemas respiratorios y digestivos. En este trabajo solo se consideraron los aspectos epidemiológicos y no los problemas en el desarrollo que podrían detectar los médicos en sus consultorios gubernamentales o privados.

Actualmente en nuestro país, aunque es relativamente corto el tiempo en el que se ha venido trabajando, la Estimulación Temprana cuenta con una gran influencia tanto a nivel público como en la práctica privada, sin embargo en este trabajo, resulta muy complicado rastrear datos de instituciones de orden privado como consultorios o guarderías, sin embargo, esto no descarta que se trabaje en tareas preventivas y que desarrollen estrategias similares a las que reportan las instituciones de carácter público.

5.- EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR Y EL PAPEL DEL PSICÓLOGO DENTRO LA ATENCIÓN TEMPRANA

Tradicionalmente todo tipo de atenciones dirigidas a la salud del menor se dirigían sobre todo, hacía la prevención de alguna discapacidad y todo el personal que estaba inmiscuido en este campo siempre se inclinaban a encuadrar estos cuidados en una sola área científica, concretamente aquella a la que cada profesionalista pertenecía (Álvarez, 2004).

Sin embargo en las últimas décadas, el trabajo de todas las ciencias se ha comenzado a desarrollar de forma multidisciplinaria, es decir, trabajando de manera conjunta con otras disciplinas, lo cual ha resultado bastante provechoso, considerando que las funciones de detección y evaluación de necesidades, planeación y desarrollo de estrategias de trabajo, prevención, rehabilitación e investigación son básicas, en particular para los profesionales que trabajan en el área de la salud. En este apartado, se pondrá de manifiesto la importancia del trabajo multidisciplinario dentro de la Atención Temprana así como las funciones de cada uno de los profesionales que intervienen en la misma y en este sentido, describiremos las principales funciones que tienen los psicólogos que trabajan en esta área.

5.1. La Atención Temprana y el equipo multidisciplinar

Candel (2003) comenta que en la actualidad la atención adecuada al niño con dificultades en su desarrollo o con riesgo de padecerlos y a su familia no es tarea médica, ni psicológica, ni educacional exclusivamente, si no que, al tratarse de una combinación de defectos del desarrollo o de riesgos de padecerlos, el niño necesita de todas aquellas especialidades que deben actuar en estrecha colaboración.

También se ha visto a lo largo de este trabajo, que durante su evolución la Atención Temprana se ha encontrado fundamentada sobre los principios científicos de Pediatría, Neurología, Psicología, Pedagogía, Fisioterapia, Lingüística entre otras y gracias a esto tiene como finalidad ofrecer a los niños con alguna discapacidad o

con riesgo de padecerla un conjunto de acciones optimizadoras y compensadoras, las cuales faciliten la adecuada maduración de los pequeños en todos los ámbitos y así, permitirles alcanzar el máximo nivel de desarrollo personal y de integración social (Candel, 2003).

Es así que la Atención Temprana tiene como objetivos (Ordoñez & Tinajero 2006):

- 1) Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño.
- 2) Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño.
- 3) Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
- 4) Evitar o reducir la aparición de efectos secundarios asociados, producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
- 5) Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño.
- 6) Considerar al niño como sujeto de activo de la intervención.

Debido a esto en el ámbito de Atención Temprana, el trabajo y las acciones realizadas hacia los menores, se han comenzado a realizar de forma multidisciplinar, interdisciplinar o transdisciplinar; pero para que esto sea ejecutado de manera correcta es necesario que los profesionales que forman parte de estos equipos, tengan una formación especializada, la cual les proporcione una alta cualificación para ejercer sus funciones con la máxima eficacia y se tenga un espacio formal para compartir la información, para así lograr objetivos en conjunto (Libro Blanco de Atención Temprana (2001).

Así mismo, dadas las circunstancias que envuelven a los niños y a sus familias cuando existen problemas en el desarrollo o riesgos de padecerlos, el perfil

de quienes trabajan en este campo debe tener, además de los conocimientos científicos necesarios, una especial predisposición vocacional, ya que estarán trabajando con seres humanos que se encuentran en circunstancias particularmente complejas (Candel, 2003).

El trabajo con cualquier niño que tenga problemas en el desarrollo o con riesgo de padecerlo inicia desde su nacimiento, bajo la premisa de que al detectar de forma temprana cualquier indicio de posible retraso se puede reducir los efectos negativos en el futuro del niño (Ibarra, 2006).

El Libro Blanco de Atención Temprana (2001) comenta que son competencia de los servicios de salud los programas de planificación familiar, de atención a la mujer embarazada, los de salud materno-infantil, detección de metabopatías y vacunaciones, información de los factores de riesgo y de su prevención, atención pediátrica primaria y las actuaciones hospitalarias y sanitarias en general. Han sido las actuaciones en este ámbito las que han permitido la práctica erradicación de la poliomielitis, disminución drástica de algunas infecciones intrauterinas, eliminación de los cuadros de parálisis cerebral infantil secundarios a incompatibilidad Rh, detección y tratamiento precoz de algunas metabopatías, etc. Los avances más recientes están evitando la infección en la etapa fetal del virus de la inmunodeficiencia adquirida a los niños de madres portadoras.

Trabajando bajo esta premisa y a partir de los avances en el área de la salud en la mayoría de los hospitales, el equipo que labora en servicios de neonatología está integrado por personal calificado y con experiencia en el tratamiento con los neonatos; los profesionales que conforman este equipo de trabajo son (Robles, Poo & Poch, 2008):

- Personal Médico: Neonatólogos, Pediatras y Especialistas en Nutrición y Dietética.

- Fisioterapeuta: quien orienta a los padres y enfermeras sobre el manejo postural y preventivo de las patologías más frecuentes en el niño (problemas respiratorios y ortopédicos).
- Personal de Enfermería.
- Personal de apoyo (Psicólogos y Trabajadores sociales).

Es evidente que el trabajo con los niños recién nacidos es muy importante para los especialistas. Pallas (2006) explica que los problemas que pueden aparecer durante la evolución de un niño son múltiples y de ámbitos muy diversos, por tanto, resulta imperante protocolizar la atención de los niños prematuros y esto permite interpretar de forma adecuada los hallazgos que van surgiendo y anticiparse a muchos de los problemas, además, la asistencia inmediata al menor puede contribuir en gran medida a mejorar la atención que recibe el pequeño y su familia y así se pueda facilitar el proceso de rehabilitación de los menores.

El libro Blanco de Atención Temprana (2001) indica que en las unidades o servicios de Neonatología reciben atención los niños con alto riesgo de presentar deficiencias, trastornos o alteraciones en su desarrollo en función de determinadas condiciones genéticas y de situaciones adversas en el ámbito biológico u orgánico: infecciones intrauterinas, bajo peso, hipoxia, hemorragias cerebrales, infecciones postnatales.

La necesaria permanencia de estos niños en la unidad neonatal, precisando a menudo de cuidados intensivos y de aislamiento prolongado en incubadora, añade otros factores de riesgo, de carácter ambiental y psicoafectivo, a los ya previos. En el entorno de estímulos ambientales encontramos, entre las situaciones más frecuentes, un exceso de ruido ambiental, de intensidad y tiempo de exposición a luz intensa, inmovilización, etc.

En el ámbito psico-afectivo es norma la limitación y en ocasiones carencia de contacto con los padres, con estimulación social no adecuada debido a la presencia

de múltiples cuidadores, condiciones de hipo o hiperestimulación asociadas a las necesidades de cuidados, controles, exámenes, etc. Debe considerarse que incluso cuando el contacto con los padres es posible, su adecuación a las necesidades y posibilidades del niño es difícil o limitada, debido a la situación de bloqueo y alteración emocional de éstos.

Durante el periodo de estancia en la unidad neonatal a menudo no es posible determinar con certeza la futura evolución del niño, pero sí establecer la condición de riesgo y la necesidad de un seguimiento evolutivo. Cuando se ponen de manifiesto signos compatibles con un trastorno en su desarrollo se pondrán en marcha las medidas terapéuticas oportunas y posibles, adaptadas siempre a la situación vital del niño.

Aranda y Andrés (2004) y Alvarado y Huitrón (2010); proponen que una vez que el recién nacido ha sido diagnosticado en los servicios de Neonatología, los equipos multidisciplinares de Atención Temprana queden formados por los siguientes profesionales:

- **Pediatra:** el cual debe valorar la situación clínica del pequeño en cada visita, considerando en su historial la evolución de los problemas biológicos. Es su responsabilidad el ofrecer apoyo y orientación a las familias. También es responsable de la vigilancia y control del crecimiento del niño.
- **Neuropediatra:** es el encargado de coordinar la asistencia cuando los problemas de salud en el menor sean neurosensoriales. Su labor consiste en: conocer de forma directa al niño desde su ingreso a la consulta, planificar el seguimiento a partir de la situación del niño y posteriormente, considerar todos los riesgos antes de poder dar la orden de alta. Así mismo es responsabilidad del Neuropediatra atender e informar a los padres sobre la situación neurológica del niño

explicándola de forma clara y cómo debe ser tratado el pequeño en casa.

- **Fisioterapeuta:** encargado de dar orientación al personal de enfermería sobre el manejo postural y preventivo en problemas respiratorios y deformidades ortopédicas, además de transmitir esta misma información a los padres y en dado caso de ser necesario trabajar con los niños de forma rehabilitadora.
- **Trabajador social:** efectúa la valoración del riesgo social de los niños. Su objetivo es atender las problemáticas sociales de los pequeños, potencializando las iniciativas de las familias, orientándolos sobre qué alternativas y recursos hay en su comunidad.
- **Logopeda:** es el profesional que se encarga de la estimulación del lenguaje comprensivo y expresivo. Apoya a iniciar a los pequeños en los procesos de masticación y en la facilitación de todas las vías que van a posibilitar una correcta expresión del lenguaje, mejorando también su respiración.
- **Psicomotricista:** trabaja el movimiento, a través del cuerpo y su relación entre ambos.
- **Enfermera:** es la responsable de planificar las revisiones del pequeño a través de los distintos profesionales sobre todo en cuestión de pruebas complementarias, por ejemplo el registrar las medidas antropométricas de los infantes tales como peso, talla y perímetro cefálico; valorar la correspondencia con las normas establecidas, evalúa el desarrollo por medio de pruebas de tamiz y resuelve dudas acerca de la alimentación e higiene.
- **Odontopediatra:** que es el encargado de realizar el control y seguimiento tanto de la evolución de la dentición como de la higiene y

del estado de salud bucal. Cuando se requiere canaliza al pequeño a los servicios de Odontología.

- Optometrista: es quien realiza el control y seguimiento del desarrollo de la salud visual; él se encarga de detectar y atender las alteraciones de la visión.
- Psicólogo: es el encargado de dar seguimiento al desarrollo del pequeño a través de la valoración y diagnóstico psicológico, utilizando para ello, escalas de tamiz a partir de las cuales se elaborarán programas individualizados de educación temprana o de atención temprana correctiva, dependiendo si el menor presenta o no signos de alarma o alguna deficiencia y si el caso lo amerita, el psicólogo derivará al niño a los servicios de salud correspondiente cuando el equipo lo crea pertinente.

El libro Blanco de la Atención Temprana (2001) menciona otras disciplinas que intervienen en la Atención Temprana, sobretodo en el diagnóstico y atención terapéutica. En este sentido la Otorrinolaringología y la cirugía Ortopédica son de las más importantes ya que reciben niños derivados por problemas concretos y que pueden realizar la detección de problemas globales de desarrollo. Estas especialidades participan también en el seguimiento del desarrollo de los recién nacidos de riesgo en los que es fundamental el control periódico sensorial y neuromotor.

Robles Poo y Poch (2008) comentan que la adecuada organización de los equipos multidisciplinares implicados en la Atención Temprana posibilita que estos profesionales realicen los objetivos de unificar diagnósticos, establecer los objetivos de desarrollo y los esquemas de intervención a corto y a largo plazo, así como la planeación y diseño de programas de intervención individual para cada niño, para posteriormente realizar la revisión y la actualización periódica de estos programas dependiendo del avance de cada pequeño.

Es importante recordar que la importancia de que en la Atención Temprana los equipos multidisciplinares actúen de manera coordinada es crucial. Es necesario que en su actuación se siga una planificación sistemática que no vaya dirigida exclusivamente al niño, sino que también tome en consideración a su familia y a su entorno, abarcando las relaciones familiares, necesidades técnicas y comunitarias. Así mismo a través de esta intervención sistematizada se facilitará la optimización de la situación tanto del pequeño como de la familia y a su vez la interacción con el entorno (Dolz & Alcantud, 2002).

5.2 El papel del Psicólogo dentro de la Atención Temprana

Como es bien sabido, el campo de trabajo de un psicólogo en el ámbito del desarrollo es bastante amplio, por la sencilla razón de que el desarrollo es un continuo a lo largo de toda la vida humana. En este sentido era común pensar que un psicólogo sólo intervenía en etapas críticas de la vida. Como por ejemplo, en la etapa de la adolescencia, donde existen múltiples contradicciones, rupturas, angustias, etcétera, que no en pocas ocasiones implican un conflicto no sólo para el propio individuo sino para su familia y la sociedad misma. Sin embargo, a diferencia de esta época de transición que obliga a ser observada, otras fases del desarrollo eran injustamente desapercibidas como espacios idóneos para el trabajo psicológico, tal es el caso de los primeros meses y años de la vida infantil (Candel, 2003).

En este sentido la Psicología se ha caracterizado por el estudio y el tratamiento de los niños con problemas de aprendizaje escolar, por lo que aparece fundamentalmente ligada a la educación especial y a la rehabilitación. No obstante, a partir de que los ojos de los profesionales de la salud se posaron sobre la vital importancia de la primera etapa de la existencia de los niños para el desarrollo óptimo de todo ser humano, el trabajo del Psicólogo ha sido de fundamental valor, y en la actualidad, su función dentro de la Atención Temprana es esencial dentro de los equipos multidisciplinares (Aranda & Andrés, 2004).

Para Aranda y Andrés (2004) las funciones del psicólogo dentro de la atención temprana son:

- Lectura de informes del estado de salud del pequeño.
- Evaluación psicométrica.
- Observación del pequeño en una sala de exploración.
- Pruebas complementarias.
- Entrevista psicológica con los padres de familia.
- Elaboración de juicio diagnóstico
- Diseño del programa de intervención individual
- Intervención terapéutica
- Orientación de los padres hacia una mejor forma de relacionarse con el menor

En este sentido Gómez y Taberner (2010) explican que el papel del psicólogo dentro de la Atención Temprana e inmerso dentro de un equipo multidisciplinar se encuentra dividido en dos partes, la fase diagnóstica y la fase terapéutica, dentro de la fase diagnóstica sus funciones son:

- Evaluación: mediante un examen general del desarrollo y la evaluación pertinente a través de diferentes escalas, intentando encontrar alguna dificultad o la probabilidad de que ésta se presente en el proceso evolutivo.
- Observación: de la conducta del niño en actividad libre y en su entorno familiar.

Lo anterior podrá permitir al equipo multidisciplinar analizar si la conducta del niño concuerda con su nivel evolutivo y si presenta alguna dificultad en su desarrollo o tiene alguna probabilidad de padecerla. A partir de esta primera etapa diagnóstica

se lleva a cabo un programa global e individualizado de atención, donde el psicólogo trabajará en tres direcciones:

- a) Dirigido al niño: ofreciéndole al menor un tratamiento en sesiones individuales mediante un programa que se elabora a partir del nivel de desarrollo en que se encuentra, revisando y modificando el mismo periódicamente conforme vaya avanzando el mismo.
- b) Multidisciplinario: será el psicólogo el encargado de la coordinación del equipo multidisciplinar al ser él quien programe las asistencias del menor y su familia con los otros profesionales y servicios de los cuales el tratamiento del menor requiera.
- c) Familiar: es de vital importancia el trabajo del psicólogo con la familia ya que ésta es el punto básico de estructuración de la personalidad del niño, esta intervención se hace contemplando los siguientes aspectos:
 - ✓ Estimular y facilitar la vinculación padres/niño, motor fundamental en la correcta evolución del niño.
 - ✓ Apoyo a los padres a observar las características del niño, sus capacidades, sus puntos débiles y fuertes y cómo conseguir sus respuestas.
 - ✓ Propiciar la iniciativa de los padres en la estimulación de su hijo a través de las actividades cotidianas: alimentación, aseo, juegos, paseos.
 - ✓ Apoyar a los padres en la comprensión de la importancia de que el niño sea feliz y su desarrollo lo más armónico posible, más que el que sea más o menos capaz de realizar ciertas conductas.

- ✓ Contribuir a que el niño se sienta querido, entendido, valorado, respetado en su individualidad, evitando conductas tanto de hiper como de hipo protección.
- ✓ Orientar a los padres respecto a la necesidad que el niño tiene de límites, que deben ser dados mediante pautas y criterios educativos concretos, unánimes y, al mismo tiempo flexible, a través de un ambiente estable a nivel personal, físico y de rutinas diarias.
- ✓ Apoyar a los padres a que no disminuyan su cuidado personal y de pareja con la sobrecarga emocional que conllevan las dificultades del niño.
- ✓ Propiciar la seguridad de los padres en sí mismos para que encuentren la manera de adecuar los aprendizajes del niño a sus actividades cotidianas para que reviertan en su independencia personal.

A este respecto Ordoñez y Tinajero (2006) comentan que el psicólogo que trabaje dentro de la atención Temprana debe tener las siguientes cuatro cualidades:

- Ser empático: lo cual significa comprender los deseos y necesidades del niño, así como el estar dispuesto a jugar con el niño para así poder descubrir su mundo.
- Ser observador: observar no solamente al niño, sino también, a la manera en como éste se relaciona con su medio y con los objetos que encuentra a su alrededor, de igual forma esta observación debe estar dirigida a las expresiones, gustos, preferencias, adquisición de destrezas y perfil de habilidades.

- Ser propositivo: lo cual significa poder ofrecer una variedad de experiencias de aprendizaje al niño, las cuales deberán reorientarse de acuerdo a los intereses del menor.
- Tener conocimientos: el Psicólogo debe conocer a la perfección los procesos evolutivos del desarrollo, para así, comprender tanto la secuencia natural de la vida, como los factores que pueden afectar el desarrollo y la edad en la que cada destreza o habilidad o conocimiento debe ser adquirido.

Hoy en día, el trabajo del Psicólogo en la Atención Temprana, es bastante amplio, debido principalmente a la falta de trabajo multidisciplinario, el Psicólogo aborda cuestiones propias de otros profesionales, como por ejemplo, en la empresa Stimulos (2011), donde un Psicólogo realiza funciones propias de un Pedagogo, de un Trabajador Social y en ocasiones de un Fisioterapeuta.

Sin embargo, esto no es lo ideal; lo más recomendable en la Atención Temprana, más que un solo profesional realice las funciones de todo un equipo, es que se trabaje de forma multidisciplinaria, donde cada profesional aporte los conocimientos propios de su área, o de forma interdisciplinaria, en donde el equipo formado por profesionales de distintas disciplinas, en el que existe un espacio formal para compartir la información, y a partir de esta se tomen decisiones para las acciones llevadas a cabo a favor de los pequeños.

Trabajar de esta manera le permitiera al Psicólogo enfocarse en las funciones correspondientes a su disciplina dentro de la Atención Temprana, ocupaciones tales como las anteriormente descritas, con el objetivo de lograr mejores resultados a favor de los menores con algún trastorno en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos.

CONCLUSIONES

A través del tiempo, los profesionales de la salud se han percatado que la infancia representa una oportunidad muy importante para prevenir diversos problemas en el desarrollo, pero no siempre fue así. Revisando la historia de la humanidad, encontramos que en épocas antiguas los niños pequeños carecían de cualquier tipo de cuidado especial y llegando a cierta edad ya eran considerados como adultos, lo que provocaba que fueran enviados a realizar actividades que no eran propias de la niñez.

Más adelante y gracias a diversas circunstancias sociales y al cambio en la concepción del menor, el mundo comenzó a interesarse por el cuidado de los más pequeños. Precisamente existen tres campos de estudio que abordan este interés hacia la primera etapa de la vida, los cuales son; la Educación Infantil Temprana, los Servicios Materno Infantil y la Educación Especial (Gómez, Viguer & Cantero 2003).

La labor realizada dentro de estos tres temas a través del tiempo, la mezcla de elementos pertenecientes a uno u otro dominio y la búsqueda incesante de métodos efectivos para cuidar, atender y aprovechar al máximo el desarrollo del infante, facilitaron la aparición de lo que hoy se conoce como Atención Temprana.

Es importante señalar que también el hecho de que las cuestiones relacionadas con el desarrollo infantil, a principios del siglo XX, comenzaron a ser enmarcadas dentro de paradigmas que estaban influenciados por la genética y la experiencia individual como es el caso de las teorías de Sigmund Freud, John B. Watson, Jean Piaget o Urie Bronfenbrenner que colocaron a la etapa de 0 a 2 años como una fase de gran importancia para el desarrollo del infante; lo cual le dio a la Atención Temprana un papel fundamental ya que es precisamente en esta etapa donde actúa y es donde mayores resultados positivos se han encontrado.

Lias, Estupiñan y Rodríguez (2010), explican que el término Estimulación viene de mucho tiempo atrás, casi al mismo tiempo que surgió la humanidad, sin

embargo no tuvo la suficiente importancia hasta que se reconoce a la infancia como un periodo significativo de la vida.

Así la Atención Temprana surge propiamente como Estimulación Temprana, y es definida como (Gómez 1979; citado en López 2009): “el conjunto de técnicas, que hacen que un ser humano, dañado en su sistema nervioso central, pueda alcanzar mayores metas de inteligencia y de capacidad física que, en otra situación, es decir sin ningún tipo de ayuda, no sólo no alcanzaría jamás, si no que, entraría un desarrollo francamente involutivas” (pág. 65).

Como bien lo menciona Álvarez (2004), a lo largo de todo el camino que ha recorrido la Atención Temprana, se han utilizado diferentes términos para denominar a esta serie de técnicas, entre los que se encuentran: Estimulación precoz, Estimulación Oportuna, Intervención Temprana, Estimulación temprana entre otros; sin embargo, aunque existen diferencias entre cada uno de ellos, lo esencial más que la utilización de uno u otro nombre, es la evolución del propio concepto.

Durante las últimas cuatro décadas el concepto de Atención Temprana ha pasado de estar ubicado únicamente dentro del marco de acción de la prevención terciaria, en donde las acciones van dirigidas a tratar de atenuar los trastornos o disfunciones del desarrollo, al de la prevención primaria, donde se convierte en un proceso continuo de acciones dirigidas a prevenir posibles dificultades en el desarrollo (López 2009).

En este sentido la población a la que va dirigida se ha ido ampliando, ya que al principio sólo atendían a niños afectados por factores biológicos, como lo son las deficiencias biológicas o factores ambientales como lo es la pobreza y en la actualidad todas estas actividades también van dirigidas a la prevención de posibles dificultades en el desarrollo tanto del niño normal, como de todo aquel menor que tiene algún nivel de riesgo ya sea biológico o ambiental de padecerlas.

Actualmente como lo comentan Huitrón y Alvarado (2010) el término Atención Temprana es el más adecuado ya que es un vocablo genérico e integrador que

incluye a la estimulación temprana, atención precoz y detección temprana. Este concepto engloba la intervención enmarcada en una etapa inicial de la niñez que abarca las necesidades individuales, las relaciones familiares, las necesidades técnicas y los aspectos comunitarios.

La definición que resulta más adecuada para estos fines es la expuesta por Dolz y Alcantud (2002), que se define como:

“todas aquellas intervenciones, dirigidas principalmente a los pequeños de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen como propósito dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar al niño como un todo, han de ser planificadas por un equipo de profesionales en un carácter multidisciplinar, ya que presenta una visión integral de la intervención, enmarcada en una etapa inicial de la niñez que puede extenderse adecuándose a las necesidades individuales, pero que también abarca las relaciones familiares, necesidades técnicas, comunitarias etc” (pág.1).

Hoy por hoy, en México hay 10,052,000 niños de 0 a 4 años de edad (INEGI, 2010) y como se ha visto, se han venido realizando desde hace poco más de 20 años toda una serie de acciones para poder ofrecerle a todos ellos, las atenciones necesarias para potencializar su desarrollo. En específico, desde el año 2000 y a partir de la puesta en marcha del programa “Arranque Parejo en la Vida” (Secretaría de Salud 2002), existen una serie de planes alternos organizados por diversas instituciones gubernamentales como lo es el PREVENIMSS (IMSS 2007) o el Servicio de Estimulación Múltiple Temprana por parte del DIF (2005) en donde ya se otorga el servicio de Atención Temprana a todos aquellos menores que presentan alguna dificultad en su desarrollo.

Estos programas de Atención están diseñados integralmente de tal forma que cubran simultáneamente todos los aspectos del menor y ofrecen mayores posibilidades de un pronóstico favorable a corto plazo, con el objetivo de optimizar la calidad de vida en cada uno de esos niños y favorecer una mejor integración y

adaptación a su medio ambiente, reduciendo de esta manera tiempo y recursos materiales y económicos.

Sin embargo, para alcanzar este propósito, es necesaria la actuación, así como la profesionalización y capacitación continua de equipos multidisciplinarios delimitando áreas de competencia de cada profesional.

A través de este trabajo hemos dado un breve repaso a la historia de la Atención Temprana, cumpliendo así con nuestro objetivo y gracias a ello hemos comprendido qué es, cómo ha evolucionado a través del tiempo, a quién está dirigida y así podemos vislumbrar cuál es el papel actual del Psicólogo y los demás profesionales, así como darle la importancia que debe al trabajo multidisciplinar o interdisciplinar y sobre todo, la función primordial que tiene la familia y el entorno en el cuidado y atención de los pequeños de 0 a 2 años.

Hablando en este sentido, en los últimos años el equipo de profesionales que trabaja de manera interdisciplinar ha cobrado gran importancia dentro de la Atención Temprana, debido a que esta nueva forma de ocuparse del tema permite al equipo compartir información y así poder tomar decisiones en conjunto que posibiliten un mayor avance global del pequeño y su entorno.

Precisamente el Libro Blanco de la Atención Temprana (2001), define al equipo interdisciplinar como; “el equipo formado por diversos profesionales de distintas disciplinas, en el que existe un espacio formal para compartir la información, las decisiones se toman a partir de la misma y se tienen objetivos comunes” (pág. 16).

Sin embargo, es de notarse que hoy en día en muchos lugares donde se ofrecen estos servicios de Atención Temprana, aun no existe el trabajo multidisciplinar en forma, es decir, solo algunos profesionales están inmiscuidos en esta área. De igual forma, aun hoy no se ha dado la importancia que se debe a este tema.

La multidisciplinaria e interdisciplinaria son los grandes pasos a seguir en las tareas preventivas de primer y segundo nivel, y la psicología tiene gran panorama de actuación ahí, proponiendo estrategias encaminadas a impactar de manera positiva en la salud de la población. Sin embargo, la tarea no resulta fácil, ya que hay situaciones que pueden limitar la interacción entre disciplinas, como por ejemplo la poca difusión de la información, el hecho de no tener perfiles profesionales encaminados en este tema, la falta de espacios físicos para desempeñar de forma adecuada su labor, los recursos necesarios para llevar a cabo la misma y las características individuales y personales de los profesionales de la salud.

En este sentido, se podría fomentar la creación de perfiles profesionales enfocados en Atención Temprana, lo cual contribuiría a mejorar este tipo de atenciones en los diferentes centros donde se ofrece. Así mismo, al favorecer la investigación, el diseño de metodologías y fomentar la búsqueda de información, se promovería la generación de actitudes positivas hacia la experimentación, permitiendo a los profesionales contrastar empíricamente las distintas posibilidades de intervención.

Sin embargo, resulta esencial que en este país se continúe fomentando y apoyando el trabajo de las instituciones públicas que han comenzado a preocuparse por el cuidado y bienestar de los menores. Por ejemplo, extender el apoyo que actualmente se brinda en el IMSS (2007) por medio de su programa PREVENIMSS, gran iniciativa que en poco tiempo ha dado grandes resultados y que si se continúa impulsando, posiblemente llegue a tener una gran cobertura en todo el país.

De igual forma, se podrían empezar a promover y crear servicios como el que se ofrece en la FES Iztacala a través del programa CIETEP (Centro Interdisciplinario de Educación Temprana Personalizada) que da atención tanto a niños de entre 1 y 36 meses de edad como a sus familias y que está enfocado en el cuidado y atención de niños aparentemente sanos, ampliando así el objeto de acción de la Atención Temprana. Además aquí se hace un trabajo completamente interdisciplinario y se capacita al personal acerca de este tema. Este personal en su mayoría son

estudiantes de carreras como Psicología, Enfermería y Medicina. Fomentar la creación y sustento de dichos programas en más escuelas promovería la capacitación de profesionales dentro del área.

Algo que facilitaría la formación de profesionales que tengan las habilidades necesarias para abordar el tema de la Atención Temprana sería la inclusión de jóvenes estudiantes en proyectos que tengan como objetivo el cuidado y atención de niños pequeños, como por ejemplo en los ya establecidos por instituciones públicas, lo cual beneficiaría a dichos estudiantes, ya que podrían aprender a trabajar dentro de esta área y de forma interdisciplinaria y así irían adquiriendo las destrezas necesarias para en un futuro poderlas aplicar a favor de los pequeños.

BIBLIOGRAFIA

Aja, J; Albaladejo, C; Balada, M. & Banda, A. (2001). *Manual de la Educación* Barcelona España: Océano.

Alarcón, M. (1982). *La Estimulación Temprana como una forma de prevención del retardo del desarrollo*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Alvarado, I. & Huitrón, B. (2010). *Programa del centro interdisciplinario de educación temprana personalizada de la FESI UNAM: una experiencia preventiva*. En: P. Ortega y P. Plancarte, (Coord). Educación Especial Formación Multidisciplinaria e Interdisciplinaria. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.

Álvarez, F. (2004). *Estimulación Temprana. Una puerta hacia el futuro*. Colombia: Ecoe.

Aranda, R. & Andrés, C. (2004). La organización de la Atención Temprana en la educación infantil. *Revista Tendencias Pedagógicas*. 4. Disponible en:
http://www.tendenciaspedagogicas.com/Articulos/2004_09_10.pdf

Arias, M; Garro, A. & Huerta, C. (2002). Estudio de la técnica de la mamá-canguro. *Revista del Hospital General de la "Quebrada"* 1. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-imss/em-im.htm>.

Ardila, R. (2001). *Psicología del Aprendizaje*. México D.F: Siglo XXI.

Arizcun, J; Gútiez, P. & Ruiz, E. (2006). *Formación en Atención Temprana: Revisión histórica y estado de la cuestión*. Disponible en:
http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/formacion_atinf.pdf

Baquero, R. (1997). *Vigotsky y el aprendizaje escolar*. Buenos Aires: Aique.

Bradley, W; Daroff, R; Fenichel, G. & Jankovic, J. (2006). *Neurología Clínica. Diagnóstico y Tratamiento*. España: Elsevier.

Berger, K (2007). *Psicología del Desarrollo. Infancia y Adolescencia*. Madrid. España: Médica Panamericana.

Bolea, M. (2008). Reseña Histórica de la educación a la primera infancia en México. *Ethos Educativo* 42, Mayo Agosto 2008. Disponible en:

<http://www.imced.edu.mx/Ethos/Archivo/42/42-25.pdf>

Bricker, D. (1991). *Educación temprana de niños en Riesgo y Disminuidos; de la Primera Infancia a Preescolar*. México: Trillas.

Cabrera, M.C. & Sánchez, C. (2002). *Estimulación Precoz. Un enfoque práctico*. Madrid, España: Siglo XXI de España Editores.

Candel, I. (2003). *Atención Temprana. Niños con Síndrome de Down y otros problemas de desarrollo*. Disponible en: <http://www.down-coruna.com/Pdf/atenciontemprana.pdf>

Castejón, J. & Navas, L. (2008). *Unas bases psicológicas de la Educación Especial*. España: Club Universitario.

Coletto, C. (2010). *Atención Primaria: Historia y Situación Actual*. Disponible en: http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_28/CLARA_COLETO_RUBIO_02.pdf

Craig, J. & Baucum, D. (2001). *Desarrollo Psicológico*. México D. F: Educación Desarrollo Psicológico.

De la Vega, M. (2005). Contribución al estudio del desarrollo del niño mexicano. *Revista Mexicana de Pediatría. Numero 72, Volumen 4*. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e.pediat/e-sp2005/e-sp05-4/em-sp054j.htm>

DIF (2005). *Manual de Procedimientos DIF*. Disponible en:

<http://transparencia.esonora.gob.mx/NR/rdonlyres/D9A57471-CBB0-4E4A-B95D-7A25BA7D1CD5/69407/MicrosoftWordPRCREEEMT01ServiciodeEstimulacionmult.pdf>

- Dolz, I. & Alcantud, F. (2002). *Atención Temprana e Intervención con Trastornos Generalizados del Desarrollo*. Disponible en:
http://www.rafaelromero.com/hist/pubs/2002-Aten_Temprana/Atenc-Temprana.pdf
- Fletcher, R; Fletcher, S. & Wagner, E. (2007). *Epidemiología Clínica: Aspectos fundamentales*. Barcelona, España: Masson.
- Flores, J. (2005). La atención temprana en el síndrome de Down: bases neurobiológicas. *Revista Síndrome de Down*. 22.
- Fonseca, M. & Ostiguin, R. (2002). *Estimulación psicomotriz y multisensorial (0 a 12 meses de edad)*. México: Mc-Graw Hill Interamericana Ediciones.
- Frenquelli, R. (2005). *Los primeros años de vida, perspectivas en desarrollo temprano*. Rosario, Argentina: Homo Sapiens Ediciones.
- Galván, L. (1998), *De las escuelas de párvulos al preescolar. Una historia por contar*. México: Diccionario de la historia de la educación en México, Colegio de México, CONACYT-CIESAS. Disponible en:
http://biblioweb.dgsca.unam.mx/diccionario/htm/articulos/sec_25.htm
- García, M. (1983). *Programa Piloto de Estimulación Temprana* Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- García, S.F. (2001). *Modelo Ecológico/ Modelo Integral de intervención en Atención Temprana*. Madrid: Disponible en:
http://paidos.rediris.es/genysi/actividades/jornadas/xijorp/xi_Garcia.pdf.
- Gómez, A. A. Viguier, S.P. & Cantero, L.M. (2003). *Intervención Temprana*. Madrid: Psicología Pirámide. Capítulos 1 y 2.
- Gómez, A. & Taberner, C. (2010). *Atención temprana. Unidad de Atención Temprana, fuente de San Luis*. Disponible en:
<http://www.amspw.org/spw/tripticos/pdf/ANEX-VIII.pdf>
- González, R. (2006). Las mujeres y su formación científica en la Ciudad de México, Siglo XIX y principios del XX, *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, julio-septiembre, Vol. 11, No. 030. Disponible en:
<http://www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/140/14003004.pdf>
- Grenier, M. (2004). *La estimulación temprana: un reto del siglo XXI*. Disponible en:
<http://www.campus-oei.org/celep/celep3.htm> visitado 01042011.

Gutiérrez, G; Guiscafré, H; Verver, H; Valdes, J; Rivas, E; Loyo, E. & Clavery, M. (2001). Programa de atención a la salud del niño en México. Evaluación de la calidad integrada que se otorga en los centros de capacitación. *Gaceta Médica de México*. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-gaceta/egm2001/egm01-1/emgm011d.htm>

Hernández, S; Mulas, F. & Mattos, L. (2004). Plasticidad Neuronal funcional. *Revista de Neurología* 38, Valencia. España.

Hesse, G. (1990). *La estimulación temprana en el niño discapacitado*. Argentina: Médica Panamericana.

Ibarra, A. (2006). *Manual de Neonatología*. Disponible en: http://www.aibarra.org/neonatologia/capitulo23/Profesionales/Desarrollo_psicomotor/default.htm

IMSS (2007). *Manual atención a niños IMSS*. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/Documents/GCSni%C3%B1o.pdf>

INEGI. (2010). Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=P>

Kail, R. & Cavanaugh, J. (2006). *Desarrollo humano. Una perspectiva del ciclo vital*. México D.F: Cengage Learning Editores. Capítulo 1.

Lázaro, L. & Tiana, A (2001). *Problemas y desafíos para la educación en el siglo XXI en Europa y América Latina*. Valencia, España: Universidad de Valencia. Capítulo 2.

Lias, P; Estupiñan, Z. & Rodriguez, N. (2010). *La Estimulación Temprana en niños con Síndrome de Down en el contexto familiar desde una perspectiva sociocultural en Moa*. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/07/pzn.pdf>

Libro blanco de la Atención Temprana. (2001). Documentos 55/2000. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Disponible en: <http://www.acondroplasiaperu.com/images/descargas/4.pdf>

López, F. (2001). *La Estimulación Temprana como medio para potencializar el desarrollo psicológico del niño*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

López, F. (2009). *Concepto y metodología de la Estimulación Temprana. Modelos de Intervención*. Disponible en: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_19/FRANCISCO_LOPEZ_REYES02.pdf

Maida, R. (1984). *La Estimulación Temprana. Un Método para el mejoramiento del desarrollo psicomotor en los primeros años de vida*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Martínez, F. (2001). *La estimulación temprana, Enfoques, Problemáticas y Proyecciones*. Centro de referencias latinoamericano para la educación preescolar. Organización de estados iberoamericanos.

Milla, M. & Mulas, F. (2005). *Atención Temprana, desarrollo infantil, diagnóstico trastornos e intervención*. Valencia España: Promolibro. Capítulo 1 y 2.

Miranda, A; Jarque, S. & Amado, L. (1999). *Teorías actuales sobre el desarrollo*. Málaga España: Ediciones Aljibe. Capítulo 1.

Morales, E. & Cruz, R. (2000) *¿Que es un CENDI?* México: SEP. Capítulo 1.

Morrison, G. (2005). *Educación Infantil*. Madrid España: Pearson Educación.

Mulas, F & Milla, M. (2007). *La atención temprana que es y para qué sirve*.

Disponible en:

<http://www.invanep.com/descargas/documentos/atencion/atencion.temprana.mulas.milla.pdf>

Newman, B. & Newman P. (1979). *Development through life and pshychosocial approach*. USA. Dorsey Press. Capítulo 3.

Ordoñez, M. & Tinajero, A. (2006). *Estimulación Temprana, Inteligencia Emocional y Cognitiva*. España: Ediciones MMVI. Capítulo 1

Ortega, P. & Plancarte, P. (2010). *Educación Especial Formación Multidisciplinaria e Interdisciplinaria*. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. Capítulo 1 y 2

Palacios, A. & González, A. (2003). *Evaluación y programas de intervención temprana*. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2003/10151>.

Pallás, C. (2006). *Seguimiento neurológico del recién nacido prematuro*. Disponible en: <http://72.14.253.104/search?q=cache:uv4QcGfyE3YJ:www.aepap.org/previnfad/pdf/psicomotor.pdf+evaluaci%C3%B3n+del+ni%C3%B1o+sano+prematuro+de+1+a+24+meses&hl=es&ct=clnk&cd=25>.

Papalia, D; Wendkos, S. & Duskin, R. (2005). *Desarrollo Humano*. México D.F: McGraw Hill Interamericana Editores, Capítulo 1.

Pereyra, M. (2000). *Aportaciones de la estimulación Temprana en el desarrollo integral de niños con necesidades educativas especiales*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Pérez, J. (2005). *De la Estimulación Temprana a la Educación Inicial*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Quiroz, V. (2009). *Nuevo Modelo para la Atención Temprana en Andalucía: directrices y desafíos*. Disponible en: <http://www.rieoei.org/expe/2592Quirosv2.pdf>

Ribes, E. (1985). *El concepto de Estimulación Precoz y su relación con la investigación básica sobre adquisición del lenguaje*. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/309/309v05n03a13152679pdf001.pdf>

Ribes, E. (2002). *Psicología del Aprendizaje*. México D.F: Editorial el Manual Moderno.

Robles, M.C; Poo, M.P. & Poch, M.L. (2008). *Atención temprana, recursos y pautas de intervención en niños de riesgo o con retraso en el desarrollo Asociación Española de Pediatría*. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/neurologia/37-atenciontemprana.pdf>

Sánchez, E. (1994). *Introducción a la Educación Especial*. Madrid. España: Complutense.

Sánchez, E. (2001). *Principios de Educación Especial* Madrid España: CCS.

Sánchez, M; Islas, C. & Crespo, M. (2005). Comparación de los principales motivos de consulta pediátrica privada y gubernamental en una zona rural. *Acta Pediátrica Mexicana* Número 26 Disponible en:

<http://new.medigraphic.com/cgibin/resumen.cgi?IDREVISTA=74&IDARTICULO=6113&IDPUBLICACION=731&NOMBRE=Acta%20Pediatria%20de%20México>

Sanchidrián, C. & Ruiz, J. (2010). *Historia y perspectiva actual de la educación infantil*. Barcelona, España: Grao. Capítulo 1 y 2.

Shaffer, D. & Kipp, K. (2007). *Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia*. México, D.F: Thomson Editores. Capítulo 1.

Secretaría de Salud. (2002). *Atención Temprana. Lineamientos Técnicos*. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Estimulacion_Temprana.pdf

SEDESOL (2009). Disponible en:

<http://www.sedesol2009.sedesol.gob.mx/index/index.php?sec=801538>

SEP (2007). *Dirección General de Servicios Educativos en el Distrito Federal, Línea del tiempo*. Disponible en:

<http://www.afsedf.sep.gob.mx/dgosedf/inicial/dctos/Lineatiempo.jpg>

SEP-OCDE (2003). *Revisión de las Políticas de Educación y Cuidado de la Infancia Temprana. Proyecto de Cooperación con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos*. Disponible en:

<http://www.oecd.org/dataoecd/10/38/34429901.pdf>

Spitz, R. (1996). *El primer año de vida del niño*. México D.F: Fondo de Cultura Económica. Capítulo 1

Stephen, A. (2001). *B.F Skinner theory and education: a Christian critique*. Disponible en: http://www.aiias.edu/ict/vol_28/28cc_441-460.pdf

Stimulos (2011) *Padres e Hijos*. Disponible en:

http://www.stimulos.es/archivos_subidos/revistajun12.pdf

Theron, A; Rodin, P. & Gorman, B. (2003). *“Psicología Educativa”*. Madrid España: Pirámide. Capítulo 1.

Velez, J & Resendiz, L. (2002). *Propuesta de un taller de Intervención Temprana para niños de 0 a 2 años con alto Riesgo Biológico y Ambiental*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. México.