

169
29.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

DESCRIPCION Y ANALISIS DE LAS FUNCIONES DEL
PSICOLOGO EN UN HOSPITAL DE 2° NIVEL
DE ATENCION EN EL MUNICIPIO DE NAUCALPAN

T E S I S

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

CLAUDIA ESTHER NEGRETE ESTRADA

MARIA FERNANDA DE LA ENCARNACION QUINTANAR GONZALEZ



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA TLAL EDO. DE MEX. 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

268052



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

Dedico la presente tesis a todas aquellas personas que con su ejemplo y apoyo me ayudaron a realizarme profesionalmente y en especial a mi madre quien tanto me impulsó a seguir adelante.

Claudia Negrete Estrada

A Dios

Quien siempre me acompaña y ha llenado mi vida de privilegios

A mis Padres

Con todo cariño y admiración a quienes con su apoyo y amor hicieron posible el logro de esta meta; reciban ésto como una pequeña compensación por todos los sacrificios realizados para llegar hasta aquí.

A mis tías Pila y Guille y a mi tío Pepe

Porque siempre confiaron en mí y sin cuyo apoyo y cariño hubiera sido simplemente imposible el logro de este objetivo.

Maria Fernanda de la E. Quintanar González.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
CAPITULO I PSICOLOGIA Y SALUD	
1.1 Proceso Salud-Enfermedad	9
1.2 Historia de la Relación entre Psicología y Salud (Antecedentes)	10
1.3 Aportaciones de la Psicología a las Ciencias de la Salud	11
1.4 Funciones del Psicólogo en las Instituciones de Salud	14
1.5 Políticas en Salud: Niveles de Atención	15
CAPITULO II PAPEL DEL PSICÓLOGO EN EL AREA DE LA SALUD	21
CAPITULO III CONSULTA CLINICA	
3.1 Marco Teórico Metodológico	25
CAPITULO IV PSICOLOGÍA Y PEDIATRÍA	
4.1 Concepto de Pediatría	45
4.2 Historia de la Relación entre Psicología y Pediatría (Antecedentes)	45
4.3 Conocimientos y Habilidades necesarias para la Inserción del Psicólogo en el Area de Pediatría.	48
4.4 Trabajos conjuntos entre Psicología y Pediatría	91
CAPITULO V ESTIMULACIÓN TEMPRANA	
5.1 Antecedentes Históricos	99
5.2 Bases Teóricas de la Estimulación Temprana	103
5.3 Programas de Estimulación Temprana	117

CAPITULO VI	EL PSICÓLOGO EN UN 2º NIVEL DE ATENCIÓN	
6.1	Fundamentos de la Intervención Clínica: Aspectos Generales (Psicoterapia)	125
6.2	Técnicas de la Psicoterapia	126
6.3	Modalidades de la Psicoterapia	128
6.4	La Intervención Clínica: Modelos Psicodinámicos	131
6.5	Terapias de la Conducta	141
CAPITULO VII	INTERVENCION EN DESARROLLO INFANTIL	
7.1	Fundamentos de la Estimulación Temprana	149
	Metodología	152
CAPITULO VIII	RESULTADOS	156
CAPITULO IX	CONCLUSIONES	174
	Comentarios de la relación entre la formación profesional recibida durante la carrera en la ENEP IZTACALA y el trabajo realizado en el Area de apoyo Psicológico en el Hospital "Maximiliano Ruiz Castañeda."	
BIBLIOGRAFIA		176
ANEXOS		

RESUMEN

En la presente obra se expone la descripción y análisis de las funciones del psicólogo dentro de una Institución de Salud de 2º nivel de Atención resultado del trabajo realizado en una Institución de estas características en el Estado de México.

Dicha labor constó de 2 vertientes: la primera consistió en prestar el servicio de Consulta Psicológica al público en general, asistencia implantada con anterioridad.

Se atendieron 14 casos de problemas diversos como: depresión, problemas de aprendizaje, fobias, etc. Todos los tratamientos tuvieron un enfoque cognitivo-conductual. El 90% de los casos fueron dados de alta con notable mejoría.

La segunda vertiente se enfocó a la instauración de un servicio de Estimulación Temprana dentro del área de Pediatría en modalidad de talleres (4), (con número variable de sesiones por taller), para brindar apoyo a las madres que tuvieran niños con factores de riesgo de presentar retardo en el desarrollo.

En cada sesión se daba información a las madres y se pedía su participación activa en la ejecución de los ejercicios. El 80% de los participantes reportó avances al finalizar los talleres.

Como consecuencia se logró establecer un vínculo de comunicación con la Institución, obteniéndose concesiones importantes para futuros talleres.

INTRODUCCIÓN

En tiempos recientes, la Psicología se vinculó con la Medicina en un afán de dar una respuesta científica a los distintos estados patológicos tanto individuales como colectivos. Sin embargo, podemos encontrar indicios de esta relación en las concepciones de los antiguos filósofos griegos acerca de la interrelación entre mente-cuerpo, creencia que influyó en la conceptualización del proceso salud-enfermedad, entendido este como: "un continuo en el que es posible encontrar diferentes grados de adaptación", ésta a su vez incluye aspectos subjetivos (bienestar mental y social, alegría de vivir), objetivos (capacidad para la función) y sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo). (Fajardo, 1979). De esta concepción resulta que el comportamiento es considerado como una estructura compleja de respuestas de los individuos ante el medio social y ambiental, además la estructura biológica y los componentes históricos, culturales, de organización, políticos y económicos se conjugan como variables que determinan las acciones del individuo. Esto sugiere, que los problemas de salud y enfermedad estarían íntimamente vinculados con factores físicos, conductuales y ambientales, por lo que no incumbe únicamente a la Medicina, sino puede ser entendido a partir de otras disciplinas sociales tales como: la Ecología, Economía, Antropología, Educación, Psicología entre otras. (San Martín, 1993)

Es así como los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud se ven obligados a buscar un modelo integral de salud que combine entre otras a la ciencia médica y conductual (Psicológica).

De ésta forma la Psicología comienza a incursionar en las diferentes áreas de la Medicina, concibiendo al organismo como una totalidad, en respuesta al hecho científicamente irrefutable de que la mente influye en forma importante en el funcionamiento corporal, ya sea determinando o contribuyendo a la determinación de disfunciones y enfermedades de los órganos y sistemas, o bien influyendo en la evolución de los procesos patológicos de otro origen.

La inserción del psicólogo en ambientes de atención a la salud ha permitido al mismo, la detección de los factores que afectan el proceso salud-enfermedad, orientando su labor a la aplicación

de conocimientos y metodología más efectivas y útiles al sistema de salud en problemas tales como: dolor de cabeza, asma, hipertensión, cáncer, entre otros por medio de métodos conductuales terapéuticos emanados de las teorías de aprendizaje y sustentados en el Análisis Experimental de la conducta basado en el Condicionamiento Operante: La conducta queda afectada y cristalizada precisamente por sus propias consecuencias y puede estudiarse controlando los ambientes de los que esas consecuencias específicas dependen, por lo tanto, el ambiente puede ser utilizado a voluntad y los cambios producidos en él ocasionan efectos rápidos y dramáticos en el individuo (Skinner, 1986).

Además las posibilidades del Psicólogo en el sector salud se han ampliado más allá del papel clínico tradicional tanto por las necesidades que actualmente enfrenta el sistema de salud, como por el desarrollo de las contribuciones conceptuales y metodológicas de la Psicología a la salud física y "mental" identificando grupos poblacionales que son susceptibles a ciertos problemas emocionales y de comportamiento y diseñando intervenciones para controlar los riesgos identificados (Salinas, 1995). Por lo que dentro de sus funciones se encuentran: 1) dar consulta clínica, 2) impartir talleres para la prevención de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de la población, 3) dar cursos de capacitación al personal que labora en las instituciones de salud; reclutamiento y selección del personal más adecuado para las diferentes áreas de atención hospitalaria, 4) establecimiento de repertorios conductuales, definición operacional de objetivos, programación y secuenciación creación del ambiente social y no social para que el organismo pueda aprender los comportamientos adecuados (Bayes, 1979)

De acuerdo con lo anterior, el trabajo psicológico realizado en el Hospital "Maximiliano Ruiz Castañeda", ISEM Naucalpan Edo. de México, constó de dos fases: En la 1ª de ellas que tuvo una duración de 6 meses nuestro trabajo se enfocó a la intervención clínica con pacientes externos ya que era la función específica del psicólogo dentro de dicha institución siendo establecida a través de las prácticas anteriores de estudiantes de Psicología siguiendo la estructura del modelo médico tradicional, es decir, se debía emitir un diagnóstico en términos psiquiátricos, etiquetando al paciente, lo que contrasta con la formación académica de algunos psicólogos, obstaculizando su labor terapéutica

Por otra parte todos los pacientes atendidos eran de nuevo ingreso, ya que a pesar de ser la continuación de un trabajo establecido, no se tuvo acceso a los expedientes de pacientes anteriores, ni estos solicitaron nuevamente el servicio.

Hasta este momento no existía el trabajo de apoyo psicológico en las diferentes especialidades que cubre el Hospital, por lo que la 2ª fase de nuestro trabajo se enfocó en este aspecto, específicamente en el área de Pediatría donde fue solicitada nuestra labor para brindar atención a niños susceptibles de sufrir algún tipo de retardo en su desarrollo, debido a su alto índice de factores de riesgo presentes tanto en las madres como en los niños. Siendo una innovación en instituciones de 2º nivel en nuestro país, que no obstante cuenta con instituciones de 3er nivel de atención en las cuales se llevan a cabo trabajos e investigaciones similares a los establecidos en otros países tales como Estados Unidos en cuyas instituciones es algo común programas para niños diabéticos, con asma, cáncer, retardo en el desarrollo, para aquellos que han sufrido algún tipo de violación ya sea física o psicológica, entre otros (Routh, 1994).

A partir del conocimiento de dichos programas en otros países, de las necesidades que actualmente enfrenta el sistema de salud de nuestro país y del desarrollo de las contribuciones conceptuales y metodológicas de la Psicología a la salud física y "mental", identificando grupos poblacionales susceptibles a sufrir ciertos problemas emocionales y de comportamiento y diseñando intervenciones para controlar los riesgos identificados, la función del psicólogo se ha ampliado, pudiendo incidir en áreas que antes eran exclusivamente para los médicos como es el caso de Pediatría.

No obstante el personal médico encargado del servicio de Pediatría, nos informó que ya se habían llevado a cabo 2 programas de Estimulación Temprana, uno dirigido por fisioterapeutas y el otro por estudiantes de Psicología, sin embargo, no se dejaron reportes escritos de éstos, por lo que no se podría llevar a cabo un seguimiento de estas actividades y por lo tanto se tenía que iniciar todo el proceso de planeación para un nuevo programa de Estimulación Temprana, cuya adecuada preparación sería factible gracias a la formación recibida en la ENEP Itzacala, en donde existe una tendencia docente conductual la cual nos proporcionó las habilidades necesarias para describir patrones conductuales, identificar sus causas y consecuencias, así como los reforzadores que los mantienen

También adquirimos la habilidad para crear nuestros propios instrumentos de evaluación así como las técnicas de enseñanza que consideramos más adecuadas, a su vez podemos sistematizar contenidos y actividades a partir de experiencias previas. Además los conocimientos adquiridos sobre el desarrollo infantil tanto en la esfera psicológica como en el aspecto físico, el manejo de técnicas de evaluación infantil, de la entrevista, las nociones acerca de rehabilitación física, el conocimiento y manejo de grupos, así como los conocimientos relacionados con las bases psicofisiológicas de la emoción y la motivación, permite al psicólogo incidir en escenarios hospitalarios superando los límites estrictamente médicos, incorporándose a un concepto de salud humana más integral, conjugando su trabajo con el de otros profesionales de la salud como por ejemplo: médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, etc., ofreciendo así nuevas alternativas para el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la población.

JUSTIFICACION

La importancia del trabajo realizado consiste en ofrecer alternativas de apoyo psicológico como medio para mejorar la calidad de vida de la población derechohabiente del Hospital "Maximiliano Ruiz Castañeda", la cual en su gran mayoría es de escasos recursos económicos, o que implica trastornos sociales tales como bajo nivel escolar, desempleo, estrés, depresión, desnutrición calórico-proteica con el retardo concomitante en el crecimiento físico y psicológico, de causas biológicas y socioculturales, relaciones interpersonales inadecuadas, gran cantidad de hijos, condiciones insalubres de vida, entre otros. Esto a su vez repercute en la salud de los individuos y genera una demanda de servicios de apoyo social que los médicos solos no pueden cubrir, por lo que se requiere de un trabajo multidisciplinario con la participación de otros profesionales del área de la salud entre los que se cuentan las enfermeras, trabajadoras sociales y psicólogos, de los cuales generalmente se presinde en este tipo de hospitales y en el caso de que exista, su participación se limita a la concepción que algunos médicos tienen del papel que debe jugar el psicólogo: creen que su trabajo

debe consistir unicamente en la aplicación de pruebas estandarizadas que arrojen datos cuantificables o confirmen la opinión del médico respecto al caso, emitiendo un diagnóstico en términos psiquiátricos. Sin embargo, los psicólogos están capacitados para incidir en diferentes situaciones médicas que en nuestro país no son comunes y no obstante en otros países como en Estados Unidos tienen gran demanda como medios de prevención, tratamiento o rehabilitación de enfermedades, como por ejemplo: los programas de apoyo para niños con cáncer, diabéticos, con asma, violados tanto física como psicológicamente, con retardo en el desarrollo, entre otros.

A partir del conocimiento de dichos programas en otros países, de las necesidades que actualmente enfrenta el sistema de salud de nuestro país y del desarrollo de las contribuciones conceptuales y metodológicas de la Psicología a la salud física y "mental", identificando grupos poblacionales que son susceptibles a ciertos problemas emocionales y de comportamiento y diseñando intervenciones para controlar los riesgos identificados, la función del psicólogo se ha ampliado. Sin embargo, todavía en muchas instituciones como el Hospital "Maximiliano Ruiz Castañeda", el servicio de apoyo psicológico llevado a cabo por estudiantes de Psicología de los últimos semestres de la carrera, consiste (a petición de la Institución), en ofrecer consulta clínica a la población que la solicite o sea remitida a ella por los médicos de la Institución y está limitada por la falta de un área de Psicología bien estructurada, planeada y estructurada que sea reconocida Institucionalmente y como área independiente de las actividades médicas.

Considerando lo anterior el tipo de trabajo que se realizó tal y como estaba establecido en: proporcionar el servicio de consulta clínica siguiendo el modelo cognitivo-conductual, cuyo fin no es dar un diagnóstico en términos médicos, sino encontrar relaciones funcionales entre variables para explicar el comportamiento humano, sin embargo, se continuo dando un diagnóstico en términos psiquiátricos a solicitud de la Institución.

Por otra parte a petición de los médicos encargados del área de Pediatría, por el alto índice de niños en riesgo de presentar algún tipo de retardo en el desarrollo, se instauró un programa de Estimulación Temprana permanente, el cual tuvo gran demanda y aceptación por parte de la población, a pesar de las carencias propias de una actividad innovadora dentro de la Institución. Debido

observado las necesidades de la población que asiste a las diferentes áreas de la medicina que cubre el Hospital, se sugiere la creación de programas para pacientes diabéticos, con cáncer, asma, enfermedades crónicas, etc.; así como también terapias de relajación entre otros.

OBJETIVOS

Objetivo General: Descripción de las actividades y Análisis de las funciones del psicólogo dentro de una Institución de Salud de 2º nivel de atención.

Objetivos Específicos: 1) Implementar 2 tipos de programas psicológicos dentro de una Institución de Salud de 2º nivel de atención.

2) Difundir las actividades que el psicólogo es capaz de realizar en un medio hospitalario.

3) Contribuir a la discusión de diferentes profesionales del área de la salud con respecto al papel del psicólogo en el servicio hospitalario.

Objetivos Particulares: 1.1 Planear las actividades a realizar en el Hospital "Maximiliano Ruíz Castañeda".

1.2 Diseñar un programa de Consulta Clínica.

1.3 Diseñar un programa de Estimulación Temprana.

1.4 Proporcionar el Servicio Psicológico dentro del Hospital, como un medio de difusión de la práctica disciplinaria.

1.5 Iniciar el Servicio Psicológico de Consulta Clínica.

1.2.1 Consulta Clínica

1.2.1.1 Realizar una entrevista semiestructurada con un enfoque cognitivo-conductual.

1.2.1.2 Indagar motivo de consulta.

1.2.1.3 Llenar hoja de registro estadístico-hospitalario.

1.2.1.4 Evaluar la conducta problema del paciente mediante la observación y la entrevista.

1.2.1.5 Formular hipótesis contrastables respecto a las conductas problema.

1.2.1.6 Seleccionar conductas clave a modificar y variables relevantes a manipular

1.2.1.7 Establecer metas terapéuticas.

1.2.1.8 Consultar bibliografía.

1.2.1.9 Seleccionar el programa de tratamiento.

1.2.1.10 Aplicar el tratamiento.

1.2.1.11 Valoración de resultados.

1.3.1 Area de Pediatría

1.3.1.1 Indagar sobre las necesidades de atención psicológica en el Area de Pediatría.

1.3.1.2 Indagar sobre el trabajo realizado anteriormente por psicólogos en el Area de Pediatría.

1.3.1.3 Estructurar un programa de Estimulación Temprana que responda a las necesidades específicas de la población derechohabiente.

1.3.1.4 Revisar bibliografía de diferentes programas de Estimulación Temprana.

1.3.1.5 Aplicar el programa estructurado.

1.3.1.6 Concertar con los pediatras la remisión de niños al servicio de Estimulación Temprana.

1.3.1.7 Concertar con los pediatras el horario, lugar y material para el programa de Estimulación Temprana.

CAPITULO I

PSICOLOGÍA Y SALUD

1.1 Proceso Salud-Enfermedad

Desde sus orígenes el hombre ha tratado de dar solución a los problemas que se le presentan en un intento de adaptarse al medio ambiente que lo rodea, alcanzar este objetivo dependerá de factores genéticos, culturales y sociales, los cuales actúan positiva o negativamente en el logro de este, dando lugar al proceso salud-enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la Salud como: " El estado de bienestar físico, mental, y social y no como la mera ausencia de enfermedad". (1).

Esta perspectiva implica la atención integral del individuo, aspecto muy importante debido a que tradicionalmente el proceso salud-enfermedad ha sido estudiado por diferentes disciplinas, la medicina desde el punto de vista puramente biológico, la psicología dedicada a estudiar principalmente el comportamiento de los individuos, y por último, la sociología enfocada a las condiciones socioeconómicas de la población.

Cada una de estas áreas ha abordado el estudio de la salud bajo su propia perspectiva, dejando del lado las posibles interrelaciones con las otras disciplinas y sin tomar en cuenta que un manejo integral considera al individuo como un ser biopsicosocial (Duran-Gonzalez, Becerra-Aponte y Torrejon, 1991).

De esta concepción resulta que el problema de la salud y la enfermedad no incumbe únicamente a la medicina, ya que siempre está relacionado con el ambiente de vida de la población del individuo, con su cultura y educación, con el nivel de desarrollo social y con las características en la organización de los servicios de salud, es decir, este proceso y la respuesta organizada para atenderlo están condicionados por la formación socioeconómica del país y la nuestra, se caracteriza por depender de otras más desarrolladas (específicamente de E.U), lo cual puede ser entendido a partir de otras disciplinas sociales tales como: la ecología, economía, antropología, educación, psicología, entre otras. (San Martín, 1993).

El concepto actual de salud-enfermedad se basa en principios ecológicos y epidemiológicos, se le contempla como la resultante de la interacción del hombre con su ambiente: proceso variable para cada individuo. (Fajardo, 1979).

1.2 Historia de la Relación entre Psicología y Salud

Para fines del presente trabajo nos enfocaremos en la historia de la relación entre Psicología y Salud, la cual es muy antigua, tal como lo demuestra el hecho de que los primeros médicos eran a la vez sacerdotes y filósofos y fungían como curanderos y maestros, así como que en los primeros documentos encontrados en la civilización, se reconocía ya la interrelación entre mente-cuerpo, a través de ejemplos tales como: la boca seca y la taquicardia asociados a una confrontación anticipada con el enemigo, el dolor de cabeza y la diarrea asociados al estrés emocional.

Fue hasta la mitad del siglo XIX cuando los psicólogos y los médicos pudieron identificarse como miembros de profesiones distintas y separadas de las profesiones de teología y filosofía. Una de las consecuencias de dicha separación fue que la medicina al abordar el estudio del proceso salud-enfermedad en forma independiente, únicamente lo hizo retomando el aspecto orgánico fragmentando y reduciendo al individuo y dando explicaciones somato-psíquicas equivocadas ante la presencia de enfermedades que no manifiestan alteración orgánica alguna, sin considerar que existe una relación estrecha e importante entre lo que una persona siente, quiere, teme, etc. entre sus alegrías, odios y tristezas y sus estados de salud-enfermedad.

Esta desproporción que surgió entre los conocimientos médicos y psicológicos se debió en gran parte al carácter subjetivo de los fenómenos mentales y al hecho de que el objeto de estudio de la psicología sea el instrumento que el hombre usa en sus excursiones científicas: la mente.

Otra de las causas de esta desproporción es comprensible en relación con la evolución del pensamiento occidental, el cual establece una marcada diferenciación entre mente-cuerpo y un especial énfasis en lo objetivo. (De la Fuente, 1980).

Sin embargo, a finales del siglo XIX la Psicología quiso establecer nuevamente un vínculo con la medicina, retomando el modelo médico para sus tratamientos, prescribiendo a sus pacientes reposos en cama, hospitalización y medicamentos. (Duffy, 1977 citado por Peterson y Harbeck, 1988).

Pero no fue sino hasta 1949 cuando los psicólogos ingresaron a las facultades de medicina que resurgió el interés por vincular más estrechamente la psicología con los problemas de salud, insertándose de esta forma el profesional de la psicología en el campo de la salud a través de la educación médica, concibiendo al organismo como una totalidad, en respuesta al hecho científicamente irrefutable de que la mente influye en forma importante en el funcionamiento corporal, ya sea determinando o contribuyendo a la determinación de disfunciones y enfermedades de los órganos y sistemas, o bien influyendo en la evolución de los procesos patológicos de otro origen.

1.3 Aportaciones de la Psicología a la Ciencias de la Salud

Lo anterior ha permitido la involucración del psicólogo en ambientes de atención a la salud, lo que ha posibilitado la detección de los factores que afectan al proceso salud-enfermedad y a los proveedores de los servicios (Cumming, 1992 citado por Salinas, 1995).

Dicha experiencia ha jugado un papel importante en el desarrollo de explicaciones racionales respecto a la participación del psicólogo en el estudio y manejo de la enfermedad física (Schofield, 1979 citado por op, cit), de tal manera que se han desarrollado varias aproximaciones que intentan explicar la relación entre enfermedad física y mental, sus efectos en el tratamiento médico y los determinantes de las conductas de salud-enfermedad, las cuales son importantes para la prevención.

Dichas aproximaciones son: La Medicina Conductual y la Psicología Médica, la primera de acuerdo con Schwarz y Weiss (1977,1978), es definida como: "Un campo interdisciplinario interesado en el desarrollo e integración de las ciencias conductual y biomédica, de las técnicas relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas para prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar".

Por su parte la Psicología Médica es definida como: "Una disciplina que abarca el desarrollo de estrategias de intervención y sistemas de educación dirigidos a mejorar la prevención, el diagnóstico, tratamiento, manejo y rehabilitación de pacientes con desordenes físicos" (Massur, 1974 citado por Prokop y Bradley, 1981).

De acuerdo con Prokop y Bradley, (1981), la Psicología Médica provee tres contribuciones al gran campo de la Medicina Conductual: -

- 1° La aplicación de la evaluación puede ser mejor realizada por psicólogos médicos, debido al entrenamiento con respecto a la relación cerebro-conducta.
- 2° La construcción de instrumentos psicométricos y la interpretación de las respuestas de los pacientes a esos instrumentos.
- 3° El análisis funcional de la conducta que incluye la medida del estímulo controlador.

A partir de 1970 se exploraron mejores formas para la oferta de servicios de salud con la cooperación de los psicólogos, para así poder desarrollar un modelo del psicólogo como "un profesional del cuidado de la salud", intentando llevar a cabo una redefinición del rol profesional del psicólogo y orientar su labor a la aplicación de conocimientos y metodología más efectivas y útiles al sistema de salud en problemas tales como: Dolor de cabeza, asma, hipertensión, cáncer, entre otros. Además se señala una rápida expansión de la presencia psicológica en los departamentos de Pediatría, que se ha desarrollado con el término de Psicología Pediátrica, enfatizando su actividad en problemas de salud y enfermedad de los niños. (Drotar, 1977; Routh, 1977, citados por Stone, 1979).

Otras aportaciones de la Psicología al campo de la Medicina son: A) Psicogenesis de los síntomas corporales. La Psicogenesis es un proceso etiológico, para entenderlo basta que los conflictos psicológicos de los enfermos sean tomados en cuenta y estudiados con la misma objetividad y detenimiento con que se estudia el funcionamiento del hígado, de los intestinos o del corazón. Entonces se puede comprobar que los conflictos psicológicos son tan efectivos para alterar la función de un órgano como los microorganismos y las toxinas. El criterio psicogénético permite apreciar que, en ciertas circunstancias, el síntoma es la expresión simbólica de un conflicto mental, y en otras simplemente la respuesta de un organismo a ciertos estímulos emocionales

persistentes o recurrentes. En ocasiones el síntoma corporal llena para el sujeto la función de satisfacer necesidades personales de afecto, seguridad, atención o prestigio, en otras lo que ocurre es que un enfermo está sufriendo las consecuencias de sus tensiones no resueltas.

Una implicación del concepto de psicogénesis es que, puesto que los conceptos mentales se originan en él vivir en relación recíproca con otros individuos que son portadores de las metas, los ideales, las restricciones y las prohibiciones vigentes en la sociedad, es necesario para entender las causas de la salud o la enfermedad de un individuo tener en cuenta las circunstancias de su ambiente natural y cultural.

B) Represión. Una de las aportaciones más importantes de la Psicología a la Medicina es el descubrimiento debido a Freud que ciertos impulsos, tendencias, y afectos pueden ser expulsados de la conciencia y permanecer fuera del campo de advertencia del sujeto, sin que por ello dejen de ejercer una poderosa influencia sobre su conducta.

Postulando así la teoría de que un mecanismo fundamental al que denominó "represión" protege al individuo, al eliminar del campo de su conciencia la presencia de impulsos y tendencias que afectarían de forma importante su equilibrio mental.

Un aspecto importante de estos descubrimientos, desde el punto de vista médico es que no sólo las emociones que el sujeto experimenta abiertamente, sino también sus emociones reprimidas, particularmente la hostilidad y la dependencia deben ser tomadas en cuenta como "factor psicológico" en un grupo numeroso de padecimientos orgánicos.

C) Papel central de las emociones, las cuales son el verdadero motor de la conducta, de ahí que la angustia sea singularizada como la emoción primordial, ya que expresa la reactividad del organismo total ante la incierta posibilidad de amenazas vitales.

D) Concepto de Salud-Enfermedad. Freud puso empeño en mostrar que una buena parte de los síntomas en las enfermedades mentales como en las orgánicas, se entienden mejor como procesos adaptativos del organismo, como transacciones entre las fuerzas defensoras y las ofensoras, donde los síntomas son entendidos como intentos de restaurar un equilibrio que ha sido alterado por condiciones internas o externas.

Por lo tanto, la enfermedad es comprensible como algo que se encadena en forma indisoluble con el resto de la biografía personal.

E) Importancia de la Relación Médico Paciente. Otra aportación importante de la Psicología a la Medicina es el énfasis en el estudio de la interrelación del médico con el enfermo como parte importante del proceso terapéutico. (De la Fuente, 1980).

1.4 Funciones del Psicólogo en las Instituciones de Salud

En conjunto todas estas aportaciones han influido de manera directa en las prácticas que el psicólogo desempeña dentro de las Instituciones de Salud. Dichas prácticas se basan en cuatro suposiciones básicas:

- 1) Determinados comportamientos incrementan el riesgo de ciertas enfermedades.
- 2) La modificación de determinados comportamientos puede reducir la probabilidad de riesgo de determinados procesos de salud.
- 3) El comportamiento se puede cambiar con relativa facilidad.
- 4) Las intervenciones psicológicas pueden resistir un análisis costo-utilidad/eficacia.

Estas a su vez influirán en el trabajo que el psicólogo realice dentro del sector salud que consiste básicamente en:

- 1) Dar consulta clínica emitiendo un diagnóstico en términos psiquiátricos.
- 2) Impartir talleres para la prevención de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida.
- 3) Dar cursos de capacitación al personal que labora en las Instituciones de Salud.
- 4) Reclutamiento y Selección del personal más adecuado para las diferentes áreas de atención hospitalaria. El lector que se interese en una información mayor y más detallada acerca de la práctica de dichas actividades debe consultar a García (1995).
- 5) Establecimiento de repertorios conductuales, definición operacional de objetivos, programación y secuenciación, creación del medio ambiente social y no social para que el organismo pueda aprender los comportamientos apropiados (Bayes, 1979).

Como se puede observar la función del Psicólogo se ha ampliado más allá del papel clínico tradicional tanto por las necesidades que actualmente enfrenta el sistema de salud, como por el desarrollo de las contribuciones conceptuales y metodológicas de la Psicología a la Salud

física y "mental", identificando grupos poblacionales que son susceptibles a ciertos problemas emocionales y de comportamiento y diseñando intervenciones para controlar los riesgos identificados. (Salinas, 1995)

1.5 Políticas en Salud: Niveles de Atención

Sin embargo, sus funciones estarán determinadas por las políticas vigentes en los sistemas de salud y por los niveles de atención que se manejan dentro de dichos sistemas. Con respecto a las primeras se puede mencionar:

1) Para tener contacto con el paciente, el psicólogo debe esperar las decisiones que tome toda una jerarquía de salud, principalmente los médicos especialistas (vistos como un grupo exclusivo), acostumbrados a mostrar una actitud de autoridad y a considerar a los pacientes de su dominio. Los médicos tienen una concepción estereotipada del papel que debe jugar el psicólogo; creen que su trabajo debe limitarse a la aplicación de pruebas estandarizadas que lancen datos cuantificables o confirmen la opinión del médico respecto al caso. Las técnicas que difieren de esta concepción son vistas como extrañas e inexplicables para los médicos. (Peterson y Harbeck, 1988).

Esta posición de los médicos puede observarse en las políticas de salud mental implementadas en las Instituciones de Salud, que obligan a los psicólogos a dar un diagnóstico del caso en términos psiquiátricos, lo que contrasta con la formación académica de algunos de ellos, obstaculizando su labor terapéutica, ya que sus habilidades son más conductuales, basadas en la investigación y más dedicadas a la medida de la competencia del individuo, que al diagnóstico y tratamiento psicopatológico característico de la Psiquiatría. Tal como sucede con los egresados de la carrera de Psicología de la E.N.E.P Iztacala.

También es común que el psicólogo lleve a cabo actividades diversas a las de la Psicología Clínica, pero sólo por invitación o requerimiento especial del responsable de los servicios de salud particulares (por ejemplo: pediatría, cirugía, consulta externa, entre otros), o por el administrador del hospital, cuando existen necesidades y presiones para mejorar los servicios o detectar factores responsables de las desviaciones de las metas programadas e incrementar soluciones organizacionales, así mismo se puede requerir su participación dentro de la investigación relacionada con los procesos de enfermedad, esto último, sin dejar de mencionar la iniciativa e

interés del psicólogo que elabora propuestas concretas y que recibe el apoyo de las autoridades para instrumentarlas sólo si así le conviene a la Institución. (Salinas, 1995).

Por otra parte las formas de participación del psicólogo en la educación del personal médico y las participaciones conjuntas no poseen una naturaleza formal y reconocida Institucionalmente.

Con respecto a los niveles de atención que se manejan dentro del sistema de salud, a partir de ellos se determina la forma en que se presta el servicio, la cual es jerárquica, es decir, se proporciona a diferentes niveles, existiendo Instituciones específicas para cada uno de estos, dependiendo de los recursos y necesidades de la comunidad.

Sin embargo, el término niveles de atención médica no debe confundirse con algunos aspectos correlativos como grado de especialización médica requerido o utilizado, regionalización de servicios médicos, ubicación de unidades médicas, concentración de recursos, calidad de servicios médicos y niveles de prevención.

Habitualmente se consideran tres niveles de atención médica: primario, secundario y terciario

PRIMER NIVEL (Contacto Primario)

Debe ser el contacto inicial y directo entre los integrantes de la comunidad y el personal de salud. En este nivel se promueve la salud, se previenen, tratan y curan los padecimientos "banales" y se controlan ciertos padecimientos "crónicos". Su enfoque es integrador. Sus características son las siguientes:

1. Problemática. - Se ocupa de la población sana, protegiendo y promoviendo la salud, de problemas comunes e inespecíficos y de cierto tipo de enfermedades crónicas.
2. Cobertura. - Atiende a los vecinos de un pequeño lugar, a comunidades determinadas o a familias específicas.
3. Ubicación. - En la propia comunidad a la que sirve.
4. Tipo de Atención.-Ambulatoria, ya sea en consultorios o en la propia comunidad.
5. Funciones. - Están orientadas hacia la protección y fomento de la salud, al diagnóstico y tratamiento oportuno de los padecimientos, por ejemplo: se controla el embarazo normal, se vigila al niño sano, entre otras actividades.

6. Recursos Humanos.- Son personas de la propia comunidad y personal técnico y profesional como son: médicos generales, parteras y estudiantes, que deben actuar en equipo y pueden servir a varias comunidades.

7. Recursos Físicos.- Son Consultorios Generales, Centros de Salud, Clínicas Generales o Familiares, Casas de Salud, domicilio del Paciente, etc.

SEGUNDO NIVEL

Por lo regular el beneficiario llega a este nivel después de haber pasado por el primer nivel. Se identifica con servicios de consulta externa y hospitalización general, en la que se encuentran médicos generales o familiares, algunos especialistas y algunos técnicos especializados.

A este nivel acuden todos aquellos pacientes que requieren cierta atención especializada. Su enfoque no es integrador, es en función de individuos, órganos, aparatos o sistemas aislados. Sus características son las siguientes:

1. Problemática. -Se ocupa de la población enferma que necesita cierta atención especializada.
2. Cobertura. - Sirve a grandes grupos de población o a varias comunidades.
3. Ubicación. - Está a una distancia media del domicilio del paciente.
4. Tipo de Atención.- Es de tipo intermitente, y por lo tanto discontinua. Los pacientes habitualmente provienen del primer nivel y los servicios se otorgan en consulta externa y salas de hospitalización.
5. Funciones. - Se orienta al paciente hacia el diagnóstico y el tratamiento tempranos y la limitación del daño.
6. Personal. - Es profesional y técnico. Médicos, Psicólogos, Familiares, etc.
7. Recursos Físicos.- Son Hospitales Generales; Consultas Externas Generales y de Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía General y Centros de Salud con Servicios de Hospitalización.

TERCER NIVEL

Se identifica con la atención médica especializada y con problemas de salud que requieren solución quirúrgica o la participación de servicios altamente tecnificados. Sus características son las siguientes:

1. Problemática. - Se ocupa de la población enferma, con problemas de salud poco frecuentes.
2. Cobertura. - Sirve a grupos de población muy grandes o a muchas comunidades.
3. Ubicación. - Puede estar ubicado a gran distancia del hogar del paciente.
4. Tipo de Atención. Episódico y, por ello discontinua.
5. Funciones. - Son fundamentalmente la curación y rehabilitación.
6. Personal. - Científico, Médico, Paramédico y Técnico altamente especializado y numeroso.
7. Recursos Físicos.- Hospitales Especializados, Centros Médicos, Centros Hospitalarios y Hospitales Universitarios. (Fajardo, 1983).

En México, la participación del psicólogo sólo está establecida normativamente en Hospitales de Atención Médica y Especializada, no se define su participación en el primer nivel de atención (clínicas y centros comunitarios de cuidados en la salud biológica).

Sin embargo, la OMS señala que hay que evitar confusiones en cuanto a Primer Nivel y Asistencia Primaria de Salud o Asistencia Sanitaria Primaria, dice al respecto: "La Asistencia Sanitaria Primaria es de un alcance superior, es decir, va más allá del primer contacto entre un enfermo y el sistema de asistencia sanitaria, representado por una enfermera, un médico general o por otra persona perteneciente a los servicios de salud.

La Asistencia Sanitaria Primaria comprende la aplicación de medidas sencillas y eficaces por lo que respecta al costo, la técnica y la organización, fácilmente accesibles a la población cuyo dolor y sufrimiento han de aliviarse, y susceptibles de mejorar las condiciones de vida de individuos, familias y colectividades.

Estas medidas están destinadas a responder a las necesidades humanas fundamentales (en materia de salud). Dichas medidas comprenden actividades de prevención, fomento de la salud, curación, rehabilitación psicosocial, en las cuales, actualmente el psicólogo en México también puede participar.

Las actividades preventivas en salud mental comprenden la promoción, educación, detección y manejo oportuno de casos.

La promoción se refiere al fomento y mantenimiento de la participación de las personas dentro del grupo social, para realizar tareas colectivas en beneficio de la salud individual y de grupo, a la discusión dirigida de los problemas de salud mental de la comunidad, al apoyo de las actividades de los grupos sobre el desarrollo psicológico del niño como en el caso del retardo en el desarrollo entre otros.

La detección requiere la consulta médica que incluye el examen de las funciones cognitivas, afectivas y de relación a través de instrumentos psicológicos pertinentes.

Las actividades curativas son el manejo y el tratamiento de los casos más comunes, la atención de casos urgentes y seguimiento de la evolución de los pacientes.

Las actividades de rehabilitación psicosocial en los problemas de salud mental son: consejo psicológico individual, familiar y en grupo, con el fin de orientar a los pacientes para la confrontación de sus problemas, a través de actividades ocupacionales y recreativas. (Diario Oficial México, 1987).

La participación del psicólogo en el tercer nivel de atención a la salud tiene un enfoque multidisciplinario, mientras que en el segundo nivel de atención trabaja en algunos departamentos hospitalarios como en pediatría, haciendo psicodiagnóstico, psicoterapia y rehabilitación. (Holzman y cols. 1988).

En nuestro medio se le ha dado más importancia al segundo y tercer niveles, olvidándose de la base.

Todos los niveles tienen igual importancia en el panorama general de la salud de las comunidades, aunque se debe enfatizar que la piedra angular para mejorar las condiciones de salud es la atención primaria de la salud.

Finalmente debe quedar claro que en un sólo establecimiento se pueden otorgar los servicios de más de un nivel de atención médica, tal como sucedió en el Hospital "Maximiliano Ruiz Castañeda": el cual se identifica con el segundo nivel de atención y sin embargo, el programa

de Estimulación Temprana llevado a cabo se sitúa dentro de un Modelo Psicológico de Atención Primaria.

Para el mejor conocimiento de las posibilidades que el psicólogo puede tener dentro del área de la salud, se expondrá el siguiente capítulo dedicado exclusivamente a esto.

CAPITULO II

PAPEL DEL PSICÓLOGO EN EL ÁREA DE LA SALUD

Como ya se menciona en el apartado 1.4 del capítulo anterior, las funciones más comunes que realiza el psicólogo dentro del sector salud son:

- 1) La consultoría clínica
- 2) La enseñanza del cuidado de la salud
- 3) Capacitación de personal
- 4) Reclutamiento y Selección
- 5) Modificación de Conducta

Sin embargo, el papel del psicólogo en la atención primaria a la salud puede ampliarse en diferentes áreas como lo propone la Maestría en Salud Mental en Poblaciones del Instituto Nacional de Salud Pública.

En el Área Psicosocial

Elaborando diagnósticos de comunidad para conocer sus características psicosociales e identificar su relación con los principales problemas de salud a fin de programar las acciones anticipatorias y preventivas para cancelar y modificar los factores de riesgo.

-Identificando y realizando el tratamiento temprano de la enfermedad mental.

-Realizar actividades de prevención, manejo, tratamiento y referencia de problemas de alcoholismo y Farmacodependencia.

-Brindando apoyo psicológico, control, seguimiento y asesoramiento a pacientes con problemas fisiológicos que por sus condiciones de grupo de riesgo, requieren de atención directa y en la realización de ejercicios psicoprofilácticos, para la estabilización de pacientes con problemas crónico-degenerativos.

Dentro del Área de la Enseñanza

-Diseñando e implementando programas educativos que sustenten la participación de la comunidad en problemas de salud.

En la Investigación

-Recopilando sistemáticamente la información de su trabajo, de tal forma que pueda ser procesada y analizada mediante protocolos de investigación en desarrollo o en proceso de ser desarrollados.

Dentro del Área Administrativa

-Identificando sus tareas y las del resto del equipo de salud, delegando responsabilidades y acoplando las propias con las del resto del personal.

Desafortunadamente en la práctica, hasta el momento no se han aprovechado óptimamente las capacidades del psicólogo, porque sus funciones y tareas no han sido claramente definidas en el Área de la Salud, existiendo limitaciones dentro de las mismas instituciones.

A pesar de esto el Programa de la Maestría en Salud Mental en Poblaciones del Instituto Nacional de Salud Pública han tenido ciertos avances tales como: El Diseño de Programas: *De Atención Integral Perinatal; *De Estimulación Psicomotora y Fomento de la Lecto-Escritura, dirigido a la capacitación de madres de familia; *Programa de Orientación, Información y Dinámica con Adolescentes; *Prevención y Tratamiento del Alcoholismo; *Programa de Autocontrol de la Diabetes y Programa Integral para la Disminución de la Hipertensión Arterial.

Estos programas han tenido aceptación aun cuando se encuentran en etapas iniciales, siendo evaluados constantemente a fin de brindar un apoyo eficaz a la comunidad en respuesta a sus problemas de salud (Duran-Gonzalez, Hernandez-Rincon, Becerra-Aponte, Salud Pública de México, Sept-Oct1995, Vol 37 No 5 Pag.462-471).

Tomando como base lo anterior, los Objetivos de esta tesis están enfocados hacia el Área de la Salud Pública, ya que a esta corresponde la implementación de Programas de Estimulación Temprana. Dentro de esta área se puede trabajar en cada una de las funciones que son: Detección, Investigación, Prevención, Desarrollo y Rehabilitación, abarcando 4 escenarios sociales posibles (urbano desarrollado y marginado y rural desarrollado y marginado) y teniendo como beneficiarios a individuos, grupos e instituciones.

Algunos ejemplos que objetivizan estas posibilidades de acción en función de las actividades que puede realizar son:

a) **DETECCIÓN:** Dirigida a la evaluación y diagnóstico de los problemas que aquejan al individuo ya sea definidos en términos de carencias específicas o formas de comportamiento socialmente deseables requeridas para satisfacer prioridades individuales o sociales.

Dentro del área de la Salud Pública y específicamente tratando en este caso la importancia que tiene el implementar programas de Estimulación Temprana, una posibilidad de acción del Psicólogo es llevar a

cabo la evaluación y diagnóstico de los niños en cuanto al déficit en las diferentes áreas del desarrollo para a partir de esto poder diseñar e implementar dichos programas.

B) INVESTIGACIÓN: Que se dirige a la evaluación controlada de instrumentos y al establecimiento de habilidades interdisciplinarias en el área de la salud pública y del cambio social.

C) PLANEACIÓN Y PREVENCIÓN: Relacionadas con el diseño de ambientes, predicción de problemas a mediano y largo plazo y difusión de algunas actividades profesionales de apoyo entre personal paraprofesional y no profesional.

Específicamente la función del Psicólogo en este trabajo fue el de planear y prevenir en el sentido de que al haber detectado la falta de programas de Estimulación Temprana, en niños de alto riesgo tanto biológico como sociocultural, se observó la necesidad de llevar a cabo tales programas, así pues se procedió a planear dichos programas contemplando características de cada niño, de esta manera se cumple también la función de prevención, la cual se puede dar a tres niveles, y es en la atención primaria a la salud donde se enmarca la estimulación temprana para prevenir la agudización del problema una vez que este se encuentra ya presente. Esta actividad cabe mencionar el entrenamiento que se llevo a cabo con las madres de los niños. Al mismo tiempo, otra actividad del psicólogo estará encaminada a la creación de tecnología adecuada para entrenar a profesionales y no profesionales, dentro de durante la aplicación del programa.

D) DESARROLLO: Consiste en promover cambios a nivel individual o de grupos, para el cumplimiento de objetivos individuales y de grupo en lo que a recursos humanos se refiere. Esta función se conoce tradicionalmente como educación y capacitación.

E) REHABILITACIÓN: Dirigida al remedio de aspectos deficitarios en el comportamiento de individuos o de grupos. Comprende actividades de reeducación y prótesis.

Una vez analizado el papel que tiene el psicólogo en el área de la Salud Pública y la importancia que tiene su participación en dicha área. Pasaremos a mencionar la relevancia que tiene el trabajo del psicólogo en un equipo multidisciplinario.

El Psicólogo es el encargado de planear o elaborar el programa de Estimulación con las recomendaciones que le han proporcionado el resto de los componentes del equipo, como son: los médicos, fisioterapeutas, etc. En este caso particular se llevo a cabo un trabajo bidisciplinario, en el

sentido de que solamente intervinieron el psicólogo y el médico, en la elaboración e implementación del programa.

Por otra parte cabe destacar la participación de los padres dentro del equipo de estimulación, ya que son ellos los que conviven mas con los niños y los encargados muchas veces de llevar a cabo el programa en sus hogares.

Capítulo III

CONSULTA CLÍNICA

3.1 Marco Teórico-Metodológico

En 1912 Witmer fue el primero en utilizar el término "Psicología Clínica", la cual ha evolucionado como un campo dentro de la Psicología y la Salud Mental subrayando la importancia de considerar las necesidades y estado de cada individuo con una metodología científica aplicada a la observación y experimentación. Witmer propuso también que los psicólogos clínicos desempeñaran la función de maestros.

Más tarde Woodworth (1937), sugirió el empleo de la denominación "Psicología para Servicio Social", ya que se consideraba a los psicólogos como consejeros profesionales que utilizaban métodos científicamente desarrollados para apoyar y orientar a las personas en diversas áreas importantes para la adaptación personal. Durante la década de los treinta se limitó la acción de la Psicología Clínica a: 1) La aplicación de pruebas de inteligencia y personalidad sobre todo las proyectivas como el Roschach y el TAT (la enseñanza debería por lo tanto reservarse para los maestros, el tratamiento para los psiquiatras y el asesoramiento de carácter social para los trabajadores sociales) ó 2) A la investigación acerca de los individuos normales o subnormales (lo que a su vez reservaba el estudio de personas "normales" a otros campos de la Psicología).

A pesar de ello los psicólogos clínicos se mantuvieron a favor de una posición intermedia e inclinada hacia una orientación científico-profesional, por lo que a finales de los años treinta ya se estaba trabajando en todos los campos que actualmente tiene la Psicología Clínica: sus seis funciones (evaluación, tratamiento, investigación, enseñanza, consultoría y administración), tal como se observa en la definición formulada en 1935 por la APA (American Association Psychology) "La Psicología Clínica es una forma de Psicología Aplicada que pretende determinar las capacidades y características de la conducta de un individuo recurriendo a métodos de medición, análisis y observación ya que con base en una integración de estos resultados con los datos obtenidos en el examen físico y de las historias sociales, ofrece sugerencias para la adecuada adaptación del individuo".

Esta definición hace hincapié en el enfoque científico para valorar los patrones y capacidades de conducta de cada paciente logrando así objetividad y precisión, así como en la función que desempeña el psicólogo clínico como asesor profesional debido a que presta importantes servicios humanísticos al asistir a personas, grupos sociales y comunidades en la solución de problemas psicosociales y en el mejoramiento de su vida. (Kendall y Norton, 1988).

Entendida de esta forma la Psicología Clínica es una área de la Psicología que aplica los conocimientos de ésta, investiga la conducta humana, hace evaluaciones de sujetos individuales y da varios tipos de asistencia psicológica. Sin embargo, esta concepción no caracteriza el ámbito de la Psicología Clínica, ya que muchos otros profesionales como los psiquiatras, los trabajadores sociales, los consejeros, las enfermeras e incluso otras áreas de la Psicología se dedican en distintos niveles a actividades que directa o indirectamente procuran ayudar en los problemas psicológicos, sobre todo cuando existe un trabajo multidisciplinario en Centros de Salud, Hospitales o Universidades. No obstante la Psicología Clínica tiene un aspecto característico que la distingue de otras ramas de la Psicología y de otras profesiones: es lo que ha sido llamado Actitud Clínica ó Percepción Clínica o sea, la orientación exclusiva que tiene el psicólogo clínico de cambiar los conocimientos generados por la investigación clínica, y los esfuerzos que hace para evaluar a una persona particular para poder entenderla y ayudarla. Es precisamente esta actitud, es decir, la idea no sólo de aprender acerca de la conducta (en especial la que presenta problemas), sino de hacer algo al respecto lo que "es innato a la Psicología Clínica", es la combinación de investigación, evaluación e intervención necesaria para entender en términos psicológicos la conducta humana y los conflictos internos, respetando a la persona en su individualidad e intentando ayudarla en sus necesidades, dentro de una sola disciplina, lo que da forma y esencia a la Psicología Clínica (Breasteis, 1982). Tomando en cuenta que los psicólogos clínicos se dedican a una combinación de seis actividades: Enseñanza, Consultoría, Administración, Investigación, Evaluación y Psicoterapia.

Enseñanza. Los psicólogos clínicos desempeñan funciones de maestros en las Universidades dando cursos a nivel de pregrado o de posgrado de personalidad, Psicología Anormal, Introducción a la Psicología, Psicoterapia (o Modificación de Conducta), Entrevistas, Tests psicológicos, Investigación,

Diagnóstico Clínico, etc. También imparten cursos informales sobre autoafirmación, maternidad o paternidad, sexualidad humana, comunicación en el matrimonio y formas de hacer frente a la tensión.

Las técnicas de enseñanza son las tradicionales: clases, sesiones de discusión, demostraciones, laboratorios, investigación de campo, etc... También usan otros medios como videotapes, películas, y otros sistemas de instrucción programada basados en la computación.

Dirigen con frecuencia seminarios especializados de postgrado en temas avanzados, y supervisan el trabajo de los pasantes en los cursos de práctica de diagnóstico y terapia.

Los psicólogos también tienen un importante cometido didáctico en la supervisión de las investigaciones realizadas por sus alumnos (Seemon, 1973 citado por Bernstein, 1982). Los niveles de trabajo varían desde la tesis para obtener el título preparada por los alumnos de pregrado, hasta los trabajos que se exigen para la maestría o el doctorado. La mayor parte de los directores de tesis enseñan al alumno a situar adecuadamente la investigación, a aplicar sus principios básicos y a usar los sistemas que son útiles en el campo que están investigando.

No toda la enseñanza que hacen los psicólogos clínicos se enmarca en el contexto académico. Mucho de su actuación didáctica se hace en la práctica misma de su profesión, impartiendo cursos prácticos ó didácticos para internos de especialidad médica, psicológica u otras, para trabajadores sociales, enfermeras, ministros, oficiales de policía, personas que se dedican a prevenir suicidios, carceleros, maestros, administradores, ejecutivos, educadoras, abogados, dentistas, y muchos otros grupos, cuyas capacidades pueden aumentar considerablemente si desarrollan un conocimiento más completo de los aspectos psicológicos. Además, muchos psicólogos clínicos juegan un papel didáctico en el momento en que están dando terapia, ya que por lo menos, parte de ésta consiste en ayudar a los pacientes a aprender sistemas de comportamiento más adaptados al mundo real, pero nuevos para ellos.

A pesar de todo esto el aspecto didáctico en la formación del psicólogo clínico esta muy descuidado ya que se le dedica más tiempo a la investigación y evaluación, lo que ocasiona que una vez que el psicólogo clínico tiene que enfrentarse a su primera clase, disertación, seminario ó supervisión de practicantes lo realice con muy poca preparación y con bastante temor

CONSULTORIA. En este campo los psicólogos clínicos guían a personas no preparadas y a profesionales dedicados a servicios sociales, proporcionándoles medios que los capaciten para formular y poner en práctica nuevos planes para el mejoramiento de sus grupos y organizaciones. Esta actividad presenta en muchas ocasiones la oportunidad de combinar la investigación, el diagnóstico, el tratamiento y la enseñanza

Los aspectos fundamentales de la consultoría son: 1) La orientación u objetivo de la consulta. Cuando la consulta esta orientada a casos, el psicólogo clínico se dedica a uno ó varios casos y los trata ya sea directa o personalmente, aconsejando como se debe mejorar. Un ejemplo de consulta de casos sería la discusión periódica con los ejecutivos ó el personal de una institución de salud mental, un hospital, una cárcel, empresa, fábrica ó de otras instituciones sobre los métodos para manejar problemas específicos que se presentan con los clientes, los pacientes ó los compañeros de trabajo.

La otra manera importante de orientar la consulta es hacia programas ó hacia administraciones, dedicándose no a los casos aislados, sino a los aspectos de la organización ó de la estructura que están provocando los problemas.

Una segunda dimensión importante de la consulta, además de orientar hacia objetivos, es la determinación de responsabilidades. En algunos casos, el consultor tiene toda o parte de la responsabilidad de la solución de algún problema, pero siempre en conjunto con la compañía o clínica que asesora.

Un tercer aspecto fundamental de la consulta son las funciones que desempeña. Una lista parcial de lo que un psicólogo clínico puede hacer una organización es: educar (enseñando prácticas específicas, presentando material teórico, familiarizando al personal con material escrito o de otro tipo), aconsejar (sobre casos concretos, sobre problemas de personal, sobre programas), dar servicios directos (diagnóstico, tratamiento, investigación de evaluación ó de otro tipo), ayudar a la disminución de los conflictos existentes al interior de una organización (ayudando al personal a comunicarse mejor, eliminando las causas de conflicto, cambiando la estructura de la organización, los procedimientos que se siguen, ó las tareas del personal).

ADMINISTRACION. Esta función incluye "la guía y control de esfuerzos de un grupo de individuos para lograr un objetivo común": mediante el uso de técnicas de planeación, organización, reunión de recursos, dirección y control (Newman, 1950 citado por Kendall y Norton, 1988).

Algunos puestos administrativos ocupados por psicólogos clínicos pueden ser: Director del departamento de Psicología en una Universidad; director de programas de postgrado de Psicología Clínica, director de un centro de asesoramiento para estudiantes, director de una firma de consultoría ó de un centro de pruebas psicológicas, superintendente de un sistema escolar, psicólogo en jefe de un hospital, director de un centro de salud mental, director de un servicio de consulta externa en un hospital y director de enseñanza y de diagnóstico en un hospital.

Las funciones desempeñadas dentro de esta área son: coordinar las actividades del personal, planear y organizar los recursos, distribuir los presupuestos, desarrollar y llevar a cabo las políticas de la institución, redactar los informes, presidir las reuniones, escribir las propuestas para la asignación de fondos, hacer planes para la utilización y desarrollo de las instalaciones, representar a la institución en reuniones, servir de mediador en los conflictos con otras instituciones, contratar secretarías, decidir las promociones y aumentos de salarios.

La formación del psicólogo clínico en lo que se refiere a la Evaluación, Enseñanza, Consultoría, y Psicoterapia pueden servir para el desempeño de las funciones de administrador, sin embargo, es necesario conocer a fondo la complejidad de las fuerzas políticas, sociológicas económicas y psicológicas para lograr una buena comunicación, selección y evaluación. (Feinberg, 1971 citado por Kendall y Norton, 1988)

INVESTIGACION. Es uno de los aspectos que distinguen a esta rama. Los psicólogos clínicos dirigen muchos tipos de estudios experimentales entre los que destacan: el perfeccionamiento de los instrumentos empleados para la evaluación y así mismo en la determinación de las causas y consecuencias de los trastornos psicológicos. También se realizan investigaciones sobre: psicofarmacología, problemas de desarrollo, geriatría, teoría psicoanalítica, procedimientos terapéuticos, lesiones cerebrales y retraso mental, desordenes psicóticos, neuróticos y psicósomáticos de la conducta, problemas conyugales y familiares, sobre resultados obtenidos en distintos tipos de

tratamiento, sobre los medios con los que se pueden hacer durables los beneficios de una terapia, sobre la importancia y capacitación de personal no profesional como participantes en las terapias

Las investigaciones clínicas difieren mucho en sus objetivos y en el medio en que se hacen. Algunas se realizan en medios controlados, pero artificiales de un laboratorio, mientras que otras se llevan a cabo en circunstancias naturales.

EVALUACION. Como requisito previo a la psicoterapia la evaluación clínica (proceso mediante el cual los psicólogos clínicos observan y cuantifican los problemas, limitaciones y capacidades psicológicas y sociales en los pacientes), ofrece la descripción del trastorno que presenta el paciente en sus funciones y las consecuencias negativas que tiene, así como los factores que lo provocan y el tratamiento más apropiado para resolverlo. La manera como se usan estos datos es muy variada; pueden utilizarse para: hacer un diagnóstico de problemas de conducta, ayudar a un paciente en su elección vocacional, seleccionar a los candidatos más idóneos para un trabajo, describir las características de la personalidad, seleccionar el tipo de tratamiento psicológico adecuado, entre otros. Los métodos que se pueden usar para recopilar los datos se pueden clasificar en tres grandes categorías: La Entrevista Clínica, Pruebas Psicológicas (Tests) y Observaciones Directas.

La Entrevista. - es una técnica clínica basada en alguna forma de comunicación entre dos ó más personas, organizada alrededor de un objetivo específico pudiéndose adaptar a muy diversos fines, siendo tres los principales: Evaluación de diagnóstico, Pruebas psicológicas y Psicoterapia. Desde el punto de vista del diagnóstico se utiliza para obtener información acerca del problema del cliente y para valorar la naturaleza de su dificultad. Las pruebas psicológicas se pueden considerar como una forma de entrevista en forma estandarizada en la que a todos los clientes se les hacen las mismas preguntas en un orden y forma cuidadosamente prescritas. Dentro de la Psicoterapia se propone permitir al paciente hablar sobre problemas que normalmente no comunicaría a nadie, para que él y el terapeuta trabajen juntos en su solución (Smith, 1984).

El material obtenido durante la entrevista puede dividirse en información comunicada por el cliente y observaciones de su comportamiento. Estos datos están controlados y seleccionados por el cliente, puede decir mucho ó poco de su propia historia, puede omitir o hacer referencia a ciertos

aspectos de su vida personal, puede falsear consciente o inconscientemente lo que relata al terapeuta. El entrevistador se guía por su orientación teórica para valorar la información oral que recibe del cliente

Otra forma de información que se obtiene del cliente es la conducta que manifiesta mientras interactúa con el entrevistador (Garfield, 1984).

Además de entrevistar al cliente también suele entrevistarse a otras persona como un medio para obtener más información acerca de las condiciones del cliente. Esto ocurre principalmente en aquellos casos en los que el cliente es un niño, un deficiente mental, un psicótico, o cuando se advierten ciertas discrepancias en los datos que el cliente comunica acerca de sí mismo

La forma que tome la entrevista dependerá de la finalidad que se le asigne para el diagnóstico, de la orientación teórica e identidad profesional del entrevistador, de la personalidad de los participantes en ella y del contexto en el que se desarrolle; por lo tanto la entrevista puede ser útil en diferentes situaciones incluyendo: **Entrevistas Iniciales**; las cuales se dirigen principalmente a determinar la naturaleza y el contexto del problema, ayudando al entrevistador a decidir si puede o no ayudar adecuadamente, prestar servicios posteriores a la evaluación o tomar alguna otra decisión.

Entrevistas para la Identificación de los problemas; sirven ya sea para clasificar los problemas de los clientes o para describir más ampliamente y en términos más comprensivos a un cliente y sus problemas.

Entrevista de Orientación; en ella se instruye al paciente acerca de los procedimientos de evaluación, tratamiento o investigación que se llevarán a cabo. Presenta por lo menos dos beneficios: Primero anima al cliente a preguntar y hacer comentarios y así las ideas erróneas y la falta de información que podrían obstruir las sesiones posteriores se pueden corregir y tratar. Segundo pueden ayudar a eliminar expectativas inadecuadas al comunicar nuevas expectativas más adaptadas y así facilitar interacciones posteriores.

Entrevistas de Terminación; en ellas se explican o reiteran los procedimientos y el secreto profesional acerca de la información, se proporciona si es posible, un breve resumen y una cuidadosa

Entrevistas en Situación de Crisis: en ellas se intenta dar apoyo, reunir datos de evaluación e iniciar alguna acción de ayuda. Tratando al cliente con calma, interés y de una forma aceptante, haciendo preguntas para obtener información relevante y trabajando sobre el problema inmediato ó refiriéndolo a algún servicio médico, social ó psicológico adecuado.

Entrevistas de Observación; en este caso proporcionan exclusivamente una oportunidad para observar las reacciones del entrevistado ante situaciones ambiguas, provocadoras de tensiones o de conflicto.

La variable fundamental de las entrevistas clínicas, independientemente de su propósito es la **Estructura:** el grado hasta el cual el entrevistador determina el contenido y desarrollo de la conversación. Por lo que pueden ser **No Directivas**, en las cuales el clínico interfiere lo menos posible con el curso natural del habla del cliente y su elección de temas. En el otro extremo están las entrevistas altamente **Estructuradas**, las cuales debido a su formato rígido de preguntas planeadas seguidas por las respuestas del cliente, se asemejan a un tipo de interrogatorio. El propósito del primer tipo de entrevistas es que el cliente se sienta lo más cómodo posible, mientras que el fin de las entrevistas estructuradas es recopilar la mayor cantidad de información particular.

La estructura de una determinada entrevista depende en gran medida de su propósito, de la orientación teórica, el entrenamiento y las preferencias personales del entrevistador (Bernstein, 1982).

Proceso de la entrevista. - El primer paso en el proceso de la entrevista es hacer que el paciente se sienta a gusto. El entrevistador debe ser amable, mostrando un verdadero interés por el cliente y su problema sin excederse en ello, no debe prometer al cliente más ayuda de la que él mismo pueda dar. Su objetivo principal debe ser, permitir que el cliente participe en la entrevista lo más eficazmente posible como medio para llegar a comprender su problema y para ayudarlo a resolverlo.

A continuación se debe permitir al cliente exponer su problema como él lo ve, o que exponga las razones que tuvo para consultar al psicólogo. El entrevistador debe crear una atmósfera que facilite que el paciente se exprese así mismo sin temor a ser censurado ó desaprobado, se debe tener en cuenta no sólo lo que el cliente expresa oralmente sino también los sentimientos y actitudes que están a la base de sus afirmaciones. El psicólogo puede tomar nota de las áreas potencialmente significativas, de

las partes de la vida ordinaria que el paciente quiere omitir para posteriormente hacer deducciones acerca del cliente y sus problemas.

Al final de la entrevista el clínico realiza una recapitulación de la sesión que sirve tanto para resumir el contenido de la entrevista como para comprobar si ha escuchado ó comprendido de una manera errónea cualquier cosa que sea obviamente importante.

Uno de los principales factores durante el proceso de la entrevista es la claridad de la comunicación entre el entrevistador y la persona entrevistada, es decir, el clínico debe plantear buenas preguntas, fomentar la expresión del cliente, efectuar cambios suaves de un tema a otro, así como también poner mucho interés en la comunicación no verbal del cliente, para así lograr que la transmisión del lenguaje sea adecuada.

Por lo que respecta a las pruebas psicológicas, en términos sencillos, una prueba es una manera particular de observar y describir la conducta de una persona en una situación tipificada (Cronbach, 1970; Peterson, 1968; Sundberg, 1977, citado por Bernstein, 1982).

Las pruebas consisten en la presentación de ciertos estímulos planeados y la petición al cliente de que responda en alguna forma. Las reacciones del cliente se registran con los resultados de las pruebas y posteriormente se usan como muestras, signos o correlatos de acuerdo a la estrategia general de evaluación del clínico.

Las pruebas se han equiparado con las entrevistas estructuradas, ya que le piden a la persona que conteste la prueba, que responda a algunos estímulos de evaluación especialmente programados y que se presentan con una secuencia predeterminada. También comparten ciertas características con las evaluaciones por medio de la observación al proporcionarle una oportunidad al clínico de mirar y escuchar la forma como el cliente maneja la prueba y la situación de la misma. Sin embargo, en cierta manera, las pruebas se diferencian claramente de otras técnicas de evaluación. Por ejemplo: 1) una prueba se puede aplicar en una situación que no implique una interacción social. Presentando los reactivos por escrito al cliente que se sienta en un lugar aislado y anota sus contestaciones en una hoja de respuestas. En este caso, ninguna evaluación observacional completa los datos obtenidos por medio de la prueba. 2) A menudo se pueden comparar matemáticamente los resultados que se obtuvieron de

un cliente en una prueba con cientos o hasta miles de otras personas que ya han tomado la prueba. Por esta razón se dice que las pruebas están estandarizadas. 3) Las pruebas se pueden administrar a grupos de varias personas o de una manera individual. Las pruebas están elaboradas con el propósito de que se apliquen a infantes, adolescentes, adultos, estudiantes, pacientes de hospitales mentales y casi cualquier otro grupo. Además las pruebas se presentan en muchas modalidades diferentes. Algunas plantean preguntas directas y específicas, mientras que otras piden reacciones más generales a estímulos menos particulares, otras se presentan por escrito y el cliente debe responder también por escrito, mientras que otras se presentan de manera oral. Algunas requieren el uso de habilidades verbales y otras solicitan al cliente que lleve a cabo algún tipo de tarea motora.

La gran mayoría de las pruebas persiguen evaluar: (1) el funcionamiento intelectual, (2) características de la personalidad, (3) actitudes, preferencias y valores ó (4) diversas aptitudes, sin embargo, las pruebas que emplean más comúnmente los psicólogos clínicos son las de funcionamiento intelectual y las de personalidad. Por lo que se explicarán con más detalle cada una de estas categorías:

1) PRUEBAS DE INTELIGENCIA: La administración e interpretación de las pruebas de inteligencia tienen una historia muy larga en la Psicología Clínica. En la actualidad, el lograr un CI para un individuo se considera sólo como una de las finalidades del examen de inteligencia y no la única meta. En general se pueden lograr 4 fines principales con la administración de una prueba de inteligencia: 1. Una valoración del nivel general intelectual o mental del sujeto; con frecuencia el CI del sujeto se utiliza para indicar el nivel ó grado relativo de habilidad mental. Las pruebas de inteligencia no son medidas absolutas. Tienen un contenido eminentemente verbal y reflejan la educación y cultura que ha tenido el individuo.

En casos de retardo escolar, de sospecha de alguna deficiencia mental, en casos de perturbación de conducta, los resultados obtenidos de pruebas de inteligencia ayudan a esclarecer y comprender el problema.

Las pruebas son instrumentos útiles, pero no proporcionan respuestas absolutas a problemas clínicos. Los resultados que se obtienen de pruebas psicológicas necesitan ser interpretados e integrados con otros datos, se debe proceder con cautela especialmente cuando se obtienen bajos

resultados. Tratándose de pruebas verbales se deben considerar factores como la educación recibida por el sujeto, agudeza sensorial, impedimentos de lenguaje o alguna perturbación emocional que influyan negativamente en los resultados.

Aunque las pruebas son instrumentos estandarizados y tienen muchas ventajas, pueden causar problemas si se administran o interpretan indebidamente. El examinador debe observar no sólo las instrucciones normales que se le dan al que administra y califica, también debe asegurarse de que la prueba sea la apropiada para el cliente y de que éste se encuentre motivado para trabajar lo mejor posible durante la prueba.

Para mejorar el desempeño del cliente es importante que el psicólogo establezca una relación amistosa, aunque profesional con la persona que va a examinarse; debiera hacerla sentirse a gusto y tratar con ella, en forma general, lo que va a suceder y porqué.

Existen diversas teorías y puntos de vista acerca de la inteligencia y de sus manifestaciones funcionales que implican tanto factores hereditarios como ambientales.

1. La habilidad para un buen rendimiento en una prueba depende de la experiencia previa del individuo. Si las oportunidades y antecedentes culturales del sujeto y la muestra normativa difieren mucho, entonces la persona no puede ser evaluada razonablemente conforme a esas normas de prueba.

2. Indicios de alguna perturbación de personalidad; si la ejecución del individuo es demasiado errática el clínico puede sospechar de alguna perturbación. No se puede emitir un diagnóstico en base a una prueba psicológica únicamente, es necesario integrar estos datos a las observaciones que hace el clínico del comportamiento del individuo. Las respuestas cualitativas también arrojan información útil para emitir un diagnóstico.

3. Indicios de habilidades o limitaciones especiales, defectos y cualidades específicas del individuo.

4. Observación del comportamiento del sujeto, a partir de la cual se pueden hacer deducciones válidas acerca de las tendencias de personalidad del paciente.

La observación y evaluación del comportamiento durante una prueba estandar también pueden servir para valorar el nivel mental del sujeto, sus defectos especiales y alguna posible perturbación.

La observación y evaluación del comportamiento durante una prueba estándar también pueden servir para valorar el nivel mental del sujeto, sus defectos especiales y alguna posible perturbación.

Ejemplos de pruebas específicas de capacidad mental son:

- La prueba Stanford-Binet revisada
- Las Escalas Wechler (Wechler-Bellevue y el WAIS).
- La Escala de inteligencia de Wechler para niños (WISC).

2) PRUEBAS DE PERSONALIDAD: El término de "personalidad" se utiliza para describir y explicar las diferencias individuales y las consistencias conductuales en los seres humanos

Muchas de las pruebas de personalidad se basan en diversas teorías; por lo tanto algunos teóricos consideran que la personalidad es "un conjunto organizado de rasgos" (Teoría de los rasgos), otros postulan varias relaciones dinámicas entre las fuerzas intrapsíquicas, otros finalmente, señalan los patrones o secuencias recurrentes en el comportamiento. Probablemente éste es el motivo por el cual hay una mayor cantidad de pruebas dentro de la categoría de la personalidad que dentro de cualquier otra (Buros, 1974, citado en Bernstein, 1982).

Existen dos clases principales de pruebas de personalidad: objetivas y proyectivas. Las pruebas objetivas presentan estímulos bastante claros y específicos tales como: preguntas (¿Alguna vez te has querido ir de tu casa?) o declaraciones ("Nunca me deprimó"), o conceptos (Creo en Dios) y al cliente se le pide que responda a éstas con contestaciones, elecciones o calificaciones directas.

La mayor parte de las pruebas objetivas de la personalidad son de tipo escrito y se pueden calificar matemáticamente. Algunas se centran únicamente en un aspecto de la personalidad como la ansiedad, dependencia, fuerza de ego, mientras que otras fueron elaboradas con el propósito de proporcionar una perspectiva más comprensiva de muchas de las dimensiones de la personalidad.

La primera prueba objetiva de la personalidad que desarrolló un psicólogo fue el "Personal Data Sheet" (Forma de datos personales) de Woodworth (1919), que empleó para seleccionar los soldados que tenían problemas psicológicos durante la Primera Guerra Mundial. Era un formato breve y sencillo que requería de respuestas afirmativas y negativas ("sí o no") a preguntas relacionadas con

diversos problemas de conducta tales como: (“¿Alguna vez has temido volverte loco?”; “¿Tuviste una infancia infeliz?”; “¿Te pones inquieto si debes atravesar un puente?”).

El MMPI, (Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnessota). Esta prueba la desarrollaron durante la década de 1930, en la Universidad de Minnessota, Starke Hathaway, un psicólogo y J.C. Mckinley, un psiquiatra, como un medio para ayudar a los profesionales en la formulación del diagnóstico psiquiátrico de los pacientes clínicos. El MMPI fue una de las primeras pruebas de personalidad que se construyó de manera empírica, a partir de un gran conjunto de reactivos tomados de otras pruebas más antiguas de personalidad y de otras fuentes, Hathaway y Mckinley los transformaron en oraciones que un cliente puede responder como “verdadero” o “falso” o “no puedo responder”. El MMPI contiene 10 escalas clínicas sobre: hipocondrías, depresión, histeria de conversión, desviación psicopática, masculinidad-feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía e introversión social. Incluye también 4 escalas de validez; éstas consisten en conjuntos de reactivos que se elaboraron con el fin de ayudar a la persona que aplica la prueba a que detecte diferentes tipos de prejuicios o distorsiones en las respuestas que se dan, estas son: ? (No puedo contestar), L (mentira), F (frecuencia o falta de frecuencia) y K (corrección). El MMPI contiene 550 reactivos; cuando un cliente se somete a la prueba, sus respuestas a 400 de éstos se transforman en los puntajes de las escalas clínicas o de validez.

Durante sus orígenes, las escalas clínicas del MMPI se interpretaban de una manera literal, la persona que obtenía un puntaje alto de depresión o esquizofrenia recibía la etiqueta diagnóstica correspondiente. Sin embargo, se hizo obvio, el hecho de que la calificación de una determinada escala fuera elevada no significaba que el cliente pertenecía a esa categoría (Anastasi, 1976: citado por Bernstein, 1982).

El reconocimiento de este problema propicio (1) una tendencia a llamar a las escalas clínicas por su número (1-10) en lugar de su nombre y, (2) la gratificación de todos los puntajes de las escalas y el análisis del perfil que resultara (y no simplemente el puntaje más alto) y de la relación entre sus puntos.

El CIP. "California Psychological Inventory" (Gough, 1957), es otro ejemplo sobresaliente de una prueba objetiva de personalidad que fue construida empíricamente y que cubre una amplia variedad de aspectos. El CPI se desarrolló con el objetivo específico de evaluar la personalidad de la población "normal". Contiene 480 reactivos agrupados en diferentes escalas y con una orientación positiva que incluye la sociabilidad, autoaceptación, responsabilidad, dominancia, y otras 10 más. También contiene 3 escalas de validez cuyos objetivos básicamente corresponden a los del MMPI. Se ha utilizado para predecir la delincuencia, resultados de poner a una persona en libertad condicional, calificaciones académicas y la probabilidad de abandonar el bachillerato (Anastasi, 1968).

Otros inventarios objetivos de personalidad empleados por los clínicos incluyen el "Personality Research Form" (Jackson, 1959), el "Edwards Personal Preference Schedule" (Edwards, 1959), el "Sixteen Personality Factors Questionnaire" (Catell y Eber, 1962) y el "Guilford-Zimmerman Temperament Survey" (Guilford y Zimmerman, 1949).

Los seguidores del modelo del aprendizaje social en la Psicología Clínica consideran que el concepto de la personalidad casi es un sinónimo de conducta y por lo tanto han construido una variedad de pruebas objetivas, las cuales se elaboraron con el propósito de recopilar muestras de conducta que requieran solamente de una cantidad mínima de inferencia. Estas pruebas por lo general son breves y sencillas y fueron construidas de manera racional.

Probablemente la "prueba de personalidad" que se emplea con mayor frecuencia y que se orienta hacia el enfoque del aprendizaje social es el "Fear Survey schedule; consta simplemente de una lista de objetos, personas y situaciones que el cliente debe calificar en términos del grado de temor que le producen. Las diferentes ediciones de esta prueba (por ejemplo, Akatagawa, 1956; Geer, 1965; Lawls, 1961; Wolpe, 1964; Wolpe y Lange, 1964, 1965), contienen de 50 a 120 reactivos y utilizan escalas del 1 al 5 ó del 1 al 7 para la calificación de los temores. A menudo se emplea para evaluar la "popularidad" de varios temores, para identificar a las personas que tienen determinados miedos, y hasta como una ayuda para la evaluación de los cambios en las respuestas en el transcurso de un tratamiento para la reducción de los temores. Se ha establecido una hoja de perfil de miedos que

proporciona una representación gráfica de la fuerza relativa de los temores del cliente en 5 áreas: animales pequeños, hostilidad, aislamiento y soledad, destrucción, dolor físico y moral y sexo.

Entre otras pruebas de aprendizaje social que se centran en la ansiedad se encuentran el "State-Trait Anxiety Inventory" (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970); el "Social Avoidance and Distress Scale" (Watson y Friend, 1969); el "Social Anxiety Inventory" (Richardson y Tasto, 1976); el "S-R Inventory of Anxiousness" (Endler, Hunt y Rosenstein, 1962), entre otros.

Los terapeutas del enfoque del aprendizaje social también han desarrollado una variedad de pruebas que no se relacionan con los temores y que reflejan los elementos directos de autorreportes del "Fear Survey Schedule". Una muestra de estas pruebas incluyen el "Depression Adjective Checklist" (Lubin, 1965); el "Beck Depression Inventory Checklist" (Beck, 1972), entre otras.

Las pruebas proyectivas de la personalidad se asocian principalmente con el modelo psicodinámico de la Psicología Clínica. La personalidad de cada individuo determinará, por lo menos en parte, la forma cómo percibe e interpreta las cosas. Frank (1939) se refirió a las pruebas que en particular fomentan la manifestación de cada tendencia en los clientes como "métodos proyectivos". Por lo general, estos métodos ó pruebas provocan reacciones a estímulos ambiguos ó carentes de estructura (tales como manchas de tinta ó frases incompletas) que posteriormente se interpretan como un reflejo de la estructura y dinámica (principalmente inconsciente) de la personalidad. Algunas se aplican y responden por escrito, pero lo más frecuente es que el cliente de una respuesta oral a cada reactivo. La persona que aplica la prueba transcribe estas respuestas ó las graba para poder clasificarlas después.

Las técnicas proyectivas:

1. Son sensibles a las dimensiones inconscientes de la personalidad;
2. Permiten que el cliente de una gran variedad de respuestas;
3. Son capaces de medir muchos aspectos diferentes de la personalidad;
4. No dejan que el cliente este consciente o por lo menos seguro del significado particular de sus respuestas;
5. Generan una gran cantidad de datos complejos de evaluación;
6. Emplean estímulos relativamente ambiguos;
7. Se pueden interpretar de tal forma que propicien un panorama integrado de la personalidad del cliente como un todo;
8. Son capaces de provocar expresiones de la fantasía del cliente y
9. No tienen respuestas correctas o incorrectas.

La clasificación de Lindzey (1961), de acuerdo con el tipo de respuesta que provocan en el cliente es la siguiente: **Pruebas de asociaciones**; en esta categoría se encuentran las pruebas proyectivas que les piden a los clientes que observen un estímulo ambiguo y relaten lo que en él ven o asocian. La estrategia proyectiva mejor conocida y que se utiliza con mayor frecuencia de este tipo es la prueba de manchas de Rorschach. Consta de 10 láminas en colores y blanco y negro que creó Hermann Rorschach, un psiquiatra suizo entre 1911 y 1921.

La prueba en sí es bastante sencilla; al cliente se le muestra una serie de 10 láminas, una por una. En cada lámina aparece una mancha de tinta y se le pide al cliente que relate lo que observa o lo que le parece cada mancha. La persona que aplica la prueba registra todas las respuestas del cliente exactamente como él las dice y toma algunos apuntes especiales acerca de los tiempos de la respuesta, la manera como detuvo la lámina (por ejemplo, por arriba, de lado) algunas reacciones emocionales notorias y otros factores semejantes. Enseguida conduce una indagación o interrogatorio sistemático acerca de las partes o las características de cada mancha que propiciaron las respuestas. Posteriormente se codifican las reacciones iniciales a las manchas y se interpretan como signos de la personalidad o perturbaciones de la misma. Con frecuencia se emplean determinadas categorías como las figuras humanas o partes de la figura humana, las figuras de animales y los diagramas anatómicos. Otras categorías incluyen objetos inanimados, las plantas, las nubes, la sangre, las radiografías, los objetos sexuales y los símbolos.

Pruebas de construcción; este tipo de estrategia proyectiva le pide al cliente que haga o construya una narración u otro producto con base en los estímulos de la prueba. Entre estas pruebas la más popular es la prueba de apercepción temática (TAT), la cual presenta una serie de estímulos distinguibles que constan de 30 dibujos de personas, objetos, paisajes. En la mayoría de los casos solamente se aplican 10 de estas láminas (una de ellas no tiene dibujo alguno) la edad y el sexo del cliente determinan el subconjunto de láminas que se elige. El examinador muestra cada lámina y se le pide al cliente que invente un relato sobre el dibujo y que incluya los antecedentes que ocasionaron la escena, lo que sucede en el presente y el desenlace que se llevará a cabo. También se fomenta que el cliente exprese lo que las personas de los dibujos sienten y piensan. Para la lámina que está en blanco,

escena, lo que sucede en el presente y el desenlace que se llevará a cabo. También se fomenta que el cliente exprese lo que las personas de los dibujos sienten y piensan. Para la lámina que está en blanco, a la persona que responde se le pide que se imagine un dibujo, lo describa y luego construya una narración acerca de éste. El análisis se puede centrar tanto en el contenido como en la estructura de los relatos del TAT. El contenido se refiere a lo que se describe: las personas, los sentimientos, los acontecimientos, los resultados. La estructura implica la manera como se narra la historia: la lógica y la organización, el uso del lenguaje, la manifestación de interrupciones o errores en el habla, comprensión errónea acerca de las instrucciones o los estímulos de los dibujos, sobresalto emocional obvio y otros factores parecidos.

La calificación se puede basar principalmente en el "héroe" de cada relato, o en los temas generales y las relaciones interpersonales.

Otras pruebas de construcción son: El "Children's Apperception Test" (CAT) (Bellarck, 1954), cuyas láminas presentan personajes de animales. Se emplean con niños de 3 a 10 años de edad; El "Blacky Pictures" (Blum, 1949), otra prueba para niños que presenta una serie de situaciones psicodinámicamente simbólicas; El "Make-a Picture Story" (MAPS; Shencidman, 1949). El cliente primero construye los dibujos al arreglar unos recortes de formas humanas y animales sobre unas láminas con algún paisaje y luego ofrece diferentes relatos sobre sus arreglos.

El "Auditory Apperceptive Test" (Stone, 1950), consta de varios sonidos grabados que el cliente debe utilizar para crear un relato; El "Rosenzweig Picture-Frustration Study" (Rosenzweig, 1949), que presenta 24 caricaturas donde alguna persona frustra a otra en alguna forma. Al cliente se le pide que exprese la respuesta de la persona que fue frustrada.

Pruebas de "Completar lo incompleto"; estas pruebas constan de la presentación de una porción de un estímulo (por lo general de una oración) y la petición al sujeto de que la complete de la manera como él desee. La suposición que subyace en esta estrategia es que la forma que elija el cliente para terminar la oración reflejará los motivos, conflictos y otras dimensiones de la personalidad. En la actualidad la prueba de "completar lo incompleto" más popular es la de "Rotter Incomplete Sentences

Blank" (Rotter y Rafferty, 1950), contiene 40 frases o "raíces" de oraciones tales como: "A mí me gusta..."

Las Pruebas de Elección o Jerarquización; en esta categoría se encuentran los instrumentos proyectivos que le piden al cliente que arregle con algún orden los estímulos de la prueba o que haga algunas elecciones a partir de una variedad de estímulos de acuerdo con sus preferencias, lo atractivo que los encuentra o alguna otra dimensión. Dentro de esta categoría se encuentran: El "Kahn Test of Symbol Arrangement" (Kahn, 1955), en esta prueba al cliente se le muestran 16 objetos plásticos de diferentes configuraciones (estrellas, animales, cruces, círculos) y se le pide que los organice dentro de distintas categorías tales como: "amor", "odio", "bueno", "vivo", "muerto", "grande", "pequeño"; El "Tomkins-Horn Picture Arrangement Test" (Tomkins, 1957). Consiste en la presentación de 25 tríos de dibujos que muestran a una persona que lleva a cabo varias actividades. El cliente debe disponer cada trío en la secuencia que elija y luego debe ofrecer un relato acerca de la acción que representa.

Pruebas Expresivas; estos procedimientos le piden al cliente que se exprese de una manera directa, por lo general mediante un dibujo. La más notoria es el "Draw-a Person-Test" (Machover, 1949), en el simplemente se le pide al cliente que dibuje una persona y el "Draw-a-Man" (Goodenough, 1926).

Otras dos pruebas de dibujos proyectivos son: El "House-Tree-Person-Test" (Buck, 1948), pide al cliente que dibuje cada uno de esos objetos y después platique acerca de ellos en una entrevista extendida. La prueba "Bender-Gestalt", el trazar con los dedos al embarrárselos de pintura (Napoli, 1947), el psicodrama de títeres (Moreno, 1946) y el Juego (Woltmann, 1951).

LA OBSERVACION EN PSICOLOGIA CLINICA

La observación del comportamiento de las demás personas es el aspecto fundamental de la evaluación interpersonal. Las metas de la observación son: (1) Recopilar información que no se puede obtener de ninguna otra manera, o (2) Complementar otros tipos de datos como una parte de un enfoque de evaluación múltiple. Existen dos tipos de observación: **Observación naturalista;** en esta el evaluador observa la manera como ocurre la conducta en su contexto natural y la **Observación Controlada o Experimental** (Peterson, 1968; Wiggins, 1975, citado por Bernstein, 1982). En este

caso, el clínico o experimentador propicia algún tipo de situación especial en la que se observe el comportamiento.

Una de las maneras más importantes en las que difieren estas vertientes es en términos del papel que desempeña el observador (op. cit.). Los observadores participantes son visibles para los clientes que se observan y en algunos casos hasta pueden interactuar con ellos. Los observadores no participantes no son visibles, a pesar de que en la mayoría de los casos, los clientes están conscientes de que se está efectuando la observación. Otra de las dimensiones importantes de la observación incluye las características del sistema de registro (humano, mecánico o de ambos) y una decisión acerca de si emplearan los datos como signos o muestras.

Algunas ventajas de la observación naturalista son: -La observación es realista, se pueden conducir observaciones a largo plazo y continuas que serían difíciles e imposibles de llevar a cabo en el laboratorio u otro ambiente controlado. Los psicólogos que se interesan en el desarrollo de los niños, por ejemplo, han elaborado sistemas de evaluación que se dirigen hacia ciertas categorías específicas de la conducta que se considera que indican determinadas etapas o niveles de funcionamiento físico, cognitivo y social (por ejemplo, Arrington, 1932; Bayley, 1965; Gesell y Amatruda, 1947; Piaget, 1947; Wright, 1960, citados por Bernstein, 1982)

Entre las desventajas que presentan este tipo de observaciones están: -El observador no se limita exclusivamente a inferir el significado de la conducta, sino que también decide que conductas se reportarán y cuales se omitirán y hasta es posible que invente algunos acontecimientos que considere necesarios para completar la situación de acuerdo con su manera de interpretar. -Es posible que el cliente se salga temporalmente del campo visual o auditivo de observador de tal forma que pierda contacto con la conducta de interés, o su conducta verbal se puede perder por la conversación de alguna otra persona, por un televisor, un radio o cualquier otra cosa. - El cliente puede obtener ayuda para manejar la situación que interesa, debido a que un miembro de la familia, un amigo o un compañero de trabajo por casualidad estuvo presente en esa ocasión. Una de las maneras de solucionar algunas de las dificultades asociadas con las observaciones naturalistas consiste en establecer circunstancias especiales en las que se puede observar la manera como el cliente reacciona a

evaluación con el fin de provocar ciertas conductas que son importantes para la evaluación clínica. Algunos ejemplos de este tipo de observaciones son las Pruebas de "Role-Playing" (o Situaciones simuladas), las cuales se emplean para evaluar la autoafirmación, eficacia social, autoexpresión de los clientes.

Con el fin de aumentar el realismo de las técnicas, se han presentado algunas situaciones sociales a través de videocintas (Goldsmith, Mcfall, 1975; Melnick 1973 citados por Bernstein, 1982), pero la mayoría de las evaluaciones controladas sobre las habilidades sociales utilizan personas reales en la situación simulada. La prueba de la interacción obligada ("Forced interaction Test") (Twentyman y Mcfall, 1975 citados por opcit), proporciona un ejemplo de estos procedimientos, así como también la Prueba Conductual de Situaciones Simuladas sobre la Autoafirmación ("Behavioral Role-Playing Assertion Test") (Brat; Mcfall y Marston, 1970; Mcfall y Lillesand, 1979, citados por opcit), para medir la amplitud de las situaciones en las cuales un cliente actúa con habilidad o autoafirmación. En los últimos años ha aparecido una tercera aproximación la cual implica la creación de un evento natural preparado (Gottman y Mark, 1978), que consta de circunstancias observacionales controladas en las que el cliente desconoce que será observado o se le informa falsamente de lo que se trata. El criterio que subyace este método es obtener una observación de la conducta en un ambiente controlado que al cliente le parezca natural, es decir, se obtienen los beneficios de ambos tipos de observación.

Sin embargo, se deben tomar en cuenta variables tales como: La confiabilidad de la evaluación observacional (acuerdo entre observadores); la complejidad de la tarea a evaluar, entrenamiento de los observadores, definición de las conductas que se van a observar y el efecto de la situación observada en el observador.

CAPITULO IV

PSICOLOGÍA Y PEDIATRÍA

4.1 Concepto de Pediatría

Es "la Medicina aplicada a un periodo de la vida que comienza con el nacimiento y termina en la adolescencia" (Jiménez, 1989).

La pediatría se divide en diferentes campos de estudio, tales como:

*Social: estudia al niño sano o enfermo con trastornos crónicos de origen social producto de sus interacciones con la comunidad. Y rehabilitatoria que se considera parte de aquella.

El objeto siempre es el mismo: el niño, pero las circunstancias varían según se le considere, individualmente enfermo, como motivo de una especializada asistencia (pediatría clínica), sano, en el que sean precisas importantes normas de higiene y profilaxis (pediatría preventiva). A la pediatría siempre le corresponderá el estudio del crecimiento y desarrollo del ser humano no solo en el aspecto físico sino también en lo psíquico y en lo social por lo que siempre esta en continua interrelación con otras disciplinas, como la psicología, la sociología, etc.

4.2 Historia de La Relación Entre Psicología Y Pediatría

El término psicología pediátrica fue concebido por Logan Wright (1967), para describir las actividades de los psicólogos que trabajaban en el servicio de capacitación en un escenario médico pediátrico, estos escenarios incluían niños hospitalizados, ambientes clínicos y prácticas pediátricas privadas (Routh, 1988 en Peterson y Harbeck, 1968).

Algunas otras definiciones se enfocaron en la formación académica que debían tener los psicólogos pediátricos por ejemplo, Tuma (1975) quien sugiere el manejo necesario de habilidades clínicas y poseer un conocimiento del desarrollo infantil y sus patologías como un requisito para trabajar en esta área, de la misma manera Wright(1967), enfatiza la importancia de un perfecto conocimiento de los principios de la psicología del desarrollo por parte de los psicólogos pediátricos. Por su lado Walker (1979), agrega la necesidad de un conocimiento de la psicología médica y la psicología conductual como prerrequisitos para la práctica de la psicología pediátrica.

Finalmente algunos otros autores han discutido a la psicología pediátrica en términos de las tareas a realizar. Esta definición es la mas complicada de todas ya que involucra una gran variedad de tareas de la psicología tradicional. Estas tareas incluyen la modificación de conducta de problemas comunes de la niñez, el tratamiento de psicopatías y enfermedades psicosomáticas, así como intervenciones directas sobre problemas psicosociales como la drogadicción y el abuso infantil.

La psicología pediátrica también involucra el uso de técnicas psicológicas para tratar con dificultades medicas, tales como el dolor y la ansiedad provocados por los procedimientos de diagnostico, de igual forma interviene incrementando la conformidad con los tratamientos de ejercicio y medicamentos de los enfermos crónicos.

Sin embargo para conocer a fondo el campo de la psicología pediátrica actual, es indispensable observar el desarrollo que ha tenido a través del tiempo, por lo cual a continuación se mencionaran algunos de los sucesos más importantes de su historia.

- En los años 1800's la psicología y la psiquiatría, tratando de imitar el modelo medico, incluyeron dentro de sus tratamientos para niños aspectos tales como hospitalización, uso de medicamentos y reposo en cama.
- En 1889 el psicólogo Lightner Witmer establece la la clínica psicológica en la universidad de Pennsylvania y crea el término de psicólogo clinico.
- En un principio dentro de su clínica se atendió a niños referidos de escuelas por problemas de aprendizaje y deficiencia mental.
- A principios de los años 1900's se llevo a cabo la 1a. Investigación clínica. Enfocada en niños, dirigida por estudiantes de medicina y psicología. ejemplos tempranos de estas investigaciones clinicas con niños, son los trabajos de Charles Caldwell, quien bajo la dirección del psiquiatra Benjamin Rush, estudió las reacciones emocionales de niños. Por otra parte Elizabeth Lord bajo la guía del podiatra- psicólogo Arnold Gesell realizo una disertación sobre las lesiones del sistema nervioso de los niños.

- En 1909 el psiquiatra William Healy comienza a tratar delincuentes juveniles en un Instituto Psicopático Juvenil en Chicago.

En 1912 Arnold Gesell regresa a la Universidad a estudiar peditria después de haber obtenido el posgrado en psicología, lo que marco uno de los primeros eslabones entre la medicina y la psicología.

- Al mismo tiempo las universidades empiezan a reconocer la importancia de la psicología del desarrollo, la cual aunque poseía una base de investigación científica no se tenía interés por aplicarla a problemas infantiles.

- En la década de 1920 a 1930 crece la relación entre psicología y psiquiatría enfocándose en la psicopatología infantil excluyéndose el estudio del desarrollo normal y el tratamiento para niños que presentaban estrés debido a condiciones medicas.

- En 1911 la APA sugiere incorporar temas de psicología en la Curricula de la carrera de medicina. únicamente 7 de las 71 facultades aceptaron.

- Después de la 2a guerra mundial hubo un rápido crecimiento en todas las áreas de la psicología, la psicología medica no fue la excepción.

- Para 1960 existían 8 psicólogos en cada facultad de medicina.

-A partir de 1965 da inicio formalmente la psicología pediátrica con la publicación del artículo "The new marriage: pediatric and psychology" del autor Jerome Kagan (1965) y el artículo de Logan Wright (1967): "The pediatric psychologist: a role model".

-En la década de los 70's los psicólogos de ambientes médicos estaban mas involucrados en la enseñanza, la supervisión de la terapia y prestando servicio, a diferencia de los psicólogos de la década pasada

- De 1965 a 1975 el psicólogo pediátrico estuvo empleado en una amplia variedad de tareas, fragmentando de esta forma los esfuerzos por establecer una identidad profesional.

- En 1988 las psicólogas Peterson y Harbeck sugieren como indispensable para el desarrollo futuro de la psicología pediátrica, una vinculación entre la peditria, psicología del desarrollo y psicología clínica infantil.

- Actualmente en todas las universidades en donde se imparte la carrera de medicina se incluyen temas de psicología y psiquiatría.

- El papel del psicólogo pediátrico esta un poco más reconocido dentro de los hospitales gracias a técnicas como la estimulación temprana.

4.3 Conocimientos y Habilidades necesarias para la Inserción del Psicólogo en el Área de Pediatría.

Para que el psicólogo pueda desempeñar su trabajo dentro del área de pediatría es necesario que conozca ciertos aspectos inherentes a esta, tales como la población, los grupos de edad que existen y sus características, así como las principales causas de morbilidad y mortalidad durante la edad pediátrica, los tratamientos médicos y su repercusión en el desarrollo del niño y tener conocimiento de la organización del área. Esto con respecto al aspecto médico. A continuación se explican cada uno de estos aspectos.

La población que es atendida se divide en grupos de edad, estos son:

*Primera infancia. Abarca desde el nacimiento a los dos años y medio edad.

*Segunda infancia o edad escolar. Comprende desde los dos años y medio hasta los 6 años.

*Tercera infancia. Comprende desde los 6 años hasta la pubertad.

*Adolescencia. Abarca hasta la terminación del crecimiento.

Dentro de estos periodos hay, a su vez, subdivisiones. El periodo del recién nacido comprende el primer mes de vida. El término lactante se aplica al periodo de la vida comprendido entre los 30 días de edad y el final del primer año.

Las principales causas de morbilidad en la edad pediátrica (enfermedades más comunes, son: infecciones respiratorias y digestivas propias de la infancia, tales como parotiditis, tosferina, enfermedades exantemáticas, etc.

Trastornos psicológicos como anorexia, vómitos, dolor abdominal, alteraciones del sueño, problemas del lenguaje, trastornos de conducta, inadaptación escolar, enuresis, copresis, espasmos del llanto.

Nutrición. Vitaminopatías, mal nutrición, obesidad y delgadez.

Crecimiento. Retraso y aceleración.

Trastornos cutáneos. Dermatitis del pañal, dermatosis alérgicas, verrugas, etc.

Accidentes. Intoxicaciones, traumas y quemaduras.

Enfermedades crónicas. Trastornos neuropsicológicos, parálisis cerebral infantil, epilepsia, hidrocefalia, microcefalia, etc.

Enfermedades respiratorias. Infección de amígdalas y adenoides, tuberculosis, neumonía, etc.

Afecciones del aparato locomotor. Pie plano, secuelas de poliomielitis, afecciones reumáticas, necrosis óseas, etc.

Enfermedades de los órganos sensoriales. Estrabismo, defectos de refracción, otitis crónica, sordera, malformaciones auditivas, etc.

Cardiopatías congénitas.

En cuanto a las causas de mortalidad se puede comprobar que en el periodo del recién nacido (primer mes) están regidas por la prematuridad, bajo peso al nacer, traumatismos neonatales, incluida la anoxia y otras consecuencias del parto y malformaciones. Pasado el primer mes empiezan a tener importancia creciente las enfermedades diarreicas agudas y sus consecuencias (deshidratación) y los trastornos respiratorios graves (bronconeumonía).

Entre 1 y 14 años las principales causas son accidentes, neoplasias (incluida la leucemia) y las malformaciones congénitas. (Jiménez, Figueras y Bonet, 1989).

Por otra parte en lo que respecta a la formación del psicólogo como profesional debe tener tal como lo mencionan Tuna (1975) y Wright(1967), conocimientos acerca de la psicología del desarrollo normal y anormal, sus teorías, manejo de instrumentos evaluación y diagnóstico infantil, así como tener conocimiento de los niveles de prevención y sobre el diseño de estrategias de acción preventiva. Enseguida se expondrán cada uno de estos aspectos.

Con respecto a lo que el psicólogo debe saber acerca del desarrollo normal y anormal del niño, comenzaremos por definir conceptos tales como: crecimiento y desarrollo.

"Crecimiento es el proceso por el cual se incrementa la masa de un ser vivo, incremento que se produce por el aumento de células o de la masa celular". (Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá).

Llamamos Desarrollo "al conjunto de cambios cuantitativos y cualitativos que experimenta el niño en su proceso de crecimiento".

El desarrollo como fenómeno global, abarca tanto los cambios de tipo físico (crecimiento, fuerza, precisión) como los de orden psíquico (identidad, conciencia, integración de lo vivido y percibido). La base de este proceso la constituyen los cambios estructurales y funcionales del sistema nervioso. (Millán, M 1997)

Sin embargo, debido a que cada uno de los conceptos está implícito en el otro constituyen un proceso continuo desde el momento mismo en el que el huevo es fecundado. Por lo tanto las interacciones de los aspectos ambientales y genéticos, tienen influencia directa sobre las diferentes etapas de la vida, siendo el individuo el producto de estas fuerzas interrelacionadas.

No obstante, aun cuando potencialmente el crecimiento y desarrollo son inherentes a la dotación genética de cada individuo, durante todo el proceso esta sujeto a los estímulos del ambiente que lo rodea, de tal modo que todo evento en cualquier momento, influirá sobre este, la interacción entre ambiente y potencial genético es constante no pudiéndose jerarquizar su importancia.

Durante el proceso de crecimiento-desarrollo todos los integrantes del hábitat del niño incidirán positiva o negativamente en él. Tendrán un carácter positivo cuando por ejemplo: la nutrición sea adecuada, el ambiente que lo rodea sea estimulante tanto en lo psicomotriz y afectivo, como en lo intelectual. El aspecto negativo se presentara cuando todas las condiciones de vida le sean adversas (por ejemplo: medio socioeconómico, alimentación, etc.).

El efecto nocivo sobre el niño dependerá del momento, la duración y la cantidad del estímulo: sobre todo si tomamos en cuenta que el daño sobre el sistema nervioso central produce las secuelas más comunes y más trascendentales, ya que a través de él se establece la vida de relación, y es el niño, ser inmaduro y en formación, él que ofrece mayor vulnerabilidad, ya que la

mayor parte del desarrollo del SNC no se completa sino hasta los 6 años de edad. De ahí la relevancia del tema.

Entre los factores de riesgo que pueden alterar el curso adecuado del crecimiento-desarrollo se distinguen 3 etapas principales:

A. Prenatal

B. Perinatal

C. Posnatal

A. Etapa Prenatal. En esta etapa debemos considerar todos los eventos que de una u otra forma influyeron en la fisiología materna y que no permitan una adecuada implantación del huevo y su desarrollo subsecuente.

Durante el embarazo se pueden conjuntar una serie de factores que influyen directamente sobre la evolución del embarazo y por consiguiente del embrión y del feto. Jurado García, ha agrupado todos estos factores en:

Macroambiente: Se refiere al complejo integrado por las características físicas, sociales, culturales, económicas y políticas que condicionan las comunidades (por ejemplo: medio socioeconómico, bajo nivel de vida, desintegración familiar, etc...)

Matroambiente: Características anatómicas, fisiológicas, bioquímicas y patológicas del organismo materno y muy particularmente del útero por ejemplo: extremos de la edad fértil, talla baja, desnutrición, multiparidad, pérdidas perinatales previas, partos prematuros o de bajo peso, toxemias, diabetes, cardiopatías, tuberculosis, problemas de pelvis, tabaquismo, toxicomanías, etc)

Microambiente: El íntimo contacto con el producto de la gestación constituido por a) el líquido amniótico, b) el cordón umbilical, c) las membranas amniocorionicas y d) la placenta, inserción anómala, desprendimiento, arteria única de cordón umbilical, embarazos múltiples, etc.

B. Etapa Perinatal. Comprende de las 28 semanas de gestación a los 7 días del nacimiento y es donde ocurre la mayor parte de mortalidad infantil. Influyen los aspectos ya mencionados conjuntándose además los relacionados con el nacimiento:

*Prematurez (por sí misma no causa retardo, pero predispone complicaciones del sistema nervioso central)

*Distocias, ruptura de membranas e infección.

*Maniobras obstétricas, forceps y trauma. Sufrimiento fetal por circular de cordón, cordón corto, desprendimiento prematuro de placenta, etc.

*Insoinmunización materno fetal y kernicterus

*Infecciones intrahospitalarias (sepsis, meningitis, etc)

*Diversas alteraciones hidroelectrolíticas (particularmente en sodio y calcio).

En esta etapa el daño es producido fundamentalmente por hipoxia, hemorragias, edema e hipoglicemia del SNC. La hipoxia aguda afecta predominantemente el tallo cerebral y produce secuelas de déficit en las capacidades de percepción, razonamiento abstracto y dificultad para manejo de conceptos.

En tanto que la hipoxia prolongada o crónica lesiona principalmente las porciones más altas del SNC como corteza, hemisferios cerebrales y núcleos basales, produciendo secuelas predominantemente motoras:

Parálisis Cerebral Infantil (PCI), de diversos tipos, según la severidad y localización del daño, pudiendo ser espástica, atetósica, rígida, atáxica o mixta y manifestándose como cuadriplejía, paraplejía, hemiplejía o monoplejía.

C..Etapa Posnatal. Posterior a los 7 días del nacimiento, el niño se enfrenta con múltiples agentes y pueden ser: biológicos (infecciones), físicos(radiaciones, quemaduras, traumatismos), químicos (drogas, sustancias) y psicológicos

-Infecciones: meningitis, encefalitis diversas.

-Reacciones post -vacunales (encefalitis)

-Intoxicaciones

-Traumatismos craneoencefálicos

-Parasitosis cerebral(citricercosis)

-Desnutrición

- Deficiencias sensoriales mayores (ceguera, sordera) o parciales (miopía, hipoacusia)
- Disfunción Cerebral Mínima(DCM)
- Autismo (Esquizofrenia Infantil)

La presencia de alguno de estos factores o la conjunción de varios ocasionan un retardo en el desarrollo, término que ha ocasionado polémica, pues desde hace décadas ha sido común en el campo de la medicina el uso del concepto de retraso mental. Sin embargo Ribes, 1984 (citado por Flores, 1990), señala para este cambio de conceptos los cuatro factores básicos que determinan la conducta:

1. Los Determinantes Biológicos del Pasado (factores genéticos, prenatales y perinatales)
2. Los Determinantes Biológicos Actuales (estado nutricional, fatiga, drogas, etc)
3. Historia previa de interacción con el medio.
4. Las condiciones: ambientales momentáneas o acontecimientos discriminativos, reforzantes o disposicionales.

Por lo tanto el retardo en el desarrollo consiste en déficit conductuales que se consideran como producto de la interrelación de los 4 determinantes mencionados. Existe una relación estrechísima entre los factores biológicos y los factores conductuales, no se les puede considerar por separado, sea cual sea la causa del retardo en el desarrollo: "nunca hay factores aislados"

Para determinar si existe un posible retardo en el desarrollo se requiere de un estudio muy completo y cuidadoso, en la entrevista deben investigarse: antecedentes del embarazo (si fue deseado, duración, control médico, peso materno, exposición a infecciones, radiaciones, medicamentos, tipo de trabajo, intento o amenaza de aborto, toxemia, etc.), Antecedentes del parto (duración, sedación, presentación, distocias, manejo posnatal inmediato, etc.), Antecedentes familiares (de retardo o de enfermedades que pueden asociársele), Antecedentes del desarrollo (requiere conocer las características básicas por áreas y edades del desarrollo humano (en áreas motora gruesa, motora fina, lenguaje y personal- -social); resulta útil la aplicación de escalas del desarrollo como el Denver.

En el recién nacido y lactantese requiere la aplicación de ciertos criterios específicos que valoren particularmente reflejos propios del recién nacido, tono muscular, postura y respuesta a estímulos externos (objetos, luz, sonido, tacto, cambios de posición etc.) El diagnóstico temprano es de particular importancia, pues se traduce en la limitación de la invalidez, la cual puede ser irreversible.

Manifestaciones clínicas del retardo en el desarrollo: son muy variadas, pero pueden ubicarse en dos grupos:

A) Las Manifestaciones de la Enfermedad Primaria, causal (síndrome de down, hipotiroidismo, síndrome de Klinefelter, rubéola prenatal, etc.)

B) Las Manifestaciones propias del retardo que pueden ser:

*Retardo global o generalizado

*Retardo parcial o específico

En el retardo global están afectadas todas las áreas del desarrollo en diferentes grados; es la variedad más grave de todas y la de peor pronóstico. su causa es orgánica en la mayoría de los casos. La psicología y la pedagogía son las responsables de precisar esquemas de rehabilitación en estos casos.

En el retardo parcial se afecta una o más áreas del desarrollo, sin llegar a la generalización. Los datos clínicos dependen del área afectada:

A) Área motora gruesa y fina

B) Área del lenguaje (receptivo, expresivo y mixto)

C) Área del aprendizaje académico: lecto-escritura (dislexia, disgrafía), aritmética (discalculia), conceptos abstractos, simbolización.

D) Área de socialización y desviaciones de la personalidad.

Existen casos que presentan alteración en varias áreas, sin ser generalizados, un ejemplo lo constituye la DCM, Síndrome de disfunción cerebral mínima. Esta denominación es usada para diagnosticar a niños que presentan un conjunto de datos clínicos, manifestados como trastornos de aprendizaje y alteraciones de la conducta, con etiología variada, estos datos clínicos a veces se han

correlacionado con trastornos demostrables del funcionamiento cerebral. Estos niños son de inteligencia normal o alta, sin embargo, se retardan en su desarrollo escolar y social.

Este concepto fue establecido hace años ("Síndrome Orgánico Cerebral" Kahn y Cohen, 1934; Strauss y Lehtinen, 1947, citados en Ciclos IX y X *pediatría*. Varios autores. Publicaciones UNAM s/año), para definir un daño cerebral tan leve que no podría ser detectado con las técnicas existentes, de ahí su nombre, pero el término "mínimo" resulta inadecuado para dar una idea real de la afección y no precisa la extensión del daño sufrido. Por lo que la asociación psiquiátrica americana lo ha definido en su *diagnostic and statistical manual III (DSM III)*, como un "déficit de atención con hiperactividad", basándose en el diagnóstico de tres datos fundamentales:

A. Hiperactividad (hiperquinesia)

B. Inatención

C. Impulsividad

Y tres datos secundarios:

A. Inicio antes de los 7 años de edad

B. Duración de por lo menos 6 meses

C. Certeza de que no cumple con los criterios de:

-Desórdenes afectivos

-Algún grado de deficiencia mental

-Desorden esquizofrénico

Puede presentar grados diversos: leve, moderado o severo.

La hiperactividad constituye el problema más aparente; estos niños están en movimiento continuo: el DSM III propone que deben existir por lo menos dos de las siguientes conductas:

*Correr y trepar excesivos

*Dificultad para permanecer tranquilo e inquietud exagerada.

*Dificultad para permanecer sentado

*Movimientos excesivos durante el sueño

*Estar siempre activo

Esta hiperactividad no es selectiva, sino que se manifiesta en todos los lugares y situaciones (casa, escuela, etc)

Se ha propuesto que estos niños presentan también una hiperactividad sensorial que sería lo que los conduce a un estado de hiperestimulación interna y externa.

La inatención se refiere a que presentan gran distractibilidad, son periodos muy cortos de atención, lo que dificulta el aprendizaje. Se requiere para él diagnóstico por lo menos dos de las siguientes características:

- *Dejar frecuentemente inconclusas las actividades que inicia.
- *Dar frecuentemente la impresión de que no está escuchando.
- *Distraerse fácilmente
- *Dificultad para concentrarse en tareas que requieren atención sostenida.

La impulsividad se refiere a que responden a los estímulos con pobre control, y sin discriminación adecuada, lo que los lleva frecuentemente a actitudes conflictivas pues presentan resistencia al cumplimiento de ordenes y demandas sociales. No comprenden la prohibición, por lo que son desobedientes, arriesgados y hasta temerarios, frecuentemente presentan pobre control de esfínteres y baja tolerancia a la frustración. Para el diagnóstico se requiere por lo menos tres de los siguientes criterios:

- Frecuentemente actúan antes de pensar
- Cambio excesivo de una actividad a otra
- Manifiesta dificultad para organizar su trabajo
- Requiere mucha supervisión
- Frecuentes interrupciones durante la clase
- Dificultad para esperar su turno en los juegos de grupo y otras situaciones que lo requieren.

Además presentan cierto grado de incoordinación muscular o inmadurez motora, que se reconoce a través de signos neurológicos blandos, como torpeza general, dificultad en coordinación gruesa (caminar en una línea, pararse en un pie, etc.) Y sobre todo en coordinación fina (fallar en coordinación dedo-dedo, dedo-nariz, etc.)

Presentan también conductas emocionales inapropiadas (agresión aumentada, irritabilidad y destructividad) y respuestas exageradas al dolor. Disforia caracterizada por incapacidad para disfrutar la satisfacción o el placer; deficiente autoestima (se consideran incompetentes y malos), ansiedad y tendencia a la depresión frente a situaciones nuevas que les provocan tensión.

Las dificultades de aprendizaje y fallas escolares constituyen el elemento central del síndrome, pues casi siempre están presentes, manifestándose como dificultad en las conceptualizaciones y comprensión de:

- Conceptos de cuerpos geométricos
- Conceptos espaciales (adelante-atrás, derecha-izquierda, arriba-abajo, etc)
- Antónimos
- Colores
- Dificultad para copiar dibujos simples
- Vocabulario (suele ser pobre y limitado)
- Desviaciones de la personalidad: estos niños no presentan alteración orgánica, pero sí en su desarrollo.

Estas desviaciones son consideradas desde diferentes enfoques:

1. Relacionando los datos obtenidos respecto al niño, con normas de desarrollo para determinada edad. Se investiga sonrisa, reconocimiento de familiares, rechazo a extraños, ansiedad, angustia a la separación, juego con compañeros reales, juegos de fantasía, berrinches, etc.
2. Considerando las "tareas" que el niño debe realizar en diferentes edades, como desarrollo de confianza, proceso de individuación, autonomía, iniciativa, juegos de grupo, aprendizaje de "datos y hechos", pensamiento lógico, etc.
3. Considerando las alteraciones de conducta y emocionales del niño, como timidez excesiva, temor al fracaso, ansiedad y problemas similares. Estos problemas generalmente son consecuencia de desviaciones en la actitud de los padres hacia el niño, prácticas equivocadas en la crianza y por sobreprotección o indiferencia.

Guía para el diagnóstico. El primero que realiza esta identificación es el médico, su diagnóstico se limita a informar a los padres del padecimiento del niño, sin detenerse a analizar el impacto emocional que causa, así como el proveer más datos acerca de la etiología, atención, y manejo que se debe y/o puede tener, a que lugares se puede acudir en busca de servicios de asistencia, a partir de que edad son recibidos y atendidos y si deben seguir programas para corregir, enriquecer o crear comportamientos inexistentes (Bayes, 1979, citado en Aquino, 1990). Por eso es importante la intervención del psicólogo en el diagnóstico y tratamiento. Primero es necesario realizar una evaluación de los repertorios conductuales que se encuentran afectados, así como la(s) conducta(s) que por su ocurrencia o ausencia, definen el grado de retraso. De esta forma el diagnóstico conductual de la pauta para realizar la intervención.

La evaluación, dentro de la psicología con orientación conductual, se realiza en forma continua, es decir, antes, durante y después del tratamiento, basándose en observaciones directas y registros de la conducta. De dichas evaluaciones la inicial o diagnóstica implica recabar la información indispensable acerca del individuo y las condiciones ambientales relevantes, con el propósito de determinar el tratamiento y a partir de ahí elaborar un programa fundamentado y sistemático de repertorios conductuales (Zarzosa, 1984, citado en Aquino, 1990). Resultando ser el diagnóstico el que se encamina a "determinar las condiciones que probablemente desarrollaran conductas y modificaran la conducta problema" (Bijou y Grimm, 1980, citados en op. cit).

El diagnóstico conductual posee los instrumentos metodológicos que le permiten detectar y determinar los elementos involucrados en el retardo en el desarrollo que mantienen, eliminan y propician la adquisición de conductas, contemplando el contexto en el que se presentan, por eso se hace un diagnóstico en términos funcionales (Bijou y Beer, 1979; Bijou y Dunitz-Johnson, 1981; Ribes, 1980, citados en op. cit).

Dentro de la evaluación diagnóstica existen dos modalidades que se encuentran relacionadas con la distinción de los dos tipos de retardo en el desarrollo, es decir, el retardo generalizado y el específico (Galguera, 1984).

A) El Diagnóstico General: este se realiza cuando una persona se encuentra afectada en varias áreas del desarrollo y por lo tanto se evalúan las conductas que se consideran representativas de cada una de ellas, y que van de lo simple a lo complejo, permitiendo jerarquizarlas atendiendo las que resultan ser prioritarias.

B) El Diagnóstico Específico: se emplea cuando una o dos áreas presentan problemas y se encuentran plenamente localizadas

La evaluación diagnóstica, mantiene una estrecha relación con la forma de rehabilitación, proporcionando así una guía eficaz de intervención.

Sin embargo, para elaborar un diagnóstico que resulte ser sensible y cumpla el objetivo de proporcionar la información necesaria para la intervención se requiere de la aplicación de instrumentos que no acentúen la incapacidad del niño, sino lo que hace con relación a ella y a pesar de ella.

Estos instrumentos de diagnóstico temprano son innumerables y la manera en que se realiza esta evaluación dependerá de los objetivos que se persigan, de las características particulares y del medio circundante.

Por mencionar algunos instrumentos que han sido utilizados para evaluar el desarrollo infantil están los cuestionarios, las escalas, algunas pruebas psicométricas estandarizadas, guías de evaluación, cartillas de crecimiento y entrevistas a quien atiende con más frecuencia y cercanía al niño.

Cualquier forma de valorar puede ser cuantitativa o cualitativa o contener ambas características para su análisis.

Aquino y col. (1987, citados en opa. cita), definen cuatro tipos de instrumentos: escalas estructuradas, guías de evaluación, cartillas de crecimiento y desarrollo y cuestionarios.

Escalas estructuradas: son los instrumentos que requieren una sesión de evaluación sistemática con el niño e indican claramente cómo se deben medir las conductas, por ejemplo, a través de un instructivo o de dibujos y proporcionan reglas específicas para la interpretación de los resultados.

Guías de evaluación: son más informales, consisten en listas de conductas que el niño debe presentar a ciertas edades, con instrucciones relativamente generales para la interpretación de los resultados.

Cartillas: presentan los indicadores de desarrollo incorporados a fichas de crecimiento que el evaluador maneja en diversas formas de acuerdo a sus objetivos particulares.

Cuestionarios: se basan únicamente en preguntas a la madre o a otra persona que conoce bien al niño.

Se pueden utilizar indistintamente cualquiera de los anteriores, pero deben contener los siguientes aspectos:

A) Objetivos de los Instrumentos.

Todo instrumento debe tener claro sus objetivos, especificando el grado de detalle con que mide el comportamiento del niño de acuerdo a la población a la que este dirigido.

Un ejemplo, son las guías de observación, algunos instrumentos de tamiz diseñados para guiar la observación de los padres y de los profesionales de la salud y la educación, para detectar si el desarrollo del niño presenta o no problemas. Por lo regular están incluidos en los folletos sobre intervención temprana o en las cartillas de crecimiento. Su objetivo es observar y fomentar el desarrollo normal de una manera general y sugerir la canalización del niño que no cumple con las conductas previstas para su edad.

B) En cuanto al Contenido.

Las proposiciones de Aquino y col. (1987, citados en op, cit), giran en torno a tres indicadores principales:

- *La edad de los niños
- *Indicadores directos y/o indirectos
- *Áreas del desarrollo que se quieren abarcar

La edad de los niños: la edad que abarcan los instrumentos varía de 0 a 3 años para una detección temprana; de 0 a 5 o 6 años aunque con límite en el número de indicadores para cada edad y de 3 a

6 años evaluando sólo la edad preescolar. En todo caso el rango de edad será elegido por quien diseñe el instrumento dependiendo de sus intereses.

Tipo de indicador: los instrumentos incluyen indicadores indirectos o directos, así como una combinación de ambos. Los indicadores miden los problemas más evidentes y específicos del desarrollo del niño en su estado actual y/o pronostican como seguirá siendo (Aquino, Supervise, Sawyer y Cantón, 1987, citados en op. cit).

Indicadores indirectos: estos se refieren a los factores de riesgo del medio ambiente en el que se desenvuelve el niño, tanto el inmediato como el global, es decir, la comunidad, la familia, el entorno físico, las condiciones socioeconómicas, etc.

Indicadores directos: son las observaciones directas de la conducta del niño en un período conductual.

Para saber cuales de estos indicadores resultan ser más representativos se toman en cuenta los factores de riesgo, para esto Tjosecm y de Lorenzo (en Mora, 1980), han elaborado una clasificación que los divide en tres tipos:

1º Riesgo Establecido: Incluye los casos que presentan alteraciones biológicas, congénitas o adquiridas, claramente identificadas, que abarcan algún grado de retardo en el desarrollo.

2º Alto Riesgo Biológico: Aquí se agrupan las condiciones que conllevan a una alta posibilidad o riesgo de retardo a corto o largo plazo, producto de factores prenatales, perinatales y aun preconceptionales. Considerando características de la madre antes, durante y en el momento del parto, así como del niño en sí y que puede repercutir en su desarrollo.

3º Alto Riesgo Ambiental o Sociocultural: En este quedan comprendidas las conductas socioeconómicas.

Estos factores de riesgo, pueden presentarse en diferentes momentos y tener mayor repercusión. A estos períodos se les denominan "críticos" en el desarrollo, siendo estos, "el lapso en el cual determinado hecho puede tener su mayor efecto" (Papalia y cols, 1985 citados en op. cit). A edades tempranas se manifiesta en algunos de estos momentos:

Prenatales: antes del nacimiento y durante la gestación

Perinatales: alrededor del nacimiento

Posnatales: después del nacimiento y hacia los 5 años aproximadamente.

Todos los indicadores mencionados no resultan ser mutuamente excluyentes, al contrario en el retardo en el desarrollo suelen presentarse una combinación de estos. Ya que "el retardo en el desarrollo se produce en mayor o menor grado con mayor o menor generalidad" como consecuencia de:

- 1) La amplitud de la deficiencia orgánica, el grado de deterioro de las condiciones físicas y sociales o ambas.
- 2) Precisar en que momento de la vida se inicio el daño.
- 3) El hecho de que la deficiencia se compense o no mediante un entrenamiento diferencial o intensivo.
- 4) El momento en que se empieza a aplicar ese entrenamiento diferencial o intensivo.
- 5) Establecer si la patología es activa (ejemplo: Hipotiroidismo no controlado) o si esta frente a secuelas (ejemplo: PCI secundaria o hipoxia perinatal)
- 6) Precisar si el retardo es parcial o global

Así la evaluación diagnóstica conductual se inicia con la aplicación del diagnóstico específico o general, para identificar el tipo de retardo que presenta una persona.

Con respecto a las áreas de desarrollo, último indicador en cuanto al contenido de los instrumentos que propone Akin y cols. 1987, hay algunos que se limitan a una sola área de desarrollo, por lo que solo detectan problemas que se manifiestan en ella. Otros instrumentos son más amplios y abarcan diferentes áreas del desarrollo, mientras algunos presentan los indicadores juntos, otros los ordenan por áreas, esta última alternativa permite saber con más facilidad en que áreas específicas existen retrasos, lo que ayuda a planear acciones apropiadas a las necesidades del niño.

C) Presentación de los Instrumentos

Este aspecto se refiere a la existencia de un instructivo o no. La prueba puede estar acompañada de un folleto o manual que describa los indicadores y su aplicación. Cuando la prueba

no contiene instructivo deberá incluir en la hoja de registro descripciones suficientemente claras y los indicadores estarán presentados con el apoyo de dibujos para que sean más fácilmente comprendidos.

En la presentación es también importante considerar la integración de dos elementos que van a la par, el crecimiento físico y el desarrollo, incluyendo los indicadores del desarrollo en una cartilla de crecimiento o incluyendo los indicadores de crecimiento físico en las pruebas de desarrollo.

D) Aplicación del Instrumento

Son tres los objetivos a considerar:

Obtención de la información. En el caso de los indicadores directos, son varios los métodos empleados:

- *Observaciones espontáneas hechas por los padres
- *Preguntas específicas a los padres, por medio de un cuestionario o durante una evaluación del niño.
- *Observaciones hechas por un "examinador". Estas requieren poner al niño ante determinadas situaciones.
- *Una combinación de los dos últimos métodos: el examinador evalúa directamente ciertos indicadores y hace preguntas a la madre para evaluar otros.

Evaluación de los resultados Es imprescindible proponer una forma de evaluar la información obtenida. Para asegurar la correcta aplicación del instrumento, es necesario:

- Que el niño este en condiciones favorables para participar en la evaluación, sin hambre, sueño o enfermedad aguda. cómo y teniendo a su alcance el material.
- Es esencial establecer una relación amigable con el niño.
- Hay que mantener su interés.
- Evitar lugares con muchas distracciones y la presencia de personas desconocidas para el niño.
- Hacer las preguntas a la madre en forma correcta, con un lenguaje claro y sencillo y sin sugerir la respuesta.

-Supervisar periódicamente la aplicación de la prueba.

Es importante recordar que, para seleccionar el instrumento que se va a utilizar durante la evaluación, se deben tomar en cuenta los siguientes criterios de selección:

1. Los objetivos del programa que se va a aplicar
2. Las edades de los niños que se van a evaluar
3. El tipo y la severidad de los problemas de desarrollo que se pretende detectar. Esto depende de los factores de riesgo comunes en el medio, y por lo tanto, la prevalencia de los diferentes problemas de desarrollo en la población.
4. El nivel de capacitación del personal que participe en el proyecto.
5. La disponibilidad de tiempo y de material para realizar las evaluaciones.
6. La relevancia sociocultural de los indicadores incluidos en el instrumento.
7. El valor predictivo del instrumento.

A continuación se expondrán algunas de las pruebas de evaluación del desarrollo infantil más conocidas y que cumplen con todas las características antes mencionadas:

El Método De Apgar

Debe de tomarse un minuto después del parto y luego cinco minutos después del mismo rutinariamente a todos los niños, así se ha encontrado que la morbilidad y la mortalidad del recién nacido esta en función de la calificación. Esta se obtiene a través de cinco subpruebas ideadas por la Dra. Virginia Apgar (1953), las cuales arrojan medidas de apariencia (color), pulso (rifo cardiaco), gestos (irritabilidad refleja), actividad (tono muscular y respiración (esfuerzo respiratorio). El niño recibe un puntaje de 0, 1 ó 2 en cada medida y el total máximo es 10.

El 90% de los bebes normales obtiene una puntuación de 7 o más, el niño que obtenga una calificación de 4 o menos tiene una patología muy grave y requiere tratamiento inmediato.

Las puntuaciones de Apgar determinan el tipo de asfixia que pudo haber sufrido el recién nacido, prediciendo de esta forma anomalidades en el sistema neurológico, el desarrollo motor, el tono muscular y la habilidad para agarrar.

Asfixia Leve (Apgar de 6-7). Se trata de recién nacido que solo sufrió un leve trastorno durante el proceso de parto. Por lo regular estos pacientes sólo requieren de oxigenación y estimulación, esta última se realiza golpeando suavemente la planta de los pies o rascándole la espalda.

Asfixia Moderada (Apgar de 4-5)

Asfixia Grave (Apgar de 0-2)

Valoración de Apgar

	0	1	2
Frecuencia cardiaca	no	lenta 100	100 ó más
Esfuerzo respiratorio	no	llanto débil	llanto vigoroso
Tono muscular	flacidez total de extremidades	flexión discreta	flexión completa
Respuesta a estímulos	ninguna	reacción discreta	llanto
Coloración	cianosis.	acrocianosis	sonrosado

La Prueba Denver Para La Evaluación Del Desarrollo

Esta prueba no intenta medir la inteligencia del bebe. Es un instrumento de evaluación que pretende identificar a aquellos niños que pueden no estar desarrollándose normalmente. Lo hace observando el desarrollo del niño en diferentes áreas: motora gruesa, lenguaje, motora fina, desarrollo personal y social desde la edad de un mes hasta los seis años. Si un niño no pasa alguna prueba específica, a una edad en que ordinariamente pasa el 90% de los niños, esto se considera como un "retraso" en el desarrollo. Un niño que tiene uno o más retrasos en dos o más áreas, se considera que necesita atención especial.

El evaluador utiliza objetos simples como la ropa, un sonajero, o una pelota de tenis, tratando de tranquilizar al niño y puede inclusive evaluarlo cuando esta en el regazo de su madre.

Inventario De Gesell Y Amatruda

Esta basado en observaciones directas de la conducta del individuo, considerándolo como un todo, es decir, en la totalidad de su funcionamiento y comportamiento, integrados en todas las etapas de desarrollo y dentro del contexto social en el que se desenvuelve.

Requiere el examen de 5 campos de conducta que son representativos de los diferentes aspectos de crecimiento. Estos cinco aspectos son:

- 1) Conducta adaptativa
- 2) Conducta motora gruesa
- 3) Conducta motriz fina
- 4) Conducta del lenguaje
- 5) Conducta personal-social

Interpreta la conducta por comparación con modos normales, en valores cronológicos equivalentes. Por esta razón, encierra una evaluación de la madurez y un examen neuromotor y sensorial así como que permite la diferenciación y la exploración detallada de las respuestas normales y anormales. Se puede aplicar desde la edad de un mes hasta los seis años.

Escala De Evaluación Conductual De Brazelton

Esta prueba es una evaluación neurológica y conductual que se emplea para observar la forma en que los neonatos reaccionan ante el medio ambiente (Brazelton, 1973). Especifica un perfil conductual del neonato a través de una evaluación refleja sobre la organización neurológica y los efectos perinatales recientes. De esta forma las conductas neonatales pueden estar relacionadas tanto directa (factores biológicos) como indirectamente (factor social) sobre el desarrollo posterior del niño.

Las conductas que se evalúan en el neonato se encuentran agrupadas en las áreas de:

- Decremento de respuestas ante el estímulo negativo (durante el sueño)
- Orientación ante el estímulo positivo y calidad de alerta

-Conductas motoras

-Rango de estado, incluyendo irritabilidad, regulación de estado y regulación autonómica.

La prueba de comportamiento neonatal como escala psicológica permite medir las capacidades del niño que pueden ser relevantes en sus relaciones sociales futuras; ya que es un intento de calificar las respuestas potenciales del niño a su ambiente e indirectamente de su efecto en el ambiente hogareño. Uno de los elementos más importantes de esta evaluación son los estados de "conciencia" o "estados de ánimo" del bebé (estados de sueño profundo, respiración regular, sueño liviano ojos cerrados, estado de alerta semi-dormido, alerta mirada clara, alerta ojos abiertos y llanto). Pues el manejo adecuado de los diversos estados logran mantener en control sus respuestas a los estímulos internos y del ambiente. Dado que los estados establecen un patrón dinámico que refleja el repertorio total de las conductas del niño. Durante la evaluación el neonato se somete a una variabilidad de estímulos desde el sueño profundo hasta el llanto.

Para dicha evaluación se requiere de una habitación en silencio con luz tenue y un tiempo de 30 min. en el cual se presentan 30 maniobras que abarcan la actividad motriz, estimulación adecuada, voz, rostro, cargarlos, estimulación inanimada campanilla y sonaja auditiva-visual(esfera roja y luz)

Los ítems se califican de acuerdo a las reacciones y las respuestas a estas maniobras, evaluándose el comportamiento óptimo(mejor actuación del neonato) y no la ejecución promedio. Si se llevan a cabo varias examinaciones durante el período neonatal se tendrá un mayor valor predictivo (Ruiz y Vaquero, 1984)

Como otras pruebas de desarrollo infantil, la escala Brazelton no se puede utilizar para predecir las conductas posteriores del bebé en la infancia, sino que ofrece un cuadro total tal y como es ahora.

Método De Silverman-Anderson Se puede aplicar no sólo al nacimiento sino en cualquier etapa del recién nacido y por supuesto tiene un valor utilizarlo en cualquiera de los casos de asfíxia, ya que también nos sirve para

valorar el estado del recién nacido y sobre todo el pronóstico del mismo.

de asfixia, ya que también nos sirve para valorar el estado del recién nacido y sobre todo el pronóstico del mismo.

Este método explora exclusivamente la función respiratoria, tomando en cuenta 5 parámetros: movimientos toraco-abdominales, tiros-intercostales, retracción-xifoidea, alcteo-nasal y quejido-respiratorio. También la puntuación va de 0 a 2, solo que cuando los signos están ausentes se toma como 0 y cuando se encuentran con mayor intensidad se les califica como 2; por lo tanto una puntuación de 10 indicaría que el paciente se encuentra en condiciones graves de dificultad respiratoria.

Método De Silverman-Anderson

	0	1	2
Movimientos toraco-abdominales	rítmicos	tórax inmóvil	tórax y abdomen en movimiento
Tiro intercostal	ausente	discreta	acentuado y constante
Retracción-xifoidea	ausente	discreta	muy marcada
Alcteo-nasal	ausente	discreto	muy marcado
Quejido-respiratorio	ausente	leve, inconstante	constante y Acctuado.

Escala Para Medir El Desarrollo Psicomotor De La Primera Infancia De Brunet-Lezine

Esta escala esta pensada para ser aplicada a niños desde un mes hasta los seis años, aunque a partir de los 30 meses resulta a veces más útil utilizar otras pruebas.

A través de esta escala obtenemos información global de la edad de desarrollo abarcando las 4 áreas descritas por Gesell: postural, coordinación visomotora, lenguaje y socialización. También presenta hasta el décimo mes de vida diez ítems para cada mes, seis de ellos requieren de la actuación inmediata del niño y cuatro son de observación del bebe en la vida cotidiana.

La Escala de Gesell del desarrollo infantil ha sido tomada como modelo en algunos trabajos que aunque son de tipo experimental fueron diseñados para el trabajo específico de Estimulación Temprana:

Programa de Estimulación Temprana 2001: Este Instrumento de evaluación (Pérez de Alba y Melgar, 1978), está dividido en seis niveles cada uno de los cuales corresponde aproximadamente a 1 año de edad, es decir, van desde 0 a 6 años. En él se evalúan 4 áreas básicamente: motriz, intelectual, lenguaje y social afectiva.

Tal instrumento de evaluación es un inventario de las habilidades del niño especificadas en forma de conducta terminal y se menciona la edad aproximada en que los niños deben realizar dicha actividad. La evaluación se realiza cada dos meses y medio como parte del programa de Estimulación Temprana.

Programa de Estimulación Temprana: Manual para Padres. La evaluación que se utiliza aquí es un inventario de habilidades del niño desde que tiene el primer mes de vida hasta los seis años y es el resultado de un programa especificado paso a paso, por lo que las conductas terminales son derivadas directamente del programa en cuestión. Este inventario se diseñó para que sean los padres quienes evalúen al niño, anotando simplemente la fecha en que la actividad fue realizada y está dividido en períodos de evaluación muy cortos que miden no solo el avance del niño sino también la efectividad del programa.

Guías de Estimulación Temprana. Elaboradas y publicadas por la UNICEF (1980), a través del programa regional de Estimulación Temprana, están diseñadas para los padres y educadores en general que desean conocer las etapas del desarrollo del niño para estimularle de manera efectiva todo el potencial de que es capaz. Por medio de ellas se puede contemplar el desarrollo del niño desde que nace hasta los seis años, con los estímulos que requiere, los avisos que se deben atender y los materiales adecuados para cada edad. Se han dividido los períodos de desarrollo de la siguiente forma: 0 a 3 meses, 3 a 6 meses, 6 a 9 meses, 9 meses a 1 año, 1 año a año y medio, año y medio a 2 años, 2 a 3 años, 3 a 4 años, 4 a 5 años y 5 a 6 años.

Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP). Esta escala fue diseñada por Rodríguez y cols. en 1917 (Descrita en Montenegro, 1978), en base a las propuestas de Lezinc (1969), Bayley (1969), Gessell y Denver.

Esta constituida por una serie de reactivos (75), que evalúan cuatro áreas de desarrollo:

motora, de lenguaje, social y coordinación. Lo que se evalúa aquí es si el niño hace o no la tarea propuesta, esta diseñada para niños de 0 a 2 años y para aplicarla se recurre a la observación directa o a la información proporcionada por la madre, además permite identificar niños de alto riesgo: retardo en el desarrollo y retardo específico en alguna de las áreas mencionadas.

Las escalas descritas tienen en común ciertas características, tales como:

1. Casi todas están diseñadas para evaluar niños normales, a excepción de la EEDP que nos permite identificar niños de alto riesgo o con retardo.
2. Todas están basadas total o parcialmente en los trabajos de Lezine-Gesell principalmente.
3. A excepción de la escala usada por la UNICEF que es mas que una escala una serie de pautas, todas las demás describen paso a paso el desarrollo del infante.

Examen neurológico del recién nacido. (Holt, 1982). Una evaluación de este tipo es un elemento indispensable en el diagnóstico del lactante.

El examen neurológico suministra información muy útil, y se efectúa con tres objetivos primordiales: detectar cualquier perturbación aguda, como edema cerebral o meningitis lo mas precozmente posible, controlar la madurez del niño y por ultimo tratar de hallar cualquier signo que pueda indicar posibles riesgos para el futuro desarrollo del bebe. A través del examen neurológico se puede examinar la simetría postural y los movimientos, el tono muscular y la coordinación de los reflejos. Es importante conocer que la maduración del sistema nervioso central se mantiene constante durante toda la vida fetal, y no se modifica por alteraciones en el ambiente intrauterino, ni por el nacimiento del niño antes de termino, lo que significa que haciendo una evaluación neurológica adecuada del recién nacido nos orientara a conocer su edad gestacional aproximada (considerando un margen de error de 2 semanas (Melgar, 1986)

El tono muscular se expresa por los músculos, pero es una actividad regida por el sistema nervioso. A los bebes se les podrá clasificar como: normo, hiper o hipotonicos. El estudio de los signos y síntomas del tono muscular se hace con el niño desnudo lo que nos permite ver su estado de nutrición y volumen de sus músculos. Las principales observaciones que se hacen son:

* La consistencia de las masas musculares que "se aprecia por palpación y consiste en tomar a plena mano la masa muscular en estudio". La consistencia muscular es por lo común, uniforme en los 4 miembros.

* La postura del neonato es un índice directo del tono muscular, la cual es libremente escogida en el recién nacido de término, tendiendo a la flexión de las piernas, en cambio mientras menor edad gestacional tiene el recién nacido tiende a permanecer en la posición en la que se le deje (menos de 27 semanas). La capacidad de recuperación de un miembro, después de que se le ha estirado y dejado libre bruscamente, también nos indica el tono muscular.

* El ángulo popliteo (que se forma en el hueso popliteo entre el muslo y la pierna) valorado, estando el niño en decúbito dorsal con la pelvis fija sobre la mesa de exploración, es de 90° aproximadamente un niño de término y mayor en los de pretermino hasta 180° antes de la semana 28.

Algunos procedimientos llevados a cabo durante el examen neurológico son:

- Maniobra de la bufanda. Consiste en llevar el brazo del neonato tomado de la mano hasta el hombro opuesto, lo cual crea una resistencia en el recién nacido de término que no permite que el codo pase la línea media, a menor edad gestacional puede llevarse este hasta la línea axilar anterior, sin resistencia (menor de 32 semanas)
- Maniobras talón-oreja. Se intenta llevar el talón del niño hasta tocar la oreja del lado contralateral, se consigue en el niño de término.
- Tono del cuello: se explora con el niño sentado, observándose que la cabeza cae hacia adelante y el mentón toca el esternón (los extensores), el niño trata de separarlo lo que consigue fácilmente un niño de término y no lo logra el menor de 34 semanas de gestación. Los flexores se valoran cuando se levanta lentamente en brazos un recién nacido en posición decúbito dorsal hasta la posición de sentado. En un niño de término la cabeza sigue el movimiento del tronco, en un pretermino la cabeza cuelga hacia atrás.

Al finalizar el tercer mes y durante el cuarto, el tono muscular va descendiendo hasta detenerse pasado el año, cuando existe una clara hipotonía fisiológica.

Es importante, tener en cuenta que a la hora de examinar al bebé hay que tomar algunas precauciones, tales como:

1. Procurar que él bebé se mantenga caliente y cómodo todo el tiempo que dura la exploración.
 2. Efectuar el examen a una hora en que ni tenga tanta hambre como para estar inquieto, ni este satisfecho que permanezca somnoliento.
 3. Colocarlo de modo que todas las pruebas puedan realizarse simétricamente.
 4. Aplazar el examen si él bebé está cansado o molesto.
 5. Efectuarlo cuando el niño complete el tercer día de vida o más.
 6. Llevar a cabo siempre las pruebas en el mismo orden, esto es primero, inspección de la postura, movimientos espontáneos y vivacidad, después evaluación del tono muscular y verificación de los reflejos, finalmente el examen ocular.
- Su aplicación dentro del campo de la estimulación temprana es importante ya no solo por su aportación diagnóstica pretermino la cabeza cuelga hacia atrás

El tono muscular muestra amplias variantes en el primer año de vida. Los recién nacidos suelen presentar un tono muscular elevado. Del primer al tercer día este suele expresarse como una hipotonía generalizada. Para recobrar luego de nuevo y poco a poco su tono muscular en el cuarto y quinto día donde alcanza valores máximos que seguirán en los meses siguientes.

Una vez elegido el instrumento de evaluación más adecuado a los objetivos del programa y a los intereses particulares, la evaluación diagnóstica temprana se realiza en base a tres niveles:

Nivel de primera detección: en este se hace la distinción entre los niños que presentan alteraciones en su desarrollo, de aquellos que tienen su desarrollo normal. Y en algunos casos el área en que se manifiesta esta alteración.

Nivel descriptivo: este comprende indicadores del desarrollo más finos porque detalla la conducta del niño en términos de las secuencias del desarrollo, ampliándose el diagnóstico.

Nivel de intervención específica: es el más preciso ya que permite planear la intervención necesaria y evaluar sus efectos, al proporcionar datos del estado exacto de la secuencia de desarrollo del niño.

Una vez que se ha hecho notar la importancia y trascendencia del diagnóstico temprano, es importante destacar su carácter preventivo, ya que al detectar e intervenir lo más oportuna y eficazmente se evita la agudización del problema del retardo en el desarrollo. Para entender más claramente este aspecto primeramente se define el concepto de prevención y en base a ello se procede a desglosar las diferentes perspectivas de la prevención, su clasificación y sus limitaciones como tal:

La prevención "es el tipo de intervención que tarde o temprano proporcionará la solución para la gran cantidad de problemas que constriñen la vida del hombre y la humanidad: desde la sobrepoblación, el crimen y la violencia, pasando por la disolución familiar, el alcoholismo y la farmacodependencia, hasta los desordenes emocionales, la contaminación ambiental y los trastornos de salud" (Routh, 1982 citado en Ruiz y Vaquero, 1984). A su vez la prevención se enfoca a tres niveles, que son el primario, secundario y terciario.

La prevención primaria es todo aquello que se hace con objeto de disminuir la incidencia de una enfermedad y trastorno en una determinada población, reduciendo de este modo el riesgo de que aparezcan nuevos casos (Jordi, 1989). Este nivel incluye los programas de información y difusión, previos al nacimiento de niños, en donde se da a conocer a los futuros padres todos aquellos factores prenatales que pueden obstaculizar el futuro desarrollo normal de sus hijos, ocasionando trastornos o deficiencias que en cierta medida pueden ser prevenibles.

También entran dentro de este nivel de prevención el control del embarazo, la preparación del parto, los planes de vacunación, las campañas de prevención de accidentes infantiles y la planificación familiar.

Parte de la mínima información y el control más aconsejable que debe tener una mujer embarazada o que piense estarlo es la siguiente:

- Visita al ginecólogo seis o siete semanas después de la última menstruación.
- Historia clínica antes del embarazo

- Control obstétrico: estatura, peso, corazón y pulmones, examen de pechos, orina, pelvis, presión arterial, dientes, análisis de sangre, dimensiones de útero, inspección de vagina, etc.
- Examen Clínico: análisis de orina, grupo factor RH, glucemia para la diabetes, análisis del funcionamiento hepático, dosificación de anticuerpos antirruveola y antitoxoplasma, etc.

Algunos otros conceptos importantes: período más aconsejado para el embarazo entre los 20 y 30 años, reconocimiento electrocardiológico, odontológico, oftalmológico, estudio genético de la pareja, asistencia a un curso de preparación para el parto, control de peso, intercambio de impresiones con el anestesista y tocólogo que la atenderá en el momento del parto, historial ginecológico de afecciones para poder determinar su posible incidencia, mucha precaución en el consumo de fármacos y vacunas, realizar una adecuada alimentación, practicar gimnasia especial para embarazadas, precaución en el uso de medios de transporte, eliminar el consumo de alcohol, dejar completamente el tabaco durante el embarazo, realizando esto de una manera progresiva meses antes, etc.

Todos estos puntos deben ser ampliados y explicados adecuadamente por el especialista encargado de atender a la futura madre.

La prevención secundaria: es todo aquello cuyo objetivo es disminuir la existencia de una enfermedad en una población reduciendo su evolución y tiempo de duración al mínimo posible. Ante la probabilidad cierta de aparición de un trastorno o enfermedad se actué evitando o paliando sus efectos sobre un niño concreto (op, cit), es decir, se orienta al diagnóstico temprano en estados precoces de enfermedad, para lo cual se emplean técnicas de identificación temprana como son: la amnioscopia, el registro del latido cardiaco fetal, la ecografía, la amiocentesis, la fetoscopia y la aspiración placentaria.

Es preciso realizar una detección precoz cuando el análisis genético de la pareja, la historia familiar, la edad de la madre, anteriores embarazos o condiciones personales así lo aconsejan. Esta detección precoz tiene la ventaja de proporcionar la información precisa para actuar sobre ello en consecuencia tomando las medidas más adecuadas con el tiempo necesario para preparar a los padres en el afrontamiento de este nacimiento y evitar su frustración, así como sentimientos ambivalentes. Además

se les proporciona la información que más tarde requerirán y se les pone en contacto con todo aquello que les será preciso.

Los especialistas de estimulación temprana remarcan la importancia y el papel decisivo que tiene el diagnóstico precoz para empezar sin pérdida de tiempo un programa eficaz de estimulación temprana.

El diagnóstico precoz suele incluir:

- 1) El examen neurológico en el que se observa el tono muscular y los reflejos posturales.
- 2) Examen sensorial
- 3) Utilización de una serie de pruebas psicológicas de desarrollo tales como: Denver, Gesell, Brazelton, Brunet-Lezine, entre otras.
- 4) Estudio y valoración por parte del pediatra a partir de los datos proporcionados por el Apgar, Silverman-Anderson, dips I, dips II, etc. la historia clínica completa del niño y la familia, exploración clínica.
- 5) Entrevista del psicólogo o psiquiatra con los padres
- 6) Visita del asistente social al domicilio del niño afectado.

Si el niño llega afectado meses después de su nacimiento se debe observar también el estado de desarrollo del lenguaje y su conducta global en relación con su madre, alimentación, juguetes, funciones fisiológicas y con otras personas, así como también el desarrollo de sus extremidades.

Por otra parte se entiende por prevención terciaria todo aquello que se hace con objeto de disminuir la incidencia de las incapacidades crónicas en una población procurando que la invalidez funcional, consecuencia de la enfermedad no emporen y el niño no se deteriore más.

Comprende todos los aspectos de rehabilitación o habilitación, así como los de integración y/o reinserción social. Es aquí donde se ubican plenamente las técnicas de estimulación temprana (op. cit).

Para poder dar inicio a un tratamiento de estimulación temprana se siguen los siguientes pasos:

Detección del niño afectado, acogerlos a él y a su familia, explicarles que es la estimulación temprana y recoger sus inquietudes ante la problemática planteada. una vez valorado el caso se confirma El diagnóstico del niño y se acuerda un programa de entrenamiento considerando las peticiones de la familia, las necesidades reales tanto del niño como de su familia y las posibilidades que tiene el propio grupo de profesionales involucrados en el caso.

La participación del psicólogo dentro de estos tres niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria), es primordial debido a la gran demanda de personas que requieren rehabilitación y por lo tanto la realización de programas para la prevención del retardo, camino a través del cual el psicólogo puede participar en la detección temprana del retardo en el desarrollo (prevención secundaria). Esta acción preventiva de acuerdo con Ribes (1975, citado en Ruiz y Vaquero, 1984), se concentra en la manipulación ambiental para atacar el retardo, dado a que los principales determinantes ambientales son:

- A) Carencia de reforzamiento positivo
- B) Reforzamiento de conductas inadecuadas
- C) Empleo inadecuado de estimulación aversiva.

Desde el punto de vista conductual, la prevención del retardo abarca dos tareas básicas:

- * El diseño de ambientes institucionales educativos y de trabajo
- * El adiestramiento a profesionales y no profesionales en la ciencia del comportamiento (médicos, enfermeras, educadoras y miembros de la familia), ya que la tarea preventiva debe ser una acción comunitaria. Sin embargo existen dos problemas para la prevención del retardo en América latina:

- 1) No se acepta la participación del psicólogo como especialista del comportamiento.
- 2) La dificultad para hacer participar a los diferentes sectores de la población dentro de un programa de prevención. Lo lamentable es que el psicólogo esta capacitado para diseñar la tecnología de evaluación del retardo conductual y llevarla a cabo, observando los resultados progresivamente y en forma objetiva y ajustándose a una metodología específica, capacitando a los paraprofesionales y no profesionales en el empleo de dicha tecnología para que así puedan ampliarla, no obstante no debe

dejarse del lado la participación de otros profesionales de la salud en la prevención del retardo tales como: enfermeras, educadoras, trabajadoras sociales, médicos, entre otros(trabajo multidisciplinario), estos últimos contribuyen a situar al organismo retardado (deterioro orgánico)a las condiciones físicas óptimas para que el psicólogo pueda plantear y establecer el proceso de aprendizaje adecuado al medio del infante. Sobre todo manejar las variables del ambiente del niño como son: los estímulos apropiados que debe recibir de acuerdo a su desarrollo y el entrenamiento a los padres para el manejo pertinente y constante en las áreas de comportamiento cognoscitivo, social y motor. Ya que aun en los casos en que existen impedimentos orgánicos estos no obstaculizan que la conducta este en función de sus consecuencias, pudiéndose modificar parcialmente mediante la manipulación ambiental.

Bayes (1979, citado en Ruiz y Vaquero, 1984), hace hincapié en que el psicólogo puede participar activamente y asimismo colaborar con las medidas de acción preventiva a través de:

- 1) Sus conocimientos acerca de las leyes naturales del comportamiento
- 2) Definiendo objetivamente los comportamientos considerados como retardados o deficientes
- 3) Identificando las variables ambientales que influyen en el comportamiento específico de que se trate. Saber introducir las variables pertinentes para modificar el comportamiento
- 4) Tener bien claro que los objetivos conductuales que se pretenden lograr a través de la secuenciación de programas que estén en función de los datos obtenidos.
- 5) Publicando los resultados obtenidos para que lleguen a otros profesionales, los repliquen y pueda comprobarse el conocimiento.

La labor del psicólogo también es trascendental en el preescolar ya que trata de brindar al pequeño los medios adecuados para que desarrolle sus capacidades y organice correctamente sus experiencias en un plano educativo y de acuerdo a los objetivos propios de la etapa preescolar, en combinación con el maestro y el educador. Así la labor del psicólogo en este campo debe ser eminentemente preventiva, por lo que no debe limitarse a: dar las bases de un medio estimulante para satisfacer las necesidades del niño, ejercer una atención individual para llevar un control del desarrollo

de cada niño que permita detectar tempranamente posibles alteraciones que evolucionen y deterioren su integración social.

Su labor debe ir más allá de las tareas individuales y dirigir sus objetivos hacia las familias, educadoras y maestras.

Las principales alternativas que se visualizan dentro de la prevención son:

- El trabajo multidisciplinario,
- El trabajo comunitario
- La Desprofesionalización, estas a su vez se dirigen hacia la prevención primaria, secundaria y terciaria.

Cada una de las alternativas incluyen actividades específicas dependiendo del momento en que van a ser efectuadas.

Alternativas a primer nivel

*Programas de entrenamiento a profesionales, como el médico, pediatra, psiquiatra, gineco-obstetra, pedagogo y psicólogo sobre la elaboración, programación y evaluación de proyectos de prevención primaria tanto en la investigación como en la aplicación misma de los programas, requiriendo cada uno de ellos un entrenamiento específico sobre sus conocimientos y papel que desempeñara dentro del programa.

En el caso específico del psicólogo, es necesario que adquiriera conocimientos sobre los factores de riesgo preconceptionales, durante el embarazo, en el parto, después del parto y sobre el desarrollo físico y psicológico del niño, de tal forma que pueda colaborar en los programas de prevención primaria con las futuras madres con el propósito de crear y complementar conjuntamente con él médico un embarazo saludable y consecuentemente un parto sin alteraciones.

*Programas de entrenamiento a no-profesionales, donde el psicólogo en conjunto con un grupo multidisciplinario proporcionen capacitación a los maestros, trabajadoras sociales y educadoras para que funjan como instructores a la transmisión de la información de los contenidos teóricos sobre las

alteraciones prenatales, perinatales y posnatales, nutricionales, enfermedades congénitas, embarazos de alto riesgo, medidas preconceptionales, enfermedades infecciosas, evolución del niño, estimulación adecuada a la edad, manejo de contingencias.

Estas actividades pueden ser organizadas por el psicólogo, quien se encargaría de la ordenación de grupos en las diferentes comunidades, de la motivación, de la evaluación y programación de los cursos, adaptándolos al lenguaje y al contexto social propio de cada caso.

Estas alternativas tendrían mayor efectividad si se difunden a través de: trabajo comunitario, por medio de programas de información sobre los factores obstétricos y ambientales que afectan el desarrollo del niño, así como lo necesario para el cuidado del niño, nutrición, vacunación.

La creación de centros educativos de estimulación temprana en zonas urbanas, rurales y marginadas para todos los niños de 0 a 6 años, independientemente de que presenten o no alteraciones en su desarrollo, es decir, que necesiten o no la estimulación temprana. Con esta alternativa se ampliaría la cantidad de poblaciones beneficiadas y consecuentemente la disminución en el número de niños con problemas de retardo.

Alternativas a segundo nivel

*Programas de entrenamiento al médico, psicólogo y a los maestros sobre el conocimiento y manejo de los conceptos y técnicas de estimulación temprana, para que una vez adquiridos los transmitan a los padres.

El psicólogo puede elaborar una evaluación objetiva para la valoración que se requiere del lactante y preescolar a través de la estructuración de categorías conductuales específicos al desarrollo del niño, diseñando actividades fundamentales en objetivos específicos, además del control metodológico y sistemático en el área que esta capacitado.

*programas de entrenamiento a paraprofesionales para que sean capaces de realizar las actividades de los profesionales en cuanto a la aplicación de los programas de estimulación temprana, de los repertorios conductuales deficientes presentados por los niños.

Y desde luego el entrenamiento a padres por parte del psicólogo con el propósito de lograr un trabajo estable y continuo en los centros educativos, aplicando las técnicas de estimulación temprana y creando actividades acordes a la realidad social, a las exigencias del niño con retardo y a los recursos humanos y económicos existentes y sobre todo detectar tempranamente los déficits del desarrollo. estas personas estaría supervisadas por el paraprofesional o paraprofesional responsable.

Alternativas a tercer nivel

Una vez presentado el problema de retardo en el desarrollo se manifiesta el problema de la rehabilitación.

*Programas de entrenamiento a padres proporcionados por el psicólogo quien suministra y capacita en el método y técnicas adecuadas para la rehabilitación del niño dentro de su ambiente natural.

*La creación de centros de rehabilitación rurales y urbanos que estén a cargo de los miembros de cada comunidad específica supervisados por los profesionales o paraprofesionales. dentro de estos centros se deberán integrar programas de estimulación temprana para preescolares de riesgo establecido de acuerdo con Tjossem (1981), el riesgo establecido comprende aquellos casos con problemas de tipo biológico congénitos o adquiridos que repercuten sobre la estructura y desarrollo del S.N.C, manifestando diferentes grados de retardo en el desarrollo con el propósito de aminorar al daño existente.

Una vez que se ha hecho notar la importancia de la prevención dentro del desarrollo infantil, es necesario que abordemos las teorías que intentan explicarlo, entre las más conocidas están: el enfoque genético, teorías del aprendizaje, teoría psicoanalítica, teoría cognoscitiva y la teoría de los niveles armónicos del desarrollo actualmente en boga en argentina.

EL ENFOQUE GENÉTICO

El estudio de la biología del desarrollo infantil, se fundamenta en los principios sobre la evolución natural de las especies de Carlos Darwin, basados en la manifiesta sobrevivencia de aquellos organismos mejor adaptados a las condiciones ambientales en que nacieron por casualidad.

Bajo la influencia Darwineana g. Stanley hall (1891 citado en Lipsitt 1985), noto la calidad "primitiva" de los contenidos de la mente de los niños y sus instintos aparentemente animales previos a la socialización, fue así que expresó lo siguiente: la filogenia es recapitulada por la ontogenia" (es decir, que durante su desarrollo cada niño repite la evolución de las especies). Es por esto, que la proposición básica de las teorías biológicas del desarrollo consiste en que tanto nuestros patrones comunes de desarrollo como nuestras tendencias individuales únicas del comportamiento están ya programadas en el código genético, de ahí que Arnold Gesell (1925), representante de este enfoque llevaba consigo la idea preconcebida de que las tendencias innatas hacia el desarrollo óptimo fijan (controlan) la tasa de crecimiento y aprendizaje en cada niño, en lo cual apenas intervienen (para bien o para mal) las circunstancias ambientales: la aceleración del desarrollo es normalmente una característica biológica inherente al individuo y con mayor probabilidad es de naturaleza hereditaria. No existe prueba convincente de que la aceleración fundamental del desarrollo pueda ser inducida con facilidad mediante métodos perniciosos o precisos de estimulación (Gesell, 1928, citado en Lipsitt, 1985).

El concepto central de su teoría es la maduración que puede definirse como: "patrones de cambio internamente determinados que se van desarrollando con la edad y son relativamente independientes de influencias externas". De lo anterior no debe pensarse que Gesell no creía en la eficacia de los factores ambientales para determinar el desarrollo conductual o emocional. Al contrario, siendo interaccionista, sostenía que el conjunto heredado o constitucional de respuestas del infante es la materia prima de la cual se forman nuevos adelantos en el desarrollo, esto es, los patrones maduracionales no son inmunes a la influencia ambiental (Lipsitt, 1985)

El enfoque de Gesell era "conductista" dado que sus observaciones versaban sobre la conducta. En algunos casos llama la atención sobre la conducta instigada por situaciones estimuladoras específicas (las cuestiones del test del desarrollo de Gesell), y en otros casos repara en la conducta que sucede muy naturalmente a lo largo de la vida del individuo. Su método consistía en efectuar observaciones confiables o repetibles sobre la conducta, y luego en explicar dicha conducta en función de las condiciones o causas antecedentes que parecían haberla estimulado. Las causas

estaban principalmente relacionadas con la madurez, aunque apoyos ambientales ayudaban al crecimiento y desarrollo.

Gesell piensa que los niños ascienden con energía constante los escalones del desarrollo con el propósito de alcanzar el estado de madurez definitivo al que fueron destinados en virtud de su dotación genética.

Por lo tanto el desarrollo implica el dominio de una sucesión de fases, de modo tal que una fase mayor de madurez no puede alcanzarse mientras no se haya atravesado por una fase de madurez menor. Con base en sus observaciones sobre el encadenamiento de la conducta durante el desarrollo (por ejemplo la casi invariable aparición de movimientos de desplazamiento y luego de la marcha a gatas antes de que el niño se ponga de pie y camine), Gesell compuso una serie de "principios" que, según él, funcionan en todos los niños y que él consideró como "causas" de tendencias de la conducta. El principio de dirección de desarrollo estaba ejemplificado por el hecho de que el cambio de la conducta parecía proceder "cefalocaudalmente" (de la cabeza a los pies) y "proximocercanamente" (del torso hacia afuera, a las extremidades).

Su principio de entrelazamiento recíproco, se encaminaba a honrar a los graduales afinamientos vistos durante el desarrollo de la mecánica de las acciones de los músculos de acción opuesta. Para él las fluctuaciones de dominio, durante el desarrollo entre flexores y extensores, significaba una intrincada labor a punto de cruz o un enmarañado entrelazamiento que organiza sistemas musculares dentro de relaciones de madurez recíprocas y crecientes (Gesell, 1928, citado en op, cit).

De modo similar, los principios de asimetría funcional, maduración individuante y fluctuación autorreguladora sirvieron a Gesell, en esencia, como encabezamiento para organizar comportamientos observados. Su explicación consistía en mostrar que las observaciones se armonizan para formar un patrón coherente y organizado de hechos.

Por tanto se considera que explica la conducta aquel principio que organiza la conducta observada. Para Gesell los estímulos de la conducta proceden de "dentro" y en este sentido sigue la tradición de la filosofía de Rousseau, quien pensaba que la terquedad y la "pasión de dominio" constituían los medios que impulsan a los niños a explorar el medio ambiente, a aprender acerca de este y a resolver problemas.

Resumiendo lo anterior, las proposiciones básicas de las teorías biológicas del desarrollo son:

(1) cada individuo nace con "instrucciones" programadas genéticamente que rigen ambas secuencias de desarrollo comunes a todos los seres humanos (patrones maduracionales) y los patrones únicos.

(2) la expresión de estos códigos genéticos no es inmune a la influencia ambiental: se requiere de un ambiente con un apoyo mínimo para el desenvolvimiento normal de las secuencias maduracionales y los patrones genéticos individuales pueden, a su vez, ser influidos por una experiencia específica. Pero el código genético actúa normalmente como un poderoso modelo de conducta.

(3) los patrones individuales únicos, como el temperamento u otras cualidades, no solo actúan sobre la forma en que un niño o un adulto se relaciona con las personas o los objetos, sino que también determinan la respuesta de otras personas hacia ese niño o adulto. Así el patrón genético actúa sobre el ambiente y viceversa.

TEORÍAS DEL APRENDIZAJE

La perspectiva mecanicista considera a los individuos como seres respondientes más que como personas que toman iniciativas. Ve el desarrollo humano como la respuesta a los eventos del medio, ignorando el propósito, el deseo, la inteligencia y las fuerzas inconscientes.

De acuerdo con esto si identificamos las influencias importantes en el medio ambiente de una persona podemos predecir como reaccionará.

Los teóricos mecanicistas ven el cambio como algo cuantitativo que permite la predicción de conductas posteriores a partir de las primeras. (Papalia, 1985).

Partidarios de esta perspectiva tales como R. Sears, S. Bijou, D. Baer y R. Bandura centraron su atención en el desarrollo del niño. Ellos creen que el comportamiento de todos los seres humanos está gobernado por leyes del aprendizaje y que el desarrollo también obedece a dichas leyes. Sostienen que los seres humanos aprenden sobre el mundo igual que otros animales: reaccionando a los aspectos del ambiente que encuentran placenteros, dolorosos o amenazantes. Los partidarios de la teoría del aprendizaje insisten en que las reglas del aprendizaje permanecen idénticas a lo largo de la vida y que aunque el comportamiento cambie, no hay secuencias fijas en tales cambios.

La teoría del aprendizaje social, de R. Bandura, sobre la teoría del aprendizaje tradicional incluye su reconocimiento del papel activo que la gente desempeña en su propio aprendizaje y de las influencias cognoscitivas sobre la conducta. Los niños ven las conductas, abstraen las partes que parezcan útiles y las unen en formas nuevas y únicas. La conducta específica que imitan los niños depende de lo que se presenta y se valora en su conducta.

TEORÍA PSICOANALÍTICA

S. Freud se interesó en el estudio del desarrollo con el fin de explicar el funcionamiento anormal en el adulto. Para Freud el desarrollo de la personalidad era el proceso central; creía que este obedecía a las reglas de un estatuto fijo de desarrollo con etapas originadas en parte por cambios madurativos del cuerpo. Consideraba que la secuencia de las etapas era la misma para todos los niños, pero la clase de trato que el niño recibía en cada etapa y en especial la clase de relaciones con la madre que desarrollaba en cada una determinarían la personalidad adulta sana o con conflictos y disturbios graves. Por lo tanto, el centro de interés de Freud era las interacciones de las necesidades y deseos del niño y las relaciones con la madre y otros adultos (Bec, 1978)

Erikson modificó y amplió la teoría de Freud, haciendo énfasis en la influencia de la sociedad sobre la personalidad en desarrollo.

Erikson especificó la existencia de 8 fases del desarrollo, desde el nacimiento hasta la vejez, sugiriendo que en cada etapa se encuentra un conflicto interpersonal o emocional por resolver. Lo que

se desarrolla depende del tipo de relación que lleve el niño con la madre y otros adultos, de lo previsible de su mundo y del afecto que reciba de él.

Si la persona se ajusta a las exigencias de cada crisis, él yo se desarrollará hacia la siguiente, si una crisis no es resuelta satisfactoriamente, la persona continuará luchando con ella y ésta interferirá con el desarrollo saludable del yo.

TEORÍA COGNOSCITIVA

Jean Piaget fue el personaje central de esta teoría aunque muchos otros psicólogos contribuyeron a su formación, como por ejemplo: H. Werner, L.S. Vygotsky, Bruner, B.Inhelder, J.Flavell y J.Kagan.

Desde esta perspectiva se considera al individuo como un organismo con motivaciones propias y propósitos internos que estimula su desarrollo a través de sus propios actos. El cambio se da de dentro hacia afuera a partir de motivaciones internas y no de influencias externas. Los organicistas están más interesados en el cómo una persona llega a crear ciertas cosas y a actuar de determinada forma que en los detalles específicos del pensamiento o conducta de ésta.

Se describe el desarrollo como algo que ocurre en una secuencia de etapas diferentes, cada una de las cuales constituye un cambio cualitativo de un tipo de pensamiento o conducta a otra. Cada etapa se erige sobre la anterior y se convierte en el cimiento de la siguiente.

Cada una de ellas tiene muchas facetas y toda la gente las atraviesa en el mismo orden aunque el tiempo varíe de una persona a otra.

Las experiencias de la vida no son la causa básica del desarrollo sino un factor que puede acelerarlo o demorarlo. (Papalia, 1985).

Para Piaget el núcleo de la conducta inteligente es una habilidad innata para adaptarse al medio ambiente. A partir de sus capacidades los niños aprenden de la experiencia y desarrollan estructuras cognitivas más complejas. Ocurre mediante un proceso de dos pasos para recibir nueva información sobre el mundo y cambiar las ideas propias e incluir el nuevo conocimiento a través de

tres principios interrelacionados conocidos como invariantes funcionales. Se heredan, funcionan en todas las etapas del desarrollo y afectan todas las interacciones con el medio ambiente. Estos principios son la organización, la adaptación y el equilibrio.

La organización incluye la integración de esquemas en un sistema de orden superior.

La adaptación incluye el tomar nueva información sobre el mundo y cambiar las ideas propias para incorporarla. Se refiere a los procesos complementarios de asimilación, utilizando esquemas anteriores para tratar con nuevos enfoques y situaciones, y acomodación modificando esquemas anteriores para tratar con nuevos objetos y situaciones.

El equilibrio es el esfuerzo constante por encontrar el punto medio, un estado de balance entre el niño y el mundo exterior y entre las estructuras cognoscitivas propias del niño (op, cit).

TEORÍA DE LOS NIVELES ARMÓNICOS DEL DESARROLLO INFANTIL

Esta teoría parte del objetivo de llegar a esquematizar unos patrones de valoración que no limiten ni reduzcan al propio proceso de desarrollo, sino que lo abarquen en toda su dimensión. No se trata de buscar un sistema de medida y luego elaborar una concepción de desarrollo que se adapte a este sistema.

El punto de partida es una concepción del desarrollo, la meta, llegar a elaborar un sistema que permita conocerlo y evaluarlo.

Las premisas son las siguientes:

1. -El desarrollo es un proceso que se produce a lo largo del tiempo y como consecuencia de la acción de un estímulo adecuado sobre un receptor idóneo. Los estímulos provienen del ambiente que rodea al niño. El receptor es su cerebro y todas las estructuras nerviosas sensibles a dichos estímulos, capaces de excitarse y modificarse con su presencia.
2. -El tiempo necesario para que este proceso de desarrollo tenga lugar es distinto para cada niño, aunque a veces las diferencias son tan pequeñas que al valorar grandes grupos podemos deducir un

tiempo normal. Partimos de la base de que es más importante la plenitud o armonía del desarrollo alcanzado que el tiempo invertido para lograrlo.

3. -La influencia del proyecto genético resulta indiscutible. Tanto en la calidad de desarrollo como en el ritmo de realización.
4. -El desarrollo es un proceso dependiente de la cantidad, la calidad y la adecuación de los estímulos al receptor en el que estos inciden. Los estímulos sólo pueden ser integrados y calificados en función del estado (receptividad) del receptor.
5. -El desarrollo del niño es la resultante del proyecto genético, la circunstancia proposicional del receptor y la calidad de los estímulos (tanto de la calidad fisicoquímica como de los contenidos de dichos estímulos).

Esta teoría nace de un estudio bidireccional del desarrollo. Toma en cuenta que el desarrollo se debe a un conjunto de cambios cuantitativos y cualitativos cuyo estudio no puede limitarse a una visión parcializada de cualquier rama de la ciencia o del conocimiento humano. En la vida real, el niño es una unidad indivisible. Primero debemos conocer esta unidad con una visión interdisciplinaria. Solo así podremos llegar a medirlo y a intervenir en él sin alterar la dinámica de equilibrio del propio proceso.

El proceso de desarrollo básico sigue la ley de armonía. Y es un proceso, que en sus bases, es común a cualquier ser humano, independientemente de las influencias culturales propias de cada país o etnia.

Los mecanismos de funcionamiento del niño y el adulto son distintos. Por este motivo signos y síntomas iguales o muy parecidos pueden tener explicaciones absolutamente diferentes en uno y otro caso. Del mismo modo que problemas similares deben ser abordados en forma distinta.

El desarrollo es una función de funciones. En el que todos los factores se implican constantemente en los distintos planos de armonía, y es una función progresiva, en la que los logros de cada nivel, intervienen directamente en los niveles posteriores alcanzados.

De manera similar a la concepción Piagetana esta teoría se esquematiza por etapas y niveles que se suceden en forma armónica independientemente del paso del tiempo. También a partir de una serie de parámetros básicos que incluyen los signos y síntomas que definen el desarrollo armónico o disarmónico (signos de alerta y signos de alarma), contemplando los múltiples factores biológicos, neuromadurativos, psicoafectivos y de aprendizaje que inciden en este proceso, más allá de la simple concepción de la maduración cognoscitiva del niño.

A modo de esquema podríamos representarla como una tabla de doble entrada en la que por un lado valoramos los parámetros fundamentales del desarrollo, y por otro, los niveles que, a su vez se agrupan en etapas.

Llamamos parámetros a cada uno de los pilares fundamentales del desarrollo del niño. En cada uno de estos se esquematizan un conjunto de funciones básicas y, a su vez, cada parámetro depende de todas las funciones relacionadas. Los parámetros fundamentales son:

1. -Las ratios del desarrollo
2. -El tono muscular
3. -La respuesta motora (simple y coordinada)
4. -La percepción
5. -La corporeidad
6. -El ritmo, el control y la inhibición
7. -El lenguaje. Estructura del pensamiento
8. -La comunicación. Afectividad. Personalidad
9. -La adaptación

La teoría de los niveles armónicos del desarrollo comprende diecisiete niveles e incluye todos los procesos de cambio y maduración que tienen lugar desde el mismo momento en el que el niño nace hasta la etapa puberal, momento en el que se completa el proceso de lateralización cerebral.

Estos diecisiete niveles se agrupan en cinco grandes etapas:

Etapa	niveles
Neonatal	I, II y III
Suelo	IV, V, VI, VII y VIII
Bipedestación	IX, X y XI
Monopedestación	XII, XIII y XIV
Lateralización	XV, XVI y VII

La teoría de los niveles armónicos del desarrollo constituye un sistema ordenado de distintos planos o niveles de armonía basados en la conjunción de las modificaciones de todos y cada uno de los parámetros que intervienen en él.

El objetivo final del proceso de desarrollo es: **Alcanzar la realización máxima y armónica del proyecto genético**

COMPARACIÓN DE LAS TEORÍAS: ASPECTOS QUE LAS DISTINGUEN

Cada una de las cinco teorías que se han revisado son particularmente útiles para explicar algunas facetas del desarrollo. Las cinco son correctas e incluso podrían llegar a complementarse, pero dado que establecen proposiciones básicas muy distintas entre ellas acerca de la naturaleza y forma de desarrollo es conveniente compararlas en algunos aspectos tales como:

La motivación para el desarrollo que para algunas teorías puede ser de tipo intrínseco, mientras que para otras resulta ser extrínseco. Por ejemplo: los teóricos del aprendizaje por lo regular consideran la motivación extrínseca como la fuente del cambio conductual. No suponen ninguna fuerza o motivo interno. A diferencia de estos los teóricos psicoanalíticos, del desarrollo cognoscitivo, biológico y aquellos que se inclinan por la teoría de los niveles armónicos del desarrollo consideran que la principal fuerza motivadora para el cambio del desarrollo es de origen interno.

Otro de los aspectos en que difieren las teorías; se refiere a los factores que influyen en el desarrollo. Casi todas las teorías acerca del desarrollo están de acuerdo en que éste es un resultado tanto de las influencias biológicas como ambientales y de la interacción de las dos. Pero los diversos grupos teóricos centran su interés en diferentes elementos.

En el caso de los teóricos biológicos y de la teoría de los niveles armónicos de desarrollo tanto los patrones genéticos únicos como los cambios físicos que se presentan a lo largo de la vida, son elementos esenciales; para los teóricos del aprendizaje, las contingencias y modelos de reforzamiento en el ambiente parecen ser el elemento más importante.

Por otra parte, la teoría del desarrollo cognoscitivo hace énfasis en la interacción del niño con sus capacidades innatas y el medio ambiente, para los teóricos psicoanalíticos los instintos innatos conforman la conducta, pero el ambiente también opera un efecto significativo.

Un tercer aspecto que distingue a la teoría es el problema de la naturaleza del cambio mismo en el desarrollo. Para algunos teóricos éste cambio es de tipo cualitativo mientras que para otros este cambio es cuantitativo. Por ejemplo; tanto los teóricos psicoanalíticos como los del desarrollo cognoscitivo ven el desarrollo como una larga serie de cambios cualitativos, a diferencia de estos los teóricos del aprendizaje consideran estos cambios esencialmente cuantitativos.

Por otra parte los teóricos biológicos y los ecologistas (teoría de los niveles armónicos de desarrollo) consideran que la naturaleza del cambio en el desarrollo en tanto cualitativa como cuantitativa.

Otro punto en el que difieren las teorías es si existen etapas o secuencias en el curso del desarrollo o no hay etapas en absoluto, siendo el desarrollo un proceso continuo que no conoce pasos o etapas distintas. A este respecto los teóricos de la maduración señalan que hay etapas o pasos basados en la programación biológica. La teoría de Freud presenta también etapas secuenciales y parcialmente jerárquicas, para Piaget y otros teóricos del desarrollo cognoscitivo la evolución del niño sigue una secuencia específica, en la que cada paso fluye lógicamente según los pasos que se dieron antes. No se puede cambiar el orden y no se puede pasar al siguiente paso o etapa hasta que se haya dominado el anterior. Por el contrario para los teóricos del aprendizaje no hay ninguna etapa.

Un último aspecto importante con base en el cual pueden compararse las distintas teorías es el problema de la congruencia en la conducta individual a lo largo del curso de la vida. Los teóricos

biológicos y los ecologistas sostienen que las tendencias conductuales heredadas continúan manifestándose de manera muy parecida durante toda la vida. Los teóricos psicoanalíticos establecen también una congruencia individual a lo largo de la vida, debido a que en las primeras etapas se forman nuestros patrones de conducta. Los teóricos del aprendizaje indican que puede encontrarse congruencia o incongruencia, dependiendo de que si las contingencias de reforzamiento a las que se enfrenta un individuo siguen siendo las mismas o cambian. Finalmente para los teóricos del desarrollo cognoscitivo este aspecto no tiene mucha relevancia, para ellos todos cambiamos sistemáticamente con la edad, no se plantean la cuestión de si existen diferencias o congruencias individuales superpuestas en el patrón de desarrollo básico.

4.4 Trabajos Conjuntos entre Psicología y Pediatría

Debido a la estrecha relación que ha surgido entre la psicología y la pediatría en los últimos años se han realizado numerosas investigaciones de manera conjunta entre estas dos áreas de conocimiento, entre ellas destacan el trabajo realizado con infantes que padecen diabetes mellitus. El papel del psicólogo en este caso es entre otras cosas ayudar al paciente y a la familia a manejar la enfermedad orientándolos sobre el programa que debe seguir y como ir evaluándolo, para lograr esto el psicólogo tiene que hacer una evaluación de la relación marital, la relación con los otros hijos si los hay, con respecto al que padece la enfermedad, así como la relación entre los hermanos, los patrones de interacción y comunicación de todos los miembros de la familia, para así determinar si es adecuado llevar a cabo una terapia familiar, la cual es empleada cuando el niño enfermo juega un papel determinante en los patrones de comunicación familiar. El psicólogo también puede ayudar al médico en el desarrollo de mejores caminos para medir las variables cognitivas y conductuales que influyen en el estado de salud del paciente.

Otros trabajos que se han realizado conjuntamente entre estas dos áreas han sido con niños que han sufrido algún tipo de abuso sexual o físico. Estas investigaciones ponen mayor énfasis sobre las secuelas emocionales más que sobre el trauma físico que ocasiona el evento en sí mismo, por lo tanto el papel del psicólogo es de suma importancia

en estos casos y consiste básicamente en preparar al niño para que testifique en la audiencia e investiga causas y consecuencias del abuso infantil, así como las características que lo rodean, intentando evitar nuevos episodios de abuso. Además de que trata de minimizar los daños psicológicos en otras circunstancias de la vida del niño.

También se ha trabajado conjuntamente con niños que han sufrido algún accidente perjudicial para su salud. Estas investigaciones sugieren que la tasa de accidentes varía de acuerdo a una o más características del ambiente social y físico del niño, lo que da la pauta para que el psicólogo en estos casos introduzca aproximaciones conductuales en la prevención de accidentes infantiles tales como la guía anticipatoria, la cual es usada para marcar periodos y eventos de riesgo, de los cuales los padres deben estar alertas, por lo que deben recibir apoyo educacional con respecto a esto. Otra técnica es el modelamiento conductual, por medio del cual al niño se le da la oportunidad de observar conductas de seguridad a través de la televisión o de la exposición en vivo (Bandura, 1971, citado por Routh, 1994). Finalmente se utilizan los castigos y las recompensas como consecuencias de algún evento. Christophersen (1977, 1982, citado por Routh, 1994), muestra que ambos tanto castigos como recompensas al combinarse incrementan las conductas seguras.

Por otra parte también se han realizado investigaciones acerca de los factores psicológicos y sociales en niños con cáncer. En estos casos el psicólogo debe tener habilidades para ayudar a enfrentar el impacto del cáncer sobre la familia, intentando proveer servicio y confort. Además los psicólogos involucrados con estos pacientes deben continuamente evaluar las posibles causas de las conductas observadas en los hermanos de un niño con cáncer y no dar por hecho que siempre están relacionadas con la enfermedad.

En estos casos los psicólogos pediatras han comenzado a involucrarse en las evaluaciones neuropsicológicas, emocionales, conductuales y educacionales. La información es integrada dentro de un perfil psicológico de los pacientes y de la familia.

Muchas familias con experiencia de niños con cáncer son recibidas con una evaluación e intervención psicológicas porque hay una situación compleja de máximo estrés. Una comunicación

abierta y honesta a través de los miembros de la familia es esencial para proveer un ajuste familiar. (Futterman y Holfman, 1973; Koocher y O'Malley, 1981; Schulman y Kupst, 1980, citados por op.cit.) Aunque la comunicación abierta con el niño con cáncer acerca de las realidades de la potencial muerte no es fácil. Spinetta, 1980, (citado por op.cit), sugiere 5 prerrequisitos para lograr esta comunicación dentro de un manejo psicológico: (1)entendimiento del punto de vista y filosofía de los padres acerca de la muerte, (2) entendimiento de la respuesta emocional de los padres hacia la muerte, (3) apreciación de la concepción que el niño tiene acerca de la enfermedad y la muerte en general, (4) apreciación de la manera en la cual la familia enfrenta las situaciones de máximo estrés, (5) apreciación de que las respuestas del niño hacia la amenaza para su vida dependen de como se le da la información y no del contenido de la misma.

Los psicólogos también han utilizado la hipnoterapia en niños con esta enfermedad, ya que están continuamente expuestos a procedimientos médicos aversivos y dolorosos y a menudo desarrollan respuestas de ansiedad ante estos procedimientos. En adultos el control de la ansiedad y el dolor se ha concentrado en procedimientos tales como hipnosis con guía imaginaria, relajación muscular progresiva con guía imaginaria, entrenamiento en biofeedback y desensibilización sistemática. El psicólogo involucrado con pacientes oncológicos pediátricos funciona como evaluador, transmisor de información y terapeuta de ambos el niño y la familia, también puede proveer información educacional acerca de las conductas comunes de los niños con cáncer y de los problemas que pueden experimentar en la escuela.

También se ha trabajado en casos de enfermedades crónicas pediátricas:

Hemofilia y Espina Bífida como ejemplos. En casos de hemofilia los psicólogos llevan a cabo la intervención a corto plazo, el objetivo de esto es mejorar la autorregulación dentro de los programas de intervención psicológica, lo que facilita la administración del tratamiento médico en el hogar por parte de los padres y consecuentemente disminuye la frecuencia de los episodios sangrientos también la autohipnosis ha sido enseñada a los hemofílicos con resultados benéficos.

Más recientemente se han desarrollado alternativas a la terapia de grupo tradicional que tienden hacia la terapia a corto plazo, hacia metas directas y orientadas hacia la solución y soporte de los problemas (Saunders y Lamb, 1977 citados por Routh, 1994).

El papel del psicólogo también consiste en ayudar a los padres a manejar los problemas conductuales y psicológicos que surgen en el niño como resultado de la enfermedad, así como también intenta ayudar a los padres a reconocer sus propias reacciones ante la enfermedad y la muerte y a manejarlas apropiadamente.

Como alternativa a las terapias conductuales los psicólogos utilizan estrategias instruccionales, las cuales pueden influir para mejorar la adherencia, comprensión y la memoria del régimen de tratamiento, también han utilizado el aprendizaje observacional por parte de los padres de conductas modeladas.

Por lo que respecta al manejo del dolor se han reportado con éxito el uso de técnicas cognitivo- conductuales, la relajación progresiva muscular mediante respiraciones y guía imaginaria.

Espina bífida. En estos casos los psicólogos han utilizado técnicas Conductuales para tratar problemas tales como: déficits en las Habilidades de autoayuda, ambulación funcional, obesidad e incontinencia crónica.

También se han realizado trabajos de tesis en donde se manifiesta la relación existente entre la psicología y la pediatría en la universidad Complutense de Madrid, entre estos están:

*Tesis Titulada: La familia y su eficacia en los programas de intervención temprana con niños considerados de alto riesgo biológico, realizada por Saenz-Rico de Santiago, Belen (1996), en ella el plan de intervención propuesto se estructura en 4 fases, las cuales se estructuran de la siguiente manera:

1ª fase: entrevista familiar lo más próxima al ingreso de su hijo en la UCIN cuyo objetivo es el de entablar relación y confianza con los padres.

2º fase: entrevistas sucesivas durante el periodo de hospitalización de su hijo. El objetivo es el de contribuir formando a los padres para que ayuden a la conservación de la homeostasis fisiológica del bebe.

3º fase: preparación para el alta hospitalaria. Esta fase comenzara con una valoración psicopedagógica del niño una semana antes del alta medica, seguido de una entrevista familiar orientada a darles las pautas necesarias para que sepan interpretar los datos que su hijo necesita, así como ayudarles a reconocer las capacidades de su hijo. Posteriormente se facilitara el programa de intervención temprana diseñado, intentando generalizar las actividades propuestas con las actividades diarias del bebe, los ciclos de vigilia-sueño.

4º fase: seguimiento/intervención. Durante esta fase se realizaran controles a los tres meses, seis meses, nueve meses, 12 meses y 18 meses en los cuales se realizara una entrevista familiar, una valoración de desarrollo, nuevas orientaciones y pautas para el trimestre/semestre próximo y concluirá cada revisión con un envío domiciliario del programa de intervención temprana con cita previa.

Con los resultados alcanzados en esta investigación se puede afirmar la necesidad de intervenciones educativas tempranas, debido a la vulnerabilidad que presentan estos sujetos a padecer periodos críticos durante su desarrollo, que pueden desencadenar en procesos conducentes a déficits permanentes. El desarrollo madurativo del sujeto de alto riesgo biológico, puede ser interferido por factores de índole ambiental y sociocultural.

Se confirma la necesidad de apoyo psicológico y pedagógico para los padres de los niños nacidos de alto riesgo biológico tras el nacimiento de su hijo, por eso es necesario motivar y potenciar la presencia de los padres dentro de las unidades de cuidados intensivos neonatales durante el periodo de hospitalización de su hijo, obteniendo así una mejora de la interacción paterno-filial.

Otra tesis se titula: Modelo Psicológico en Atención Primaria: Protocolos de Valoración e Intervención en Niños de 0 a 2 años, realizada por la Dra. Margarita Vidal Lucena(1997). En este

trabajo se discute la eficacia de utilizar escalas o protocolos evolutivos en los servicios de pediatría como medio de detectar problemas

psicológicos en niños sanos y se propone la inclusión del psicólogo como profesional sanitario en el primer nivel de asistencia sanitaria.

Se propone un modelo psicológico en atención primaria con el objetivo de proporcionar la salud, prevenir, detectar e intervenir desviaciones en el desarrollo psicológico, por lo que se elaboraron protocolos de seguimiento psicológico que incluyan: motricidad, lenguaje, cognición, socialización, sexualidad, maltrato infantil y los signos de alarma que pueden servir para sospechar alteraciones en el desarrollo.

Se proponen tres tipos de actividades que pueden llevarse a cabo desde los centros de atención primaria:

-Seguimiento: niños sanos y niños sospechosos.

-Valoración: técnicas e instrumentos psicológicos adecuados al centro y al caso. Trabajar con protocolos de seguimiento. Utilizar factores de riesgo y protección para adecuar la valoración del curso normal del desarrollo

-Intervención: *Orientaciones generales

*Orientaciones específicas

*Sesión educativa

*Estimulación temprana a corto plazo

*Derivación

Otro trabajo de tesis es titulado: interacción temprana y procesos de mutua influencia, realizada por Cecilia Pérez- Domínguez Casariego(1996)

Dentro del marco psicológico de la interacción temprana, en esta investigación se trata el tema de las relaciones intersubjetivas, que se establecen entre los niños y sus figuras de crianza a través de los cuales se realizan los aprendizajes. Se pretende explorar su significación desde una concepción holística del desarrollo comunicativo infantil, prestando especial atención al hecho de

que la actividad humana, cuando es compartida, da pie a que los significados sociales, gracias al encuentro intersubjetivo entre los más pequeños y sus figuras de crianza.

Finalmente otro trabajo de tesis realizado a este respecto se titula: Evolución Neuro-Psicológica a Largo Plazo en la Edad Escolar de los Recién Nacidos con Peso al Nacimiento Inferior a los 1000 gramos, realizada por el Dr. Fernando Mulas Delgado (1993) en esta investigación se trata el tema de las deficiencias evolutivas más sutiles en los niños nacidos de bajo peso y que pueden afectar a distintos dominios de la ejecución en cuanto a resultados intelectuales, perceptivo-motores, psico-lingüístico, conductuales y escolares, para esto se realizaron distintas valoraciones neuro-psicológicas en diferentes edades. Se propone un modelo psicopedagógico que intente actuar tanto sobre el niño como sobre los padres. Este modelo tiene mayor riqueza en cuanto a los servicios que ofrece: información, detección, diagnóstico y tratamiento multidisciplinarios, orientación y apoyo familiar, coordinación de servicios sanitarios y sociales, apoyo y asesoramiento a centro de educación infantil para la correcta integración de los niños de riesgo.

Otros trabajos conjuntos entre la psicología y pediatría de atención primaria a la salud en México son los referentes a los aspectos perinatales y de la infancia. Como ejemplo esta el programa de atención integral Perinatal y el programa de estimulación psicomotora y fomento de la lecto- Escritura del programa de la maestría en salud en poblaciones del instituto Nacional de Salud Pública en Jalapa Veracruz. Este programa fue dividido en Tres grupos: lactantes, preescolares y escolares. En el primer grupo, el papel del psicólogo consistía en instruir a las madres respecto a la realización de actividades que integren las respuestas reflejas, características de esta etapa de desarrollo, a respuestas cada vez mas propositivas, las actividades para este grupo de edad se centran en la estimulación temprana en el área sensorial.

En los preescolares, la labor del psicólogo consistió en dar estimulación dirigida al desarrollo de las habilidades motoras, perceptuales y de socialización que son esperadas para su etapa de desarrollo y que lo preparan para su integración a experiencias fuera de su núcleo familiar. Finalmente las actividades con los niños en edad escolar tienen como objetivo se

produzcan las transformaciones de fomentar el uso adecuado del lenguaje oral y escrito como elemento fundamental de su formación escolar.

Un programa complementario para el grupo de niños de cinco y seis años de edad lo constituye el de estimulación afectiva y procesos de comunicación, cuyo objetivo es el de crear en el niño conciencia de sí mismo, fomentarle una autoimagen positiva y capacitarlo para relacionarse adecuadamente con los demás.

Otro programa realizado aquí en México es el de alojamiento conjunto madre-hijo e inicio de amamantamiento en un hospital de tercer nivel de atención, realizado por Cisneros-Silva, Flores-Huerta, Rosas-Gallegos, 1995. En él las actividades del psicólogo fueron: 1) reunir estrategias para desarrollar y Normar las actividades diarias, 2) capacitar en lactancia materna al personal del hospital, para difundir el programa y motivar al personal acerca de la importancia del amamantamiento para la salud de la madre y su hijo. 3) promover la adecuación del área física, colocando señalamientos y material de difusión del programa, 4) promover el amamantamiento

Entre las madres por medio de carteles y entregando el folleto "guía para la madre", así como dando diariamente sesiones grupales e individuales y 5) registrando diariamente el número de madres y niños que estuvieron o no en alojamiento conjunto, el tiempo transcurrido entre el nacimiento y el inicio del AC, la forma de alimentación, si se usaron sucedáneos de leche materna, si se suspendió el ac y la causa(s) atribuidas a la madre y/o al niño.

La realización de ambos dio la pauta para la creación y aplicación de un programa de estimulación temprana en un hospital de 2º nivel de atención realizado por las autoras de esta tesis, a partir de la captación de necesidades de la comunidad. La fundamentación teórica de este programa se expone en el siguiente capítulo.

CAPITULO V

5.1 ESTIMULACION TEMPRANA: ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La intervención temprana es un término relativamente nuevo, reconocido bajo diferentes denominaciones: estimulación temprana, educación infantil temprana, estimulación precoz y actualmente es reconocida bajo la denominación de estimulación psicomotriz o psicomotricidad educativa, término que nace de la concepción de educación vivenciada iniciada por André Lapierre y Bernard Auconturier que considera el movimiento como elemento insustituible en el Desarrollo psicomotriz se dirige a individuos sanos, trabajando con grupos en un ambiente enriquecido por elementos que estimulen el desarrollo a partir de la actividad motriz y el juego. Cuando se trabaja con individuos que presentan trastornos o retrasos en su evolución se le denomina reeducación psicomotricidad clínica, término que nace de los planteamientos de la neuropsiquiatría infantil francesa de principios de siglo y se desarrolla a partir de las ideas de Wallon, impulsadas por el equipo de Agurriguerra, Diatkine, Soubiran y Zazzo, que le dan el carácter clínico que actualmente tiene, se utiliza La vía corporal para el tratamiento. Sin embargo, se dice que esta técnica es tan antigua como la humanidad, procede desde que el primer niño fue alimentado y acariciado por su madre, no obstante la infancia como factor determinante en el desarrollo del individuo no era reconocida, hasta que se observó que una intervención en los primeros años de vida ayudaría a prevenir problemas específicos, tratándolos para evitar un daño potencial, por lo que ahora el desarrollo de la psicomotricidad educativa En México es un gran reto.

La psicomotricidad educativa se apoya en datos científicos y promueve un punto de vista mucho más serio de la educación. Es por esto que el programa de estimulación temprana de la UNICEF ha crecido, ya que en un principio alcanzó sólo a países del área Centroamericana y en la actualidad colabora en el establecimiento del servicio de estimulación temprana en diferentes países de América Latina, Estados Unidos, Europa y Asia, su objetivo fundamental es vincular, en lo posible a todos los países del mundo y extender la comunicación en beneficio de la población infantil.

ANTECEDENTES EN LOS ESTADOS UNIDOS

Métodos de Fröbel---Jardines de niños: propósito: brindar un ambiente óptimo para el Crecimiento y el desarrollo del niño. El interés de psicólogos y educadores influyó de tal modo que se logró el establecimiento de centros de investigación del desarrollo infantil en varios colegios y universidades especialmente en Iowa. Vassar y Yale (Sears y Dowlwy, 1963, citados en Ramirez-Mtz y Gómez- Romero, 1990). A fines de la década de los treinta, el gobierno federal Norteamericana proporcionó el primer subsidio directo para la estimulación temprana, surgiendo de ahí los centros escolares para los menores de 6 años. Hernández (1987, citado en op. cit), cita que inicialmente las investigaciones realizadas con relación a la estimulación temprana son encontraron dirigidas a los factores ambientales tempranos que influyen en el desarrollo. Bühler, 1940 estudia que los factores Psicológicos son los responsables de la vulnerabilidad de los infantes a las enfermedades.

Newman y cols, 1937 demuestran que las diferencias encontradas en gemelos univitalinos estuvieron en directa relación con la estimulación ambiental.

Skeels y asociados, 1938 investigan que los niños retardados mejoran su nivel intelectual Cuando se les proporciona afecto y mayor cantidad de estímulos; los "Estudios de Iowa", clásicos en la literatura de estimulación temprana demostraron que estos niños podrían integrarse exitosamente al llegar a la edad adulta.

Skeels, 1966; Bowlby, 1951, apoyan que el niño necesita un íntimo lazo afectivo con su madre y cuando carece de este se produce una serie de trastornos mentales severos y en algunos casos Irreversibles.

Goldfard, 1943 estableció que en la primera infancia la hospitalización, así como la estancia en orfanatos genera afectos irreversibles en la inteligencia y la personalidad esta puede alterarse severamente, produciendo conductas antisociales y aun psicosis (Montenegro, 1978, citado en op. cit)

Evans (1987), puntualiza que la educación temprana, llegó a ser sinónimo del término

educación compensatoria", educación para compensar carencias reales o aparentes en el ambiente general de muchos niños, basada en la hipótesis del déficit acumulativo, es decir, las diferencias en las experiencias provocan deficiencias en los ulteriores procesos del crecimiento, aprendizaje y el Desarrollo motivacional.

ANTECEDENTES EN EUROPA

En Europa hasta el siglo XVIII, la infancia terminaba demasiado pronto, a los niños de tres y cuatro años de edad se les consideraba como adultos en miniatura. Nuevas concepciones de la infancia fueron defendidas por Rousseau, la crianza y la educación infantiles debían ocurrir en un ambiente no punitivo seguro y abundante en experiencias, dentro del cual pudieran perseguirse los Intereses naturales del niño.

Después de que pensadores como Darwin, Hegel y Rosseau realizaron sus respectivas investigaciones, surgieron grandes reformas en las prácticas de crianza de los niños y en la educación Infantil. Pestalozzi y Fröbel fueron de los primeros en organizar escuelas para niños pequeños. Fröbel diseñó el primer método formal para la educación del niño, el kindergarden, y adiestro a profesores en el uso de este método. Poco después, en Italia, Montessori, creó su método basado en los sentidos para educar a niños pequeños de los estratos socioeconómicos bajos.

La teoría educativa de los principios del siglo XX se desarrolló alrededor de la controversia acerca de que era más importante en el proceso educativo: la naturaleza (herencia) o la educación (Ambiente). Esto junto con el movimiento de pruebas de inteligencia estimulado por el trabajo de Galton en Inglaterra y de Binet en Francia cobró mayores debates en las teorías sobre educación. La teoría de Piaget sobre el crecimiento y desarrollo tuvo un efecto profundo sobre la práctica reciente de la Educación Temprana. El juego en esta teoría es concebido como el eje principal con el que los niños aprenden y Adquieren conocimientos

ANTECEDENTES EN AMÉRICA LATINA

Hernández (1983), considera a la estimulación temprana como una técnica cuyos orígenes están relacionados con la prevención del retardo mental y de otros daños orgánicos cerebrales, su aplicación e incidencia se extiende a la totalidad de las prácticas de crianza y por lo mismo tiene

un impacto en las características de la sociedad constituyéndose como un área de prevención primaria en Salud y educación de extraordinarias potencialidades.

Bronfenbrenner (1974), señala que si en el primer año de vida se pone énfasis en la interacción de padres e hijos en forma estable y duradera, se favorecerá el desarrollo del niño también Hernández marca que el Dr. Cravioto y el Dr. Arrieta y cols. de 1973 a 1982, aplican la técnica de Estimulación temprana en áreas rurales de México con grupos de niños severamente desnutridos.

Por último Hernández evalúa a niños hospitalizados con la escala de Gesell después de Introducir un programa sistemático de estimulación cognoscitiva, emocional y de lenguaje. Obteniendo Resultados favorables tanto en el crecimiento físico, como en el retardo mental

En Uruguay durante 1963 y 1967 este tipo de programas es aplicado con niños con retraso Mental y alto riesgo.

Por otro lado en 1971 se inician diversos trabajos en el instituto venezolano para el desarrollo integral del niño, durante 1977 se crea un programa de estimulación temprana para ser Aplicado por los padres e inicia el programa de estimulación temprana para niños Down.

En este mismo año se crea el consejo operativo panameño de estimulación temprana, este y el instituto panameño de habilitación especial, producen el programa y el curriculum de Estimulación Temprana.

En México el primer intento de atención a niños menores de 6 años, nace en 1837 en un local del Mercado del volador. Posteriormente, en 1865, se crea "la casa de asilo de la infancia" y en 1867 se funda la "casa amiga de la obrera", esta Institución pasa a depender de la beneficencia pública, en 1869 se crea el "asilo de san Carlos". Es en este donde el servicio se amplió proporcionando a los niños no solo el cuidado, sino también alimento. En 1929, se organizó "la asociación de protección a la infancia", la cual instituye y sostiene 10 "hogares infantiles", que en 1937 cambia su nombre por el de "guarderías Infantiles".

De 1970 en adelante la dirección general de educación preescolar constituyó la coordinación de Guarderías para asesorar en su organización y funcionamiento a las guarderías. La

limitada concepción de guarda, asistencia y atención pedagógica aisladas evoluciona hasta adquirir Institucionalmente un carácter psicopedagógico del desarrollo infantil. En 1976 se crea la dirección General de centros de bienestar social para la infancia. Para 1978 a esta se le denomina dirección de Educación materno infantil y en 1980 es modificado su nombre a dirección general de educación inicial.

En México, la Secretaría de Educación Pública (SEP.), en colaboración con la UNICEF realizan en 1981 el programa de estimulación temprana para zonas indígenas, dirigido a menores de 5 años, quienes también deben recibir los beneficios de la educación en ambientes propicios que influyan en su desarrollo.

En el transcurso de esta síntesis se mostró que la atención de los infantes después de sus primeros años de vida fue evolucionando con el paso del tiempo, al principio se formaron diferentes asociaciones que implementaron diferentes procedimientos asistenciales, y posteriormente se apoyaron en programas educativos de los que derivaron los programas de estimulación temprana con un Reconocimiento institucional y respaldo económico-político.

5.2 Bases Teóricas de la Estimulación Temprana

La Estimulación Temprana se basa fundamentalmente en la Psicología del Desarrollo, la Neurología Evolutiva y el Análisis Conducta Aplicado.

La Psicología del Desarrollo, se ocupa del estudio del 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 hasta la muerte.

"El desarrollo es un proceso continuo, procede mediante ordenada sucesión, etapa por etapa, representando cada una de ellas un grado o nivel de madurez. No se trata de una evolución rectilínea, sino como dice Gessell, en su recorrido va oscilando y apartándose de la línea recta ideal que uniría el principio con el fin".

En cada etapa el resultado del desarrollo depende del bagaje hereditario del individuo Y de las experiencias provenientes del medio.

Cuando el Sistema Nervioso presenta cualquier tipo de alteración por mínima que sea, ésta se traducirá siempre en un trastorno madurativo que impedirá la aparición de una correcta integración funcional. El Neurólogo puede abordar éstas perturbaciones del desarrollo evolutivo del Sistema Nervioso sobre todo mediante el conocimiento de los signos externos, algunos de éstos que más claramente traducen el estado del Sistema Nervioso del niño y que se hacen aún más patentes al observador son: El estado del tono muscular del bebé. Barquer Bordas citado en Jordi (1985), lo define como "un estado de tensión permanente de los músculos, de origen esencialmente reflejo, variable cuya misión fundamental tiende al ajuste de las posturas locales y de la actividad general y dentro del cual es posible distinguir de forma semiológica diferentes propiedades".

Las fluctuaciones del tono muscular son muy marcadas durante el primer año de vida. En el bebé del primer semestre encontramos un alto nivel de tonacidad y como consecuencia brazos y piernas permanecen flexionados, siendo difícil conseguir su extensión, las manos están firmemente cerradas, con el pulgar generalmente fuera de los demás dedos y la cabeza queda rotada hacia un costado; durante el segundo trimestre esta actitud en tensión va cediendo y sustituyéndose por otra en la que el bebé aparece mucho más flexible y sereno en sus movimientos, las manos se abren ahora con frecuencia, la cabeza permanece largos períodos en la línea media y cuesta poco extender o flexionar los miembros. Estas características se hacen aún más evidentes durante el tercer y cuarto trimestre en los que la flexibilidad muscular aumenta hasta tal punto que el niño es capaz de llevarse los pies a la boca sin dificultad. En los primeros meses del segundo año, sin embargo, la extensibilidad de los miembros va disminuyendo y estabilizándose, proporcionándole al bebé el tono adecuado para las adquisiciones motoras que caracterizan las etapas venidera

Otro factor importante para el estudio del bebé en riesgo son los movimientos del niño al nacer, los cuales tienen ciertas características que desaparecen o evolucionan hasta concretarse en el gesto preciso del adolescente. En esta evolución existen tres grandes etapas bien diferenciadas: desde el nacimiento hasta los 6 años, de los 7 a los 10 años y de los 10 a los 14 años.

La primera de ellas constituye un lapso sumamente importante ya que en él ocurren las transformaciones más notables que ha de sufrir el organismo y su característica principal es de ser adquisitiva de una cualidad sobresaliente: precisión de movimientos.

Este período se caracteriza por la progresiva independencia de los grupos musculares (el niño va del movimiento general y difuso al movimiento analítico) y por la aparición del freno inhibitorio que, al desarrollarse controla la actividad voluntaria, determinando el paso del movimiento espontáneo al movimiento consciente. La actividad del recién nacido constituye una expresión motriz difusa de carácter global y reflejo, no aparece aún ningún signo de dominio de la actividad voluntaria, las manos permanecen fuertemente cerradas, lo cual permite aún el acto prensor, la cabeza se bambolea y la mirada es vaga. En este lapso la conducta del bebé cambia notablemente a medida que el Sistema Nervioso se desarrolla, la maduración se efectúa en el plano axial y en sentido descendente, siendo la cabeza la que adquiere dominio más temprano, ésta al erigirse, permite la fijación de la mirada y por consiguiente el desarrollo progresivo de la tensión, que se encuentra directamente vinculada a la capacidad de la fijación ocular. El control primario oculo-cefálico se adquiere a las dieciséis semanas: a partir de ese momento el desarrollo de la atención estará sujeto a la posterior actividad postural que, a su vez, va a fundamentar el funcionamiento de las formas progresivas de la coordinación visomotora.

Paralela a esta adquisición se ha desarrollado el temprano dominio de los labios, la lengua y la tonicidad en aumento de los músculos cervicales que ha permitido la erección de la cabeza. El progreso del desarrollo se traduce luego en la madurez de la musculatura de los brazos, las manos y los dedos. La maduración continúa con los músculos del tronco que harán posible que a los seis meses el niño se sienta, ampliándose así su campo visual. Al mismo tiempo se despierta su interés prensor apoyado en la progresiva maduración neuromotora que le va a permitir el manipuleo de los objetos que atraen su atención. Ésta que era, primitivamente difusa e interna se transforma en selectiva y externa atraída por los estímulos que se le ofrecen aún cuando en esta etapa es todavía muy restringido.

A los 4 meses las manos ya abiertas intentan una aproximación ambidiestra, existiendo la tendencia a mover ambas manos simultáneamente. A los 7 meses el acercamiento a los objetos es bimanual, haciendo que el niño transfiera y vuelva a transferir de una mano a otra un objeto. A las 40

semanas el niño será unidiestro, preparándose ya su futura disposición diestra o zurda. Al mismo tiempo se produce una transformación en el acto prensor en sí: la presión inicial se efectúa con toda la mano, en el acto primario en que la mano tiene valor global sin diferenciación entre la palma y los dedos, en forma de garra. A la presión palmar sucede la presión de carácter radio-palmar, en la cual ésta se orienta hacia el lado radial de la mano.

Entre los 9 meses y el año aparece la discriminación fina del dedo índice y alrededor de las 40 semanas el niño puede señalar con él, en la misma época la presión se hace afinada y en forma de pinza con el índice y el pulgar. El acto prensor correcto constituido por el asir y soltar, gesto permitido por la interacción de flexores y extensores, pone en evidencia la relajación muscular. Dicha relajación es una adquisición tardía y hasta que no se produce no se constituye la integridad del acto prensor. Pero sólo a los 12 meses podrá tomar y soltar un objeto sin dificultades y recién a los 18 meses formará una torre de 2 ó 3 cubos sin derribarla.

La maduración de los músculos del tronco continúa con los miembros inferiores, dando paso sucesivamente a ponerse de pie (9 meses) y a la marcha (12 meses), índices ambos de un buen desarrollo de las vías cerebelosas que se traduce en la adquisición de la estática.

En este primer año de vida se producen los cambios más grandes y más rápidos del desarrollo neuromotor y a partir de él y durante el segundo y tercer año la conducta evoluciona apoyada sobre la base de los controles ya adquiridos.

Al iniciar el segundo año de vida comienza el logro de la fijación y más tarde de la mecanización de los movimientos aprendidos recientemente: la marcha y el adiestramiento manual. En el campo del lenguaje aparecen la articulación de palabras y frases, además alcanza la inhibición necesaria para conseguir el control de la vejiga y el recto.

Cumplidos ya los dos años el niño construye ya una torre de 5 cubos manifestándose un importante adelanto en su conducta manipuladora.

Aparece luego como necesidad física el salto que efectuado con los pies juntos constituye un verdadero estadio madurativo correspondiente a los 3 años: las variaciones siguientes: brincar a los 4

años y salto en salto con impulso a los 5 años son consecuencias del desarrollo progresivo de la coordinación general basada en la estática bien integrada.

A los 18 meses el niño garabatea sin ninguna intención con manejo primario del lápiz, sin embargo, a los 3 años, la coordinación dinámica manual ha progresado tanto en su desarrollo como para permitir al niño imitar una cruz y dibujar rudimentariamente un monigote acercándose a la precisión correcta que alcanza durante el lapso 3-4 años, en donde existe ya una intervención de los dedos.

A los 3 años la coordinación ocular le permite ya construir un puente con 3 cubos en adecuado equilibrio y levantar una torre de 10 cubos, este adelanto en el número de cubos marca el fino desarrollo de la coordinación visomotriz y se efectúa en íntima relación con la adquisición progresiva de las relaciones espaciales. A esta edad puede lograr también el manejo de la cuchara por sí sólo y si bien torpemente es capaz de emprender algunos actos de coordinación bimanual, como calzarse los zapatos.

A los 4 años comienza la etapa preescolar, que es un período de maduración intelectual y motriz, en el cual se afianzan las funciones esbozadas en los primeros 3 años. El niño puede lavarse y secarse la cara, mostrando así el desarrollo de la actividad motriz voluntaria que ha adquirido.

Desde los 4 a los 6 años, la coordinación motor-ocular progresa lo suficiente como para permitir la iniciación de tareas que implican intenso dinamismo manual. (Molina, 1986)

Por otra parte, otro factor esencial para el estudio del bebé en riesgo, lo constituye la exploración de los reflejos.

Lydia F. Coriat (citada en Jordi, 1985), los define como "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. Son útiles ya que nos permiten valorar el estado neurológico del niño, y hasta cierto punto predecir su futuro desarrollo psicomotriz.

Para su estudio los reflejos suelen dividirse en: "primarios o arcaicos" que son aquellos que tiene el bebé desde el momento del nacimiento y otros "secundarios o no arcaicos" que aparecen luego

en los primeros meses y son respuestas a estímulos externos aplicados sobre receptores de la piel y mucosa y según Barraquer Bordas (citado en op. cit). "determinan respuestas motoras generalmente en reflexión o, al menos que tienden siempre a retirar, la parte conectada del objeto estimulante, el cual tiene un carácter potencialmente agresor". Estos últimos se mantienen durante toda la vida, aunque en principio los reflejos parecen como respuestas automáticas a un estímulo dado, poco a poco, a medida que avanza la maduración del Sistema Nervioso van modificándose e integrándose dentro de la conducta consciente, de forma que finalmente, y gracias a la experiencia que se ha adquirido al ejercitarnos se desarrolla la actividad psicomotriz voluntaria. Por lo tanto se considera patológica la falta de un reflejo en el momento en que sería esperado, pero también lo es la pertinencia de alguno de ellos por más tiempo de lo normal, ya que podría hacer pensar en ciertos trastornos neurológicos del bebé. De ahí la gran importancia que se da en la estimulación del niño al desarrollo de los reflejos, los cuales es posible fortalecer y en muchos casos en que no se encuentran presentes el conseguir que aparezcan mediante ejercicios apropiados.

En seguida, se describirán algunos de los reflejos que con más frecuencia se estimulan:

Reflejo tónico-cervical asimétrico; surge entre los 6 y 7 del período gestacional. Se encuentra en el bebé recién nacido hasta aproximadamente los 3 meses de edad; consiste en la tendencia a matener la cabeza rotada hacia uno u otro lado al mismo tiempo que el brazo y pierna correspondientes al lado en que gira la cabeza permanecen extendidos y los miembros del lado contrario flexionados. Esta posición aparece tanto cuando el bebé está en posición dorsal como cuando se encuentra en posición prona, sólo que en este caso la actitud de los miembros correspondientes es la contraria, es decir, permanecen flexionados los correspondientes al lado en que gira la cabeza y en extensión los contrarios. A través de este reflejo el bebé da el primer paso para el conocimiento corporal que consiste en lo siguiente: al haber rotación de cabeza el niño percibe ante sus ojos un objeto, aparentemente, la mano, a la que ve simultáneamente con la sensación del estímulo propioceptivo del movimiento de flexión y extensión de dedos.

Reflejo de presión-palmar; surge entre los 4 y 6 meses del período gestacional. Tiene aproximadamente la misma duración del reflejo tónico-cervical, es decir, desaparece al rededor de los

3 meses de vida y como aquel, está íntimamente ligado al conocimiento de la mano como parte integrante del cuerpo. Se logra estimulando la palma de la mano del recién nacido como el dedo del explorador, lo que provocara que el niño presione y se sostenga: es una conducta que le será muy útil para mantenerse agarrado de los barrotes de la cuna y evitar caídas y lesiones. Desaparece a los 3 ó 4 meses de vida convirtiéndose en el agarre.

Reflejos de búsqueda, succión y deflacción; los primeros dos aparecen desde las semanas 24 y 28 de gestación, la succión es útil hasta las 32 semanas, pero sincrónica con la deglución hasta la semana 34 en donde se completa el ciclo de conductas necesarias para la alimentación. En un recién nacido de término están presentes y van seguidos unos de otros. Consiste en lo siguiente: cuando se toca con cualquier objeto la mejilla del niño, éste gira la cabeza hacia el objeto abriendo la boca, si éste es el pezón o chupón del biberón, se lo introduce y empieza a succionar, para después deglutir el alimento. El reflejo de búsqueda desaparece entre los 4 y 6 meses y los otros dos persisten.

Reflejo de presión-plantar; surge entre los 4 y 6 meses del período gestacional. Funciona de forma semejante al reflejo de presión-palmar. Puede lograrse su aparición rozando con un lápiz la parte posterior del dedo pulgar del pie, entonces los 5 dedos se flexionan hasta presionar al estímulo, al que llega a retener durante un corto período, perdura hasta aproximadamente los 9 meses de edad y su desaparición parece estar estrechamente relacionada con el nivel de madurez neuromotriz del bebé, dependiendo del grado de control voluntario que aquel ha conseguido sobre los miembros inferiores.

Reflejo de apoyo y marcha; se instalan en el período gestacional entre los 8 y 9 meses fetales. Son reflejos posturales propios del primer trimestre, que se borran paulatinamente en el curso del tercer mes y que son la base arcaica de la actitud de la actitud erecta y de la marcha, sosteniendo al lactante por el tórax, debajo de sus axilas, en el aire, se le hace bajar lentamente para tocar la mesa con sus pies, este empieza a realizar movimientos de marcha, con hiperflexión de miembros inferiores, marcada abducción y carencia de equilibrio y de movimientos acompañatorios de los miembros superiores. Aparece desde las 14 semanas, aunque débil y con las puntas de los pies, a las 40 semanas apoya toda la planta, desaparece entre los tres y cuatro meses de vida posnatal.

Reflejos oculares; los constituyen fundamentalmente el palpebral y el ojo de muñeca. El primero es un movimiento de defensa consistente en el cierre de los párpados cuando aparece bruscamente una luz intensa. El segundo, que persiste en el recién nacido, hasta el final del primer mes de vida en un automatismo previo a la fijación ocular que desaparece al establecerse aquella, se consigue con el niño despierto y en reposo, si entonces se desplaza su cabeza hacia un lado se observa que los ojos no siguen el movimiento, sino que parecen moverse en sentido inverso.

Reflejo de landau; se observa suspendiendo al niño en posición dorsal. Entonces el tronco se endereza, la cabeza se eleva y los pies y los brazos se extienden. si a continuar se sujeta la cabeza del bebé flexionándola, el tronco se curva en la misma dirección y los brazos y piernas también quedan flexionados. Este automatismo alrededor de los 4 meses y persiste hasta aproximadamente el último trimestre del primer año.

Reflejo de moro; surge a los 7 meses del período gestacional. Es indicador de simetría e integridad del SNC. se puede observar desde las 24 semanas de vida por medio de la extensión de los brazos y las 28-30 semanas se puede observar por completo. Hay varias maneras de desencadenarlo una es sosteniendo las manos del niño y levantándolo sobre la mesa de exploración para después soltarlo, logrando así que el niño extienda bruscamente los brazos, abriendo las manos y los dedos, en seguida los brazos se abren como para abrazar y hay extensión de las extremidades y flexión de la cadera. Desaparece entre los 3 y 5 meses de vida.

Reflejo de paracaídas; esta respuesta equilibratoria, normalmente se va esbozando a los 5 meses, se desarrolla a los 6 y se establece a los siete le busca en el, para no abandonar ya al individuo por el resto de su vida. se lactante sostiene horizontalmente, dorso arriba y proyectándolo hacia la mesa, en un movimiento acelerado de inclinación oblicua como si fuera a golpear de cara contra la mesa, normalmente el niño extiende los brazos y se defiende de la caída.

Una característica inmediata del desarrollo normal, del reflejo del paracaídas es que el niño puede empezar a mantenerse sentado, apuntalándose con ambas manos extendidas sobre la superficie de apoyo desde los seis o siete meses.

Reflejos de apoyo lateral y posterior; son dos automatismos que aparecen poco después de la reacción del paracaidismo y que, como esta, acompañaran al niño durante toda la vida.

El reflejo de apoyo lateral consiste en el apuntalamiento con una de las manos en sentido lateral, cuando el niño corre el riesgo de perder el equilibrio en esta directo. en el caso del apoyo posterior, las manos se dirigen hacia atrás buscando instintivamente el plano de apoyo cuando se ha empujado bruscamente al niño en este sentido. Estos dos reflejos junto con el de paracaídas, permiten al bebé adiestrar el sentido del equilibrio mediante el cual va enriquecer su experiencia postural, lo que le traerá como consecuencia el adecuado manejo de su cuerpo en el espacio.

ANALISIS CONDUCTUAL APLICADO (Psicología de la Conducta).

Representa la otra fundamentación teórica imprescindible para comprender mejor las técnicas que se emplean en estimulación temprana y su base científica.

El Análisis Conductual Aplicado, se desarrolla a partir de la observación de tres cambios fundamentales: un cambio en el medio, en forma de objeto o acontecimiento que influye en el organismo, el cual se llama estímulo, un cambio en el organismo que se traduce en alguna forma de comportamiento observable, al que se le denomina respuesta o conducta y un nuevo cambio en el medio en forma de objeto o acontecimiento efecto de dicha conducta, el cual se llama consecuencia.

El Análisis Conductual Aplicado es objetivo y funcional. Siempre hace referencia en primer lugar, a descripciones de acontecimientos observables y cuantificables, su segunda característica es que procura siempre relacionar una conducta con varios estímulos o viceversa y formula la relación en forma de una función. Así con la conducta resulta ser un función de los estímulos previos y de las consecuencias ambientales..

Tomando como base esta relación de contingencia, la conducta del niño en desarrollo esta formada por dos clases básicas de respuesta: respondientes y operantes. Las respondientes son aquellas respuestas que están controladas principalmente por los estímulos que las preceden. Los experimentos realizados en este campo parecen sugerir que sólo después del nacimiento es posible el condicionamiento respondiente, es decir hacer que un estímulo que en principio no tiene la capacidad de elicitar una respuesta, la tenga por asociación con otro que sí la posee.

La conducta operante, a diferencia de la respondiente, no es provocada por un estímulo, sino que es controlada por los estímulos que la siguen y éstos son los que hacen que se fortalezca o debilite la presencia de una respuesta.

En el condicionamiento operante no se crea ninguna respuesta, sino que se fortalece una ya existente: en los niños con retardo en su desarrollo muchas veces se observa que la respuesta que se quiere fortalecer no existe, y para lograr que se emita y así poderla reforzar se emplean diferentes métodos tales como el modelamiento por aproximaciones sucesivas: el primer paso consiste en definir de la manera más precisa posible cual es la conducta final que deseamos obtener, después se comienza por elegir una conducta más amplia dentro de la cual esta incluida la que hemos previsto o que tenga una semejanza formal con ella, una vez elegida tal conducta se le refuerza consistentemente hasta que se presente con frecuencia. El paso siguiente consiste en restringir la amplitud de esta conducta y hacerla cada vez más parecida a la conducta deseada mediante un reforzamiento de índole indiferencial. El resultado de este procedimiento es una respuesta, muy diferente a aquella a partir de la cual iniciamos el modelamiento (Ribes, 1978). Este procedimiento empleado conjuntamente con la imitación tendrá un efecto más eficaz en los niños con algún retraso madurativo.

Otros métodos que se emplean para la creación de nuevas conductas son:

Reforzamiento negativo; consiste en el aumento de la probabilidad de que una respuesta se presente como consecuencia de la omisión de un estímulo u objeto.

Reforzamiento positivo; se caracteriza básicamente porque produce consistentemente un aumento en la probabilidad de presentación de la conducta, por lo que se dice que la consecuencia de la conducta es reforzante.

Una vez establecidas las conductas que deseamos para lograr que se mantengan incluso bajo condiciones distintas a las de su adquisición, se recurre a 4 procedimientos:

Reforzamiento intermitente: el cual consiste en presentar el reforzador de manera discontinua o sea que no se refuerzan todas y cada una de las conductas del sujeto, sino solamente algunas de ellas. Existen diferentes programas de reforzamiento intermitente entre ellos se encuentran los de razón y de intervalo.

Los primeros establecen que deberá emitirse un determinado número de respuestas antes de que una determinada emisión sea reforzada. los programas de intervalo establecen que deberá pasar un determinado tiempo antes de que una respuesta sea reforzada. A su vez, estos programas pueden ser clasificados en dos grupos: variables y fijos.

Cuando esta operando un programa de razón variable, el número de respuestas requerido para el reforzamiento varía de un reforzamiento a otro de manera irregular, pero siempre manteniendo una característica repetitiva. Por otro lado un programa de razón fija requiere consistentemente el mismo número de respuestas para cada reforzamiento. De la misma manera un programa de intervalo variable es aquel en que varía la cantidad de tiempo que deberá pasar antes de que una respuesta sea reforzada y un programa de intervalo fijo es aquel que mantiene constante el tiempo establecido para el reforzamiento (Reynolds, 1973).

Otro tipo de programas de reforzamiento intermitente son los llamados de reforzamiento diferencial de tasas bajas (RDB) y de tasas altas (RDA). "En los primeros se recompensa al sujeto solamente después de intervalos entre respuestas largas; en los programas diferenciales de tasas altas, se dará reforzamiento solamente si el intervalo entre respuestas es más corto del límite especificado o si el sujeto emite un número de respuestas dentro del intervalo dado. Tales programas tienden a producir respuestas muy altas" (Rachlin, 1976).

Control de estímulos: si un estímulo está siempre presente cuando se refuerza una respuesta (y ausente cuando no se refuerza), la conducta en cuestión se emite con mayor probabilidad ante dicho estímulo que en cualquier otra situación. Decimos que el sujeto distingue o discrimina el estímulo que acompaña al reforzamiento, por consiguiente lo denominamos Estímulo Discriminativo. Ahora bien hay ocasiones en que se debe recurrir a un procedimiento que persigue el propósito opuesto de decir, aumentar el número de estímulos que controlan una conducta determinada. A este procedimiento se le denomina Generalización de Estímulos y consiste en presentar el reforzamiento de una respuesta, asociado al mayor número posible de estímulos (op. cit.)

Reforzadores condicionados: obtienen su potencia para fortalecer y mantener la conducta en virtud de su asociación anterior con reforzadores primarios. El objetivo de este procedimiento es hacer que el

sujeta aprenda a responder de la misma manera frente a consecuencias de su conducta que antes carecían de importancia para él. El procedimiento consiste en aparear la presentación de un estímulo u objetos que deseamos condicionar como reforzador que ya funciona como tal en la práctica. El objeto o estímulo que vamos a establecer como reforzador condicionado debe preceder al reforzador incondicionado. Tal apareamiento se realiza el número de veces necesario, que varía de sujeto a sujeto de condición a condición.

Encadenamiento: "Una cadena de conductas consiste de una serie de estímulos y respuestas en las que cada estímulo sirve como reforzador secundario (Reforzador secundario) para una respuesta y como estímulo discriminativo para otra" (op. cit.).

Para encadenar diversas respuestas es necesario seguir un orden preciso que va desde la última respuesta, que es la reforzada, hasta la primera dentro de la cadena que es la que se halla más distante del reforzamiento. Cada parte de la cadena debe tener como consecuencia un reforzador condicionado que la mantenga (puede ser el mismo o otro distinto cada vez), excepto la última, a la que debe seguir el reforzamiento incondicionado correspondiente a la totalidad de la conducta compleja.

Por otra parte muchas veces tendremos la oportunidad de observar si hay algunas conductas cuyas consecuencias son aversivas o dañinas para otros sujetos o para el individuo mismo, por lo que se recurre a procedimientos, cuyo objetivo es suprimir esas conductas, algunos de estos procedimientos son:

Extinción: consiste en suspender la entrega de reforzamiento, es decir, suprimir las consecuencias que siguen a determinada conducta. La suspensión de reforzamiento debe ser completa, el reforzador ya no debe administrarse nunca para esta respuesta. El efecto de la extinción es una disminución gradual en la frecuencia de las respuestas hasta que desaparece completamente. Sin embargo, es conveniente señalar que al principio de la extinción, se produce un aumento transitorio en la conducta que disminuye luego rápidamente, es aconsejable entonces no cambiar de procedimiento en forma inmediata. Para que la extinción tenga efectos duraderos e incluso permanentes, es esencial que se

mantenga la suspensión indefinida del reforzador sobre dicha conducta, pues de otra manera la estaríamos reforzando intermitente (op. cit.).

Tiempo fuera de reforzamiento: se puede utilizar este procedimiento cuando aún conociendo el reforzador que mantiene la conducta no podemos suspender su administración. Lo que se hace entonces es sacar al sujeto de la situación cuando emite la conducta que deseamos suprimir, como consecuencia el sujeto pierde contacto con los estímulos discriminativos, reforzadores condicionados y reforzadores incondicionados. Lo más recomendable es asociar el tiempo fuera de reforzamiento con estímulos discriminativos, como pueden ser aclaraciones verbales, que constituyen una forma de control dentro del medio en que el sujeto da la respuesta indeseable.

Castigo: es un procedimiento mediante el cual se aplica un estímulo (punitivo) como consecuencia de una conducta, el efecto que persigue es la supresión de dicha conducta por reducción de su probabilidad futura, para esto hay que cumplir dos requisitos: 1) que el estímulo punitivo se presente después de la respuesta y como consecuencia de ésta; 2) que efectivamente se reduzca la probabilidad de la conducta en cuestión.

Estímulos Aversivos Condicionados: en la supresión condicionada se presenta un estímulo neutral que parece no tener ningún efecto sobre la conducta y se le asocia con un estímulo punitivo. El estímulo neutral que puede ser una palabra, la presencia física de una persona o un estímulo físico cualquiera, debe presentarse muy poco antes del estímulo punitivo.

Después de repetir varias veces la presentación conjunta de estos dos estímulos bastará la presencia del estímulo neutro para que la conducta se suprima mientras aquél está presente (Ribes, 1978).

Reforzador de conductas incompatibles: (RDO) se basa en el reforzamiento de otras conductas incompatibles con la respuesta que se va a suprimir. El diseño consiste en especificar una conducta tal que, al emitirse imposibilite que la conducta indeseable se efectúe. Una vez planeada la situación de respuesta, se refuerza activamente la conducta incompatible de manera continua, sin aplicar ninguna consecuencia a la conducta indeseable.

Costo de respuesta o castigo negativo; "al igual que el castigo la omisión de una recompensa tiende a decrementar la probabilidad de que esa respuesta ocurra" (Rachlin, 1976), así el rasgo fundamental del procedimiento consiste en la posibilidad de quitar, como consecuencia de la conducta algún reforzador disponible, ello ocasionará la reducción de la respuesta cuya consecuencia es la pérdida del reforzamiento (Op. cit.).

Saciedad: aquí la supresión de una conducta se basa en la utilización del propioreforzador que la mantiene. Se aplica de manera simple: se aumenta de forma considerable la administración del reforzamiento, como consecuencia o no de la conducta indeseable que esta manteniéndolo, hasta que se sacia al sujeto, de manera que el reforzador pierde su valor como tal.

Por otro lado existen una serie de procedimientos que facilitan la emisión de algunos tipos de conducta, implican la manipulación de muy variados tipos de estímulos y se les denomina "Estímulos Suplementarios". Así pues, tenemos los "Estímulos Instigadores", los cuales se utilizan generalmente en el moldeamiento mismo de la respuesta; su función consiste en forzar la emisión de la respuesta, en términos generales se pueden dividir en dos clases: a) Físicos y b) Verbales; su aplicación depende directamente de la conducta que se desea reforzar. Los primeros se utilizan para producir respuestas verbales.

También existen los "Estímulos de Preparación", cuya función es indicar, antes de que la situación de respuesta propiamente dicha se presente, cual es la respuesta y bajo que condiciones va a ser reforzada.

Por último se encuentran los "Estímulos de Apoyo y Desvanecimiento", los cuales ya tienen control sobre la conducta que deseamos reforzar dentro de la nueva situación, o bien son fácilmente discriminables por parte del sujeto. El desvanecimiento de estímulos puede ser aditivo o sustractivo, según se añadan o se retiren estímulos respectivamente.

En la elaboración del programa descrito en esta Tesis, se utilizaron algunos de estos procedimientos para la adquisición de las conductas como son: el reforzamiento, el cual ha demostrado su eficacia para aumentar la probabilidad de la presentación de la conducta en cuestión, en este caso particular conductas en las áreas motriz gruesa y fina, lenguaje, cognitiva y social. También se

consideraron los Estímulos de Instigación, por su efectividad para producir la emisión de respuestas motoras tanto finas como gruesas.

5.3 Programas de Estimulación Temprana

Fundamento de los Programas de Estimulación Temprana.

El catalizador real de los Programas de Estimulación Temprana fue la preocupación por los niños que crecían en sórdidas condiciones de pobreza. Por ejemplo los Programas para estos niños que vivían en la pobreza los iniciaron a finales del siglo pasado y principios de éste Robert Owen en Escocia, Friedrich Froebel en Alemania, Margaret Mc Millan en Inglaterra y María Montessori en Italia.

Owen, Mc Millan y Montessori, iniciaron dichos programas debido a su preocupación por las condiciones de salud y los malos tratos dados a los niños de corta edad que vivían en la pobreza, con la finalidad de ofrecerles la oportunidad de prosperar física e intelectualmente. Inspirados en particular en el trabajo de Froebel se introdujeron en Estados Unidos, a mitad del siglo pasado, los programas para jardines de niños y hacia 1900, los jardines de niños de las escuelas públicas estaban ya bien establecidos y sus programas iniciales perseguían dos objetivos:

1. Ayudar a los niños de la ciudad que se desarrollaban en condiciones de extrema pobreza, en el sentido de que para desarrollar los valores de la clase media debe comprenderse y educarse al niño pobre en su edad temprana.
2. Ejercer influencia sobre la vida familiar de los habitantes de zonas pobres por medio de la educación de los padres.

Aunque el movimiento de guarderías de Estados Unidos tuvo también raíces europeas, los programas de éstas se desarrollaron independientemente del movimiento de Jardines de niños (Maxim, 1980), igual que en el caso de éstos últimos las guarderías fueron creadas originalmente para atender a los niños que vivían en la pobreza. Durante la década de los 20's había pocos programas de guarderías disponibles, pero después de la gran depresión sí tuvieron un importante crecimiento debido en parte al apoyo del gobierno federal para crear puestos de trabajo y para ayudar a las madres trabajadoras.

Poco después llegó la 2ª Guerra Mundial que trajo consigo la necesidad de servicios para el cuidado de los niños con el fin de que las mujeres pudieran intervenir en las tareas de la guerra. Sin embargo, estos programas de cuidado diurno, eran más bien de custodia, ya que se prestaba poca atención a las necesidades educativas de los niños (Maxim, 1980). Después de la guerra fue suspendido el apoyo federal a los programas de cuidado diurno, mientras que empezó a aumentar el apoyo procedente de instituciones privadas, este cambio trajo consigo que muchos de los programas para niños de corta edad comenzaron a dar atención a niños privilegiados más que a niños que no lo eran, por lo que durante la época de la posguerra se hizo poco en lo que respecta a la creación de programas para niños pobres o disminuidos de corta edad.

Actualmente los programas de Estimulación Temprana son realizados por profesionales, que basándose en líneas generales y en fundamentos teóricos de acuerdo a cada escuela, los adecuan a las características concretas de cada niño, por este motivo la mayoría de los programas realizados son flexibles, es decir no hay un programa modelo que se pueda copiar. Esto determina las principales características que tienen los programas de Estimulación Temprana: son individualizados, personales, globalizados y dinámicos.

La elaboración de un programa se realiza siguiendo un procedimiento que puede variar según los casos e instituciones.

En primer lugar es necesario establecer la línea base del niño. Ello quiere decir que tenemos que averiguar cuales son los repertorios conductuales con los que cuenta en ese momento y cuales son sus deficiencias, para lograrlo lo que se hace es utilizar evaluaciones del desarrollo infantil y entrevistas a los padres, por medio de las cuales se averiguan diferentes aspectos del estado de desarrollo del niño en las distintas áreas que deberemos programar, lo que nos va a permitir dibujar un perfil inicial del niño con los menos errores posibles, para de este modo aprovechar nuestro tiempo al máximo en potenciar aquellas habilidades que más necesarias le sean en ese instante.

Una vez recogidos todos estos datos se hace una observación real del niño dentro de un ambiente natural, para confirmar los datos, añadir otros o rectificar información inadecuada. Es tras esta observación planificada cuando el especialista en base a escalas de desarrollo y pautas de

observación muy específicas elabora el programa individual, detallando cuales van a ser los objetivos generales y específicos, determinando las fases que se van a seguir, las actividades que se deberán realizar, los métodos y los materiales.

El programa una vez aceptado por el equipo será comentado a los padres y educadores para que de este modo también participen activamente en la consecución de los objetivos planteados y se les explicará la manera de trabajarlos.

A lo largo del proceso, se deberán ir haciendo modificaciones y para ello será importante ir teniendo nuevas entrevistas con los padres y educadores con objeto de ir valorando la marcha del programa.

Así mismo, el especialista deberá ir anotando, las correcciones, sugerencias y comentarios que considere oportunas para el buen funcionamiento del programa: es por ello que dentro del programa general se hace una planificación trimestral dentro de lo que sería un año, de modo que al final de cada uno de estos trimestres se expongan los resultados obtenidos hasta ese momento, se sometan a revisión y análisis y con ello se puedan plantear nuevos objetivos específicos, recoger nuevas opiniones, más información y si es necesario replantear todo de nuevo.

Aunque la aplicación de los programas de Estimulación Temprana se acostumbra realizar de manera globalizada, a menudo a la hora de programar se hacen por separado los objetivos en las diferentes áreas (Motora fina y gruesa, lenguaje, socialización y cognitiva), con intención de hacerlos más operativos y claros.

Siguiendo este procedimiento se han creado programas de Estimulación Temprana en diferentes países, con diversos intereses de acuerdo a las necesidades que se tienen, clasificándose en: **Programas para niños con "Riesgo Establecido"**, es decir comprende todos aquellos casos con problemas de tipo orgánico o médico claramente identificados que conllevan necesariamente la presencia de grados de retardo en el desarrollo; el ejemplo clásico es el "Síndrome de Down.

Programas para niños en "Riesgo Biológico", la población de esta categoría muestra una amplia gama de problemas que surgieron durante los periodos prenatal, perinatal o postnatal que acarrearán una alta posibilidad o riesgo de retardo a corto o largo plazo. Se engloban en esta categoría

ciertas características biológicas de la madre tales como: peso, talla, edad, embarazos previos, antecedentes de embarazos o partos anormales y antecedentes de ciertas enfermedades crónicas severas, características de la evolución del embarazo o partos anormales y factores adversos durante el mismo, tales como morbilidad, atención prenatal, desnutrición materna, ganancia de peso durante el embarazo, así como condiciones del parto tales como: tipo de parto, presencia de complicaciones, duración, sufrimiento fetal, tipo de atención del parto, etc.

El alto riesgo biológico puede estar también determinado por condiciones biológicas del mismo niño tales como el peso al nacimiento, malformaciones congénitas y particularmente el estado nutricional, el cual puede implicar también riesgos de alteraciones en su desarrollo.

Programas para niños con "Riesgo Ambiental o Socio-Cultural"; se identifican con las condiciones de pobreza y marginalidad y se encuentra frecuentemente asociado con el alto riesgo biológico. Por ejemplo, en comunidades en donde las condiciones socio-económicas y de salud determinan la presencia de alto riesgo materno-fetal por las condiciones inadecuadas en que evoluciona el embarazo y ocurre el parto, a partir de su nacimiento los niños están expuestos a riesgo ya no sólo predominantemente biológico como los que afectan su desarrollo fetal, si no de tipo bio-psico-social, cuyos componentes principales son la desnutrición, la enfermedad y la privación de estímulos ambientales. Este grupo representa la gran mayoría de los casos de retardo.

Sin embargo, la mayoría de los programas realizados comparten los mismos argumentos:

1. Tienen un carácter sistemático y secuencial: sistemático en cuanto se trabaja día a día en un programa de Estimulación previamente elaborado de acuerdo a su edad y nivel de desarrollo y con las expectativas que se quieren conseguir en cada momento determinado, es secuencial en cuanto que cada paso alcanzado por el niño en cualquiera de las áreas de desarrollo sirve de punto de partida para alcanzar el siguiente, sin saltarse ninguno de ellos, ya que se invalidaría el trabajo realizado y habría un derroche de energía en el trabajo de los padres que repercutiría negativamente en su interacción con el niño, como en éste, al forzarlo a alcanzar unos niveles para los que no está preparado, con la consiguiente frustración y retraimiento ante cualquier tipo de estímulos que provoca la no realización de sus posibilidades en ese momento y a la consiguiente demora en la marcha del programa.

2. Marcan la interacción entre el ambiente y los factores genéticos. El aprendizaje inicial como base para el desarrollo ulterior de la conducta más compleja.
3. Aparente irreversibilidad de algunos problemas, sino se toman medidas para su corrección durante los primeros años.
4. Necesidades de las familias con hijos que presentan factores de riesgo y parecen sufrir una tensión considerable.
5. Gastos que implican una educación especial.

A continuación se mencionaran algunos ejemplos de "Programas para niños en riesgo ambiental" aplicados en diferentes naciones:

Dentro del grupo de programas de Intervención Temprana dirigido a niños en riesgo ambiental debe mencionarse la "Operación HEAD STAR" como uno de los proyectos socio-educativos estadounidenses más importantes iniciado en la década de los 60's, destinado a elaborar programas para mejorar el bienestar social de niños de corta edad que vivían en la pobreza. Los programas de dichos programas eran:

1. Mejorar la salud y las capacidades físicas del niño.
2. Contribuir al desarrollo emocional y social del niño estimulando la confianza en sí mismo, su espontaneidad, curiosidad y autodisciplina.
3. Mejorar los procesos y las habilidades mentales del niño con especial atención a las conceptuales y verbales.
4. Establecer los hábitos de expectativas de éxito en el niño, que creen un clima de confianza en sus futuros esfuerzos de aprendizaje (Maxim, 1980 citado en Bricker, 1991).

De acuerdo con Bricker (1991) los procedimientos aplicados en cuanto a enfoque curricular, modelos de personal, estructura y modelos de impartición de servicios varían en los diversos programas de "HEAD STAR" por lo que no es fácil llegar a un consenso sobre sus resultados de esta forma, es más factible mencionar que algunos programas cumplen con los objetivos establecidos y otros no.

Por otra parte, el Programa Regional de Estimulación Precoz de UNICEF. (cuyos objetivos son: 1. Crear conciencia en la población de los países del Istmo centroamericano, sobre la necesidad de prestar una atención adecuada al desarrollo del niño de 0 a 5 años; 2. Promover investigaciones y publicaciones sobre la situación del niño de 0 a 6 años y alternativas para la atención de su desarrollo integral; 3. Capacitar personal de diferentes niveles para la ejecución de proyectos de Estimulación Temprana; 4. Establecer un Centro Regional de documentación e información, para uso de funcionarios y técnicos; 5. Apoyar esfuerzos o proyectos de Estimulación Temprana en ejecución o por iniciarse.) (PROCEP, 1988); contribuyó a la preparación del Curriculum de Estimulación Precoz preparado por el Programa de Estimulación Precoz del Instituto Panameño de Habilitación Especial y por el Consejo Operativo Panameño de Estimulación Precoz.

Dicho Curriculum se basó en el desarrollo normal del niño y se adapta al nivel de funcionamiento individual del niño en riesgo (biológico o ambiental) que presente algún problema.

El objetivo fundamental de este Curriculum es proporcionar los elementos pedagógicos que contribuyan a beneficiar el desarrollo integral del niño, incluyendo cada una de las áreas del desarrollo normal del niño dentro de la totalidad de los procesos bio-psico-sociales.

El Curriculum proporciona una serie de actividades que pueden ser ampliadas, mejoradas o modificadas por el educador y personal capacitado y se presentan de forma secuenciada desde las primeras etapas del recién nacido, hasta aquellas que lo preparan para la etapa escolar.

Con este Curriculum se pretende ayudar al educador y personas capacitadas a obtener mayores logros de los niños, a la orientación de los padres y a la autoevaluación del planeamiento. Se pretende también hacer un llamado a la conciencia de jóvenes, orientadores, educadores y padres sobre la responsabilidad que tienen de estimular a los niños, para aprovechar al máximo las potencialidades que tienen en las diversas áreas del desarrollo según el grado alcanzado y las condiciones sociales en que se desenvuelven.

Por otro lado dentro del grupo de programas de intervención temprana para niños en riesgo ambiente también puede mencionarse el "Programa de Atención Integral a la niñez nicaragüense"

aprobado en 1996 y cuyo objetivo es: Mejorar el bienestar de niños menores de 6 años que viven en condiciones de pobreza en comunidades rurales y urbano-marginales.

Específicamente, el programa financiará el desarrollo de un sistema nicaragüense de atención integral a la niñez en condiciones de pobreza, comprendido por servicios de Estimulación Temprana, Salud, Nutrición y cuidado diario a través del: (a) Fortalecimiento y mejoramiento de una red de centros comunitarios y organizaciones no gubernamentales y de base que presentan servicios de atención a la niñez; (b) Fortalecimiento de las prácticas de crianza en el hogar y; (c) apoyo a las madres de bajos recursos.

El programa consta de 3 componentes: (a) Apoyo a la formulación de políticas de atención a la niñez mediante estudios, asistencia técnica, el diseño e implantación de un sistema de información y actividades de comunicación social; (b) Apoyo a los Centros Infantiles Comunitarios (CICO) que comprenderá actividades de Estimulación Temprana y cuidado diario y de fortalecimiento institucional de las organizaciones de la sociedad civil y del Estado que atienden a la niñez y; (c) Diseño e implantación de un sistema continuo, global y participado de monitoreo y evaluación que incluya un sistema de información gerencial y un sistema de evaluación de impacto.

Actualmente existen Centros de Estimulación Temprana privados que cuentan con un personal conocedor de las bases científicas y las técnicas adecuadas para aplicar programas de Estimulación Temprana de forma que se cumpla con el objetivo de la maximización de las potencialidades del niño en todas las áreas de su desarrollo. Ejemplo de este tipo de centros es el "Olininteractive Gym" ubicado en Altavista 130 San Angel, México, D.F.; sin embargo, también existen centros de juego que se autodenominan Centros de Estimulación Temprana y se crearon sólo con fines lucrativos, pero que no tienen un personal capacitado ni programas con bases científicas.

Existen también talleres de Estimulación Temprana impartidos por instituciones públicas y privadas dirigidos a profesionales del área pedagógica y a los padres de familia en general para que conozcan y apliquen las actividades de estimulación. Ejemplos de estos talleres son: El "Taller de Estimulación Temprana" dirigido por las licenciadas Irma R. Alvarado Guerrero y Blanca E. Huitrón Vázquez y cuyos objetivos generales son: 1) Obtener un conocimiento actualizado de lo que es la

Estimulación Temprana: 2) Analizar el desarrollo del niño en sus diferentes etapas y ; 3) Detectar oportunamente algún signo de alarma en el desarrollo del niño: 3) Manejar diferentes métodos de trabajo con los niño.

Otro ejemplo de estos talleres es el curso "Curso-Taller de Estimulación Temprana", dirigido por el Psic. Francisco Fajardo Cruz, cuyos objetivos son: Proover al participante de los conocimientos técnicos necesarios para el manejo de la Estimulación Temprana con fines preventivos y/o correctivos, de igual forma conocer la importancia de la Estimulación Temprana en el desarrollo integral del niño.

CAPITULO VI

EL PSICOLOGO EN UN 2º NIVEL DE ATENCION

6.1 FUNDAMENTOS DE LA INTERVENCION CLINICA: ASPECTOS GENERALES (PSICOTERAPIA)

Una de las seis funciones profesionales del psicólogo clínico es "Intervenir" en un sentido literal Significa "venir entre la acción, interceder o interferir".

La traducción literal de psicoterapia es "Tratamiento de la Psique", lo cual implica que existen Psiques o personalidades en un estado de sufrimiento o insatisfacción. el elemento esencial es que se ha perturbado tanto algún aspecto del funcionamiento de la persona que decide buscar ayuda a un profesional, teniéndose el primer participante de la psicoterapia: el cliente. El segundo participante es el terapeuta: es alguien que a través de un entrenamiento y experiencia especializados tiene una preparación para ayudar a que el cliente supere la molestia que ha motivado el deseo del tratamiento. La habilidad para escuchar a los clientes y comunicarles una sensación de comprensión y sensibilidad sin estarlos enjuiciando es una cualidad muy importante que debe poseer, sin embargo se ha notado que las "experiencias cotidianas" o la "habilidad natural" son elementos más importantes que el entrenamiento profesional de un "buen" psicoterapeuta, de la misma forma también ha dado mucha importancia a las características de un "buen" cliente de psicoterapia. Se considera que el tipo de persona que más probablemente obtendrá beneficios de la psicoterapia es el individuo verbal, inteligente, que esta motivado por el cambio, que tenga una buena capacidad para comunicarse con el terapeuta y con una "mente psicológica", es decir, debe apreciar la importancia de los factores psicológicos para la determinación del comportamiento, el cliente ideal de la psicoterapia es alguien que probablemente continuará logrando el éxito sin importar que reciba terapia o no.

La relación terapéutica consiste en que ambas partes estén claramente conscientes del motivo por el cual se encuentran en ella y de lo que deben ser las reglas y las metas de su interacción. Debe ser voluntaria e Iniciada por el cliente y aceptada por el terapeuta.

La psicoterapia a menudo comienza con un contrato terapéutico, que especifica las metas del tratamiento, los procedimientos que se emplearán, los riesgos potenciales que pueden existir y

las responsabilidades individuales tanto del cliente como del terapeuta. Este contrato puede realizarse de manera informal, limitándose ambas partes a intercambiar información acerca de lo que se espera lograr de la terapia.

En otras ocasiones, el contrato se puede efectuar en forma de un documento firmado, en el cual se describan específicamente las obligaciones de cada integrante. En cualquier caso, uno de los efectos de la "realización de los contratos" es ayudar a que el cliente sea un agente activo, cooperador y un planeador de los cambios, así como el que toma las decisiones acerca de sus opciones en la relación Terapéutica

La intensidad de la relación terapéutica a menudo provoca reacciones espontáneas y "naturales" del terapeuta hacia sus clientes tales como la atracción sexual, lástima, frustración, hostilidad y aburrimiento, por lo que el terapeuta debe mantenerse muy alerta a la manera como sus necesidades personales intervienen en el proceso terapéutico, esta es una de las principales razones por las que los terapeutas atraviesan por un período de terapia.

Es probable que el carácter confidencial de la información que proporcione el cliente sea el compromiso esencial. El significado de la relación terapéutica varía de acuerdo a la inclinación teórica del terapeuta, así los terapeutas con una orientación fenomenológica consideran que la relación terapéutica es el único elemento esencial en la terapia ingrediente necesario y suficiente para que el cambio terapéutico se genere. En el psicoanálisis se considera la relación entre el cliente y el terapeuta como un medio para el fin del "insight", es decir como un instrumento para lograr un propósito determinado, lo cual consiste en demostrar al cliente que su conducta actual está determinada por las experiencias en sus períodos tempranos del desarrollo. Los terapeutas del aprendizaje social tienden a percibir la relación terapéutica como un elemento importante Pero no una condición suficiente de la terapia. Se considera más como un contexto útil en el que se introducen Las técnicas más específicas del cambio conducta.

6.2 TECNICAS DE LA PSICOTERAPIA

Cada sistema de psicoterapia tiene sus procedimientos preferidos, y cada terapeuta tiene un estilo único para emplear esos procedimientos. Por lo general los métodos del terapeuta se

basan en alguna teoría formal de la conducta, la personalidad y los desordenes de la conducta en términos generales y de los problemas del cliente en términos particulares.

Las aproximaciones de los diferentes tratamientos también difieren en cuanto a los tipos de cambios que plantean efectuar, por ejemplo; los terapeutas del aprendizaje social tratan directamente el problema que el cliente presenta inicialmente. En contraste con esto el psicoanálisis se inclinaría por trabajar con las posibles causas subyacentes del problema que presente el cliente. El objetivo de la terapia puede ser ayudara que el cliente comprenda como sus síntomas actuales se deben a sus sentimientos. Por último, es posible que un terapeuta fenomenológico maneje el problema ayudando al cliente a que lo experimente más plenamente. La meta puede ser que el cliente descubra su potencial para crearse opciones para su vida que lo librarian de su forma distorsionada de ver su vida o solamente prestar atención a uno de sus ángulos. No obstante todas estas diferencias existen varios métodos psicológicos principales comunes a casi todas las estrategias psicoteraputicas:

1.FOMENTAR EL "INSIGHT" (TOMA DE CONCIENCIA). Consiste en un mayor conocimiento de uno mismo. Se esperan que los clientes obtengan un beneficio al conocer las razones por las cuales se comportan de una determinada manera(s), debido a que se supone que este conocimiento contribuye al desarrollo de conductas nuevas. Una técnica común para el desarrollo del "insight" es que el terapeuta ofrezca una interpretación de la conducta del cliente.

2.REDUCCION DE LA PERTURBACION EMOCIONAL. El reto consiste en disminuir el sufrimiento extremado sin mermar el deseo del cliente por manejar sus problemas prevalectentes. Existen muchos métodos para lograr esto, es probable que el más común sea la utilización terapéutica como un aliciente para lograr fortalecer las emociones del cliente

3 . FOMENTAR LA CATARSIS , es decir, el desahogo de las emociones restringidas que el cliente se ha guardado y que ha temido reconocer por periodos prolongados. Es posible que el terapeuta-aliente al cliente a que exprese sus emociones, con la creencia de que a través de su escape o salida serán eliminadas o tranquilizadas. Por lo la catarsis puede provocar que el cliente tenga menos miedo a determinadas emociones. En algunas terapias, la catarsis en si es una meta,

mientras que en otras (por ejemplo, la del aprendizaje social), solamente es un acontecimiento de menor importancia.

4. PROPORCIONAR INFORMACION NUEVA. La Psicoterapia casi siempre es educativa. El psicoterapeuta proporciona información nueva con la intención de corregir algunas distorsiones en el conocimiento del cliente.

5. DESIGNAR TAREAS FUERA DE LA TERAPIA. Con el propósito de fomentar la transferencia de los cambios positivos del cliente al "mundo real", se dejan "tareas" terapéuticas. Los terapeutas del aprendizaje social son los partidarios más entusiastas de las tareas, ya que creen que su utilización es la manera más efectiva para promover la generalización y mantenimiento de las nuevas conductas y habilidades que se hayan aprendido en el consultorio del terapeuta o en algún otro ambiente formal.

6. DESARROLLAR FE, CONFIANZA Y UNA EXPECTATIVA DE CAMBIO

6.3 MODALIDADES DE LA PSICOTERAPIA

TERAPIA DE GRUPO. Se práctica en una variedad extensa de estilos y técnicas. De hecho, cada modelo principal de la psicología clínica tiene sus tratamientos de grupos basados en sus principios. Existen grupos analíticos, centrados en el cliente, de análisis transaccional, de encuentro, gestalt y de aprendizaje social. Los terapeutas de grupo acentúan la importancia de las relaciones interpersonales, y suponen que la patología o inadaptación se puede reducir a simples dificultades en el desarrollo y mantenimiento de las relaciones interpersonales, también suponen que los clientes tarde o temprano durante el transcurso de las sesiones de grupo, serán "ellos mismos" y manifestarán sus conductas interpersonales desadaptativas, entonces los demás integrantes del grupo pueden proporcionar alguna retroalimentación correctiva relacionada y de esta manera instigar el aprendizaje de estilos interpersonales nuevos y más efectivos. Algunos factores curativos de la terapia de grupo son: 1. Compartir información nueva con un carácter de consenso.

2. Infundir esperanza

3. Universalidad de los problemas propios, descubrir que otras personas han llegado a superar

algunos problemas semejantes pueden facilitar la creencia en la propia capacidad para cambiar.

4. Altruismo, la función de la persona que es ayudada por lo demás se combina con la función de la persona que "ayuda a los otros".

5. Aprendizaje Interpersonal.

6. Recapitulación de la familia primaria, permite que el cliente maneje aquellas experiencias familiares que lo inquietan y confunden su funcionamiento

7. Cohesión de Grupo, permite que los integrantes de grupo se esfuercen por cambiar con el fin de confirmar la impresión que el grupo se haya formado de ellos.

PRACTICA DE LA TERAPIA DE GRUPO.

COMPOSICION DEL GRUPO. El número de personas que forman los grupos de terapia por lo general varía entre seis y doce. La mayoría de los terapeutas de grupo se basan en la entrevista para seleccionar a las personas que desean ingresar en el grupo. Los conductores del grupo deciden si los grupos deben ser homogéneos o heterogéneos. La duración más común de la terapia de grupo es de dos horas. El terapeuta de grupo debe ejercer control sobre el grupo, creando, construyendo y manteniendo su cultura, así como estableciendo principios básicos bajo los cuales debe funcionar el grupo.

TERAPIA CONYUGAL Y FAMILIAR

TERAPIA CONYUGAL. El "cliente" es el matrimonio o la pareja, también se le denomina **TERAPIA CONJUNTA**, lo cual simplemente significa que los dos integrantes de una pareja ven al mismo terapeuta dentro de la misma sesión. La terapia conyugal se puede ver precedida, seguida o acompañada por una psicoterapia individual para uno o los dos esposos, cuando alguno de los integrantes de la pareja sufre algún problema que en realidad no se vincula de una manera importante con la relación.

En la terapia conyugal el clínico se centra en una relación perturbada, debido a que las expectativas y necesidades de la pareja están en conflicto. La tarea del terapeuta es facilitar que la pareja trabaje junta para que logre aprender maneras nuevas para manejar los problemas

inevitables de una relación cercana. Una pieza central en la solución del problema es enseñar a la pareja a comunicarse de una manera más efectiva. Mejorar la Comunicación", no solamente como se dirigen uno al otro en la conversación sino también como conciben su relación. Entre las tareas múltiples que implica el mejoramiento de la comunicación se encuentran: enseñar a la pareja a aceptar la responsabilidad mutua para trabajar sobre problemas, mantener el aquí y ahora de su relación, fomentar la expresión de las preferencias personales en lugar de la necesidad de ser obedecido y negociar acuerdos y soluciones a determinados problemas que hace mucho tiempo la pareja había considerado como irresolubles.

TERAPIA FAMILIAR. Comienza por centrarse sobre los problemas de uno de los integrantes de la familia en lugar de tratar todo el sistema familiar, es lo que ellos llaman "Cliente Identificado", que por lo común es un hijo del sexo masculino (a menudo adolescente) que los padres han llegado a etiquetar con un "problema de comportamiento" o "imposible de manejar". Sin embargo, el terapeuta lo más pronto que pueda intentará otorgarle otro marco al problema en términos de procesos familiares perturbados o comunicación familiar deficiente, fomentando que todos los integrantes de la familia se percaten de: (1) su propia contribución al problema y (2) los cambios positivos que puede realizar cada integrante.

La meta principal de la terapia "es mejorar la comunicación mediante formas menos coercitivas para comunicar sus necesidades.

Otras áreas de la comunicación familiar sobre las cuales es posible que trabaje el terapeuta son: enseñar a los padres la importancia de ser consistentes en el establecimiento de las normas y disciplina, fomentar que cada integrante de la familia se comunique con los demás de una manera clara y directa, minimizar que se tome al cliente identificado como chivo-expiatorio y ayudar a los integrantes de la familia a que examinen hasta que grado es apropiado lo que esperan del resto de la familia.

EVALUACION DE LA INTERVENCION TERAPEUTICA

La evaluación del tratamiento psicológico es un interés principal por lo menos de tres partes. En primer lugar, esta el cliente, quien hace dos preguntas acerca de la terapia "¿Me

ayudo?" y "¿Valió la pena el gasto?". La segunda fuente de evaluación es el terapeuta, quien necesita saber si sus esfuerzos valieron la pena o no o si necesita modificarlos de alguna manera. La evaluación final de la psicoterapia es la sociedad, que en este caso se refiere a cualquier otra persona que tenga interés.

La evaluación de la Psicoterapia es una actividad que domina la investigación dentro de la psicología clínica. Esta actividad se presenta en dos formas: La evaluación empírica de los efectos últimos del tratamiento, se conoce como investigación de resultados, estudia los cambios que ocurren fuera de la terapia entre el comienzo y la finalización del tratamiento y durante el seguimiento.

La otra forma para evaluar se conoce como investigación de proceso, en la cual se estudian los cambios que ocurren dentro de las sesiones de terapia durante varios períodos de tiempo.

Según Kazdin (1978), las metas de la evaluación son: (1) Determinar la efectividad de un tratamiento específico. (2) Comparar la efectividad relativa de los diferentes tratamientos y (3) Estimar los componentes individuales de los tratamientos que son responsables del cambio en el problema o cliente particular. Con el fin de lograr esto la mayoría de los investigadores de la psicoterapia, la evalúan por medio de la utilización de un experimento científico, entendido este como un intento por descubrir las causas de ciertos eventos al realizar algunos cambios sistemáticos en determinados factores. Los factores que ellos alteran o manipulan los denominan Variables Dependientes, mientras que los cambios que se pueden observar se denominan Variables Independientes.

6.4 LA INTERVENCION CLINICA: MODELOS PSICODINAMICOS

Las raíces del modelo psicodinámico se encuentran en las obras de Sigmund Freud a finales del siglo XIX, tuvo un desarrollo triple: como método de tratamiento, como teoría de la personalidad y como manera de llevar a cabo la investigación

de la conducta. El modelo se fundamenta en las siguientes suposiciones principales: 1. La conducta humana y su desarrollo se determinan principalmente mediante los hechos, impulsos,

deseos, motivos y conflictos que se encuentran dentro de la mente (es decir, intrapsíquicos), 2. Los factores intrapsíquicos proporcionan las causas subyacentes de las conductas que se manifiestan abiertamente sean estas problemáticas o no, 3. Los orígenes de la conducta y sus problemas se establecen en la infancia a través de la satisfacción o frustración de las necesidades o impulsos básicos. Hay por lo tanto un mayor interés sobre los hechos pasados que sobre los presentes, 4. La evaluación clínica, el tratamiento y las actividades deben dirigirse a la búsqueda de los aspectos sutiles de la actividad intrapsíquica, la cual a pesar de que a menudo se oculta de la observación directa, debe ser tratada si queremos comprender la conducta y aliviar sus problemas conductuales. El modelo Freudiano Psicodinámico se basó en los siguientes principios fundamentales: *El determinismo psíquico, una creencia acerca de que la conducta no ocurre al azar sino de acuerdo con causas identificables, que en algunas ocasiones son manifiestas y en otras se ocultan tanto de la vista de los observadores externos como del mismo individuo que se comporta de una determinada manera, en lo que Freud denominó Inconsciente.

Otro postulado básico es que los patrones de la conducta humana se derivan de una lucha continua entre el deseo del individuo para satisfacer sus instintos innatos sexuales y agresivos y la necesidad de considerar las exigencias y realidades del mundo externo.

La Estructura Mental. En el sistema de Freud, los instintos primitivos inconscientes constituyen el id, que está presente desde el nacimiento y contiene toda la energía psíquica o libido disponible para motivar la conducta, opera en base al principio del placer. Al tiempo que crece el recién nacido y el mundo externo comienzan a imponerle cada vez un mayor número de limitaciones impidiéndole la gratificación directa del id, se desarrolla el ego, como una ramificación parcialmente consciente e inconsciente del id, comenzando a encontrar válvulas de escape para la expresión instintiva, opera en base al principio de la realidad, ya que se adapta a las exigencias externas. Un tercer componente mental, lo denominó Superego, es también el resultado de la influencia socializante de la realidad, equivale aproximadamente a lo que llamamos "conciencia", ya que el término implica las enseñanzas familiares y culturales acerca de la ética, la moral y los valores.

Mecanismos de Defensa. La estructura mental tripartita de Freud constantemente se ve involucrada en conflictos internos y como resultado de ello se genera la ansiedad. El ego intenta mantener alejados de la conciencia estos conflictos y la incomodidad que ocasionan, utilizando varios mecanismos de defensa generalmente a un nivel inconsciente.

Uno de los mecanismos más comunes es la Represión, en la cual el ego "detiene" la entrada en la conciencia de un pensamiento, memoria, sentimiento o impulso, que se consideran inaceptables (cuando una persona conoce su impulso y conscientemente trata de negarlo, el proceso se denomina, supresión). Sin embargo, la represión requiere de un gran esfuerzo constante y aun así los contenidos indeseables pueden amenazar "salir a la superficie" en determinados momentos. Para protegerse de lo anterior, se dice que el ego, emplea otras defensas inconscientes: Una de estas se denomina Formación Reactiva, en la cual la persona piensa y actúa de una manera completamente opuesta a su impulso inconsciente. Otro es la Proyección, en donde se atribuyen los sentimientos negativos a otras personas. El mecanismo de Desplazamiento en realidad permite cierto grado de expresión de los impulsos del id, dirigiendo dicha expresión hacia objetos o personas menos peligrosas. El mecanismo de defensa que para Freud era más aceptable en términos sociales es la Sublimación, en esta la expresión de los impulsos prohibidos se canaliza a través de actividades productivas y hasta creativas, tales como la escritura, pintura, actuación, proporcionando una solución relativamente permanente al problema de como defenderse de la ansiedad, además se consideran menos deseables los otros mecanismos debido al gran desperdicio de energía psíquica que producen y bajo situaciones de gran estrés (tensión) pueden fallar y así obligar la recaída o regresión de la persona a los niveles de comportamiento que son típicos de los estadios más tempranos y menos maduros.

*Etapas de Desarrollo o Estadios Psicosexuales. Cada uno de estos obtiene su nombre a partir de la parte del cuerpo que proporciona más placer durante ese período. A la etapa que comprende del nacimiento a los dos años se le llamó Etapa Oral, porque las actividades tales como comer, chupar y otras de naturaleza oral son las que predominan como fuentes de estimulación placentera. La segunda etapa del desarrollo de Freud se conoce como etapa Anal, debido a que él juzgaba que el

año y los estímulos asociados con la eliminación y retención de las heces se convertían en los factores más importantes después del estadio oral. El niño entra a la Etapa Fálica según Freud cuando los órganos sexuales se vuelven su fuente primaria de placer, aproximadamente a la edad de 4 años. Él teorizó que durante esta etapa el pequeño empieza a experimentar deseos sexuales hacia su madre y quiere hacer a un lado la competencia de su padre. Debido a que el niño teme ser castrado por sus deseos incestuosos y asesinos, el Complejo de Edipo y su ansiedad concomitante se resuelve normalmente a través de la represión de los deseos sexuales hacia su madre y la imitación o identificación con el padre y en el futuro por medio del encuentro de la pareja apropiada del sexo femenino. Freud esquematizó un proceso paralelo en las niñas, denominado Conflicto de Electra, el cual en términos ideales concluye en la identificación del papel femenino y la selección de un compañero del sexo masculino. El período que sigue se le llamó Latente y Freud pensaba que persistía hasta la aparición de la adolescencia en la que la madurez física y sexual del individuo se anuncia en la Etapa Genital la cual perdura a través de toda la etapa adulta, el placer se enfoca en la zona genital nuevamente, pero si el desarrollo durante las fases anteriores ha sido adecuado, el placer sexual no se limita tan solo al autoritarismo típico del período fálico, sino que se dirige hacia el establecimiento de una relación heterosexual y a largo plazo, en el cual las necesidades de la otra persona se valoran y toman en cuenta.

METAS DEL TRATAMIENTO PSICOANALITICO

En términos generales la meta del tratamiento psicoanalítico clásico es ayudar al paciente a pensar y conducirse en formas más adaptativas por medio de una mayor comprensión de sí mismo, este proceso incluye el reconocimiento intelectual de los deseos íntimos y de los conflictos, una participación emocional en los descubrimientos acerca de uno mismo y la búsqueda sistemática del modo como los factores inconscientes han determinado la conducta pasada y presente y han afectado las relaciones con los demás.

Por lo tanto las metas principales de la terapia psicoanalítica son: (1) La captación (insight) intelectual y emocional de las causas fundamentales de la conducta del paciente y de sus problemas y (2) El trabajar a fondo las implicaciones de esa captación (insight) (Freud, 1914), a

través de un proceso gradual que ocurre a lo largo de muchas sesiones analíticas. Aun después que aparezcan las verdades, el terapeuta ha de promover la elaboración de los insights y la comprensión de las defensas que mantuvieron ocultas esas verdades tanto tiempo, entonces la meta es que el paciente reconozca cuan extendidos han estado sus problemas, conflictos y defensas con el objeto de advertir su presencia y evitar su retorno con ayuda del terapeuta. Una de las suposiciones básicas de la teoría psicoanalítica son que las fantasías, sentimientos y conflictos más importantes del paciente son inconscientes y se encuentran protegidos por determinados mecanismos de Defensa. Por consiguiente para que el paciente pueda penetrar al fondo de los conflictos debe enseñársele como y donde buscar la información significativa, ayudándole a integrar esa información en una estructura que tenga sentido para lograr esto existen algunas técnicas y estrategias que en la práctica forman un entretreído de múltiples combinaciones: Asociación Libre, consiste en pedir al paciente que se someta a una Regla fundamental: la de decir todo lo que le viene a la mente, sin corregir ni censurar: La idea es que al eliminar las restricciones de tipo lógico, de presión social o las reglas de otro tipo, el material inconsciente saldrá a la superficie. Sin embargo debido a los mecanismos de defensa, una gran parte de lo que dice el paciente durante la sesión es de naturaleza defensiva.

Utilización de los sueños. Se considera que los sueños expresan los deseos inconscientes en una versión lo suficientemente disfrazada como para no traumatizar y despertar a la persona dormida. La descripción que rinde el paciente de su sueño revela su contenido manifiesto o sus características obvias. Este suele componerse de características y sucesos de poca importancia asociados con las actividades del día. Para los propósitos del psicoanálisis el aspecto más interesante de los sueños es el contenido latente: las ideas, deseos e impulsos inconscientes que aparecen en una forma no comprometidora como una negociación entre la represión total y la libre expresión. El proceso que consiste en transformar este material rechazante es algo más aceptable que el trabajo onírico, el cual implica el desplazamiento, la condensación, la dramatización, la sustitución, la devaluación y la simbolización. (Fancher, 1973, Monroe, 1955, citados por Bernstein, 1982.). Aquí también intervienen los mecanismos de defensa, los cuales obstaculizan

durante la vigilia los esfuerzos del analista para descubrir el contenido latente, a lo que Freud denominó Revisión Secundaria, por lo que para evitarlo se le pide al paciente que repita una o más veces su sueño. Las versiones posteriores casi siempre difieren del relato original y se supone que los cambios, omisiones y agregados que ocurren reflejan los esfuerzos inconscientes por disfrazar o defender el material perturbador. Atención a la "Conducta Cotidiana". Lo cual implica que el terapeuta debe estar siempre alerta y ser sensible hacia toda la conducta verbal y no verbal del paciente que se manifiesta Durante las sesiones o en sus relatos de lo sucedido entre sesión y sesión. Dos de las categorías más conocidas de esta conducta es: los errores y el humor. Los errores tanto verbales como escritos o las acciones equivocadas son indicios obvios de los sentimientos inconscientes del orador, escritor o del que ejecuta determinada acción. Los olvidos son otro ejemplo de errores supuestamente "motivados"

El Humor. Freud notó que generalmente contiene expresiones de hostilidad o agresión ya sean ocultas o abiertas. La transformación de estos sentimientos en humor se llama Trabajo de Ingeniería, el cual tiene algunas analogías con el trabajo onírico. De ahí que el desplazamiento, la condensación y otros procesos resaltan en ciertos chismes. Los juegos de palabras son muy buen ejemplo de condensación en que por lo menos dos significados se expresan en una sola palabra. Según la teoría psicoanalítica, las bromas proporcionan un desahogo no peligroso de la rabia y la hostilidad que, de ser expresados directamente podrían despertar un desagravio violento o sentimientos intolerables de culpa.

ANÁLISIS DE LA RESISTENCIA

Los intentos de superar las experiencias traumáticas de la niñez o de facilitar una autocomprensión más profunda trayendo ciertos hechos al conocimiento consciente dan lugar a la resistencia, hacia todo el quehacer psicoanalítico cuando el paciente llega tarde o falta repentinamente a sus sesiones de tratamiento.

EL. rehusar tratar ciertos temas, no estar dispuesto a utilizar el diván, quedarse dormido o no pagar la cuenta con frecuencia se interpretan de la misma manera.

Una de las fuentes de resistencia en la terapia psicoanalítica es la relación de TRANSFERENCIA. En esa relación el cliente tiende a revivir los viejos sentimientos y experiencias con las figuras principales que recuerda de su niñez. El terapeuta sirve como figura sustituto y el cliente pone de nuevo en escena sus conflictos todavía no resueltos. Para experimentar la transferencia es necesario que el paciente reconozca esos motivos inconscientes, los haga a un lado y llegue a relacionarse con él terapeuta de manera más positiva.

La CONTRATRASFERENCIA, se refiere a los sentimientos positivos y negativos que el terapeuta experimenta hacia sus clientes. Esos sentimientos pueden interferir con la exactitud de la interpretación que hace el terapeuta y son fundamentalmente indeseables. Por consiguiente, los terapeutas deben de estar preparados para enfrentar la aparición de esos sentimientos y tener la capacidad necesaria para reconocerlos cuando se presenten. (Kendall y Norton, 1988).

El enfoque psicoanalítico de la terapia tiene muchas facetas. Freud el psicoanalista fundador ha sido puesto en tela de juicio en el transcurso de los años por otros que en diversos grados están descontentos con sus teorías.

Jung (1934), estaba en desacuerdo con la premisa de Freud de que la energía psicológica era primordialmente sexual, así como con el punto de vista de que todas las experiencias de la niñez son determinantes de manera irrevocable. En cambio, Jung hacía hincapié en los análisis simbólicos del inconsciente que tratan de identificar las características positivas y negativas del inconsciente del cliente. También Adler (1917), rechazaba el punto de vista enfático de Freud respecto a la influencia fundamental de la sexualidad, pero subrayaba la función de la lucha total del individuo por superar la inferioridad y vivir una vida más completa. Los terapeutas de la escuela de Adler destacan el ayudar a los clientes a reconocer sus conflictos de inferioridad y a concentrarse en desarrollarse a sí mismos en forma positiva. Sullivan (1953), se apartó también de Freud al subrayar la función que desempeñan las relaciones interpersonales en el análisis Individual. Sullivan utilizó la relación terapeuta-cliente como ejemplo de la experiencia interpersonal del cliente y la uso además para examinar sus dificultades interpersonales. Otras modificaciones del psicoanálisis Freudiano las propusieron neofreudianos tales como:

Fromm, Horney, Lewin y Maslow, entre muchos otros.

Otras alternativas terapéuticas con influencia freudiana son:

LA TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE

Pone énfasis en las experiencias psicológicas del momento presente y se basa en la creencia "humanista" de que todas las personas se sienten motivadas para y son capaces de mejorarse a sí mismas. La estrategia terapéutica fundamental implica alentar a los clientes para que dirijan su propia terapia. Para facilitar esa toma de decisiones independiente, el terapeuta no dirige activamente al cliente, sino que trata de crear una atmósfera terapéutica que no sea dirigida sino facilitadora. Rogers (1957), creador de esta terapia, afirma que si ciertas condiciones definibles del terapeuta están presentes, los clientes se autorrealizarán y superarán sus problemas. La autorrealización según Rogers (1959), es "la tendencia natural del organismo a desarrollar todas sus capacidades de modo que ayuden a mantener o mejorar dicho organismo". Las condiciones específicas que se desean en el terapeuta son: autenticidad y congruencia, empatía precisa y apreciación positiva incondicional.

Los terapeutas rogerianos tratan de no interrumpir jamás, como no sea para resumir lo que el cliente ha dicho, también rechazan el sistema tradicional de clasificación para diagnóstico basándose en que establece la relación terapéutica con límites potenciales que obstaculizan el proceso de realización del cliente.

TERAPIA EXISTENCIAL

Está basada filosóficamente en los trabajos de varios "existencialistas" tales como Kierkegaard (1954), Buber (1948) y Heidegger (1963), los terapeutas de esta orientación tratan de analizar la "condición humana" del paciente, aceptando la experiencia personal que el cliente tiene del mundo actual y entendiendo más a fondo el "ser" de dicho cliente. El "ser" es la naturaleza interna, la calidad única, los valores especiales y la calidad humana. La función del terapeuta es la de una persona profundamente consciente, auténtica y comprensiva que ayuda al cliente a dirigirse a sí mismo para iniciar su propio cambio terapéutico en su yo interno. Frankl (1959), desarrollo un

método existencial denominado Logoterapia. Con este método los terapeutas se concentran en ayudar a los clientes a superar los sentimientos de carencia de sentido ("vacío existencial"), explorando los aspectos "espirituales" como son sus valores y sus objetivos en la vida. Se ayuda a los clientes a encontrar significado e importancia hasta en las experiencias más pequeñas y penosas. En la médula de la logoterapia se encuentran dos técnicas prácticas: la desviación y la intención paradójica. La desviación se aplica cuando los clientes se están presionando a sí mismos para actuar. La intención paradójica, en cambio requiere que los clientes se concentren de manera exagerada, en situaciones o sentimientos desagradables, a fin de disminuir el temor de que esos acontecimientos sean catastróficos.

Los existencialistas aceptan los deseos y los conflictos humanos tal cual vienen y para ellos son simplemente parte de la vida, también trabajan en el presente y restan importancia al pasado.

TERAPIA GESTALT

Perls (1969), fue el fundador de esta terapia, la cual como ciencia de la percepción abarca principios de "conclusión" (la tendencia a percibir las figuras como completas cuando en realidad están incompletas), así como la relación de las figuras (características sobresalientes) y su fundamento (antecedentes). Los principios gestalt incluyen también la creencia en la motivación humana para autorrealizarse. Una meta fundamental del método gestalt es producir el crecimiento a través de la conciencia personal. La conciencia se define como un conocimiento total del todo lo que se percibe, se siente y se piensa dentro de la persona. Una segunda meta es lograr integración completa, la cual implica la conclusión de un asunto sin terminar, el reconocimiento de todas las partes del yo y la unidad de los comportamientos verbales y no verbales, por lo que los terapeutas gestalt ponen mucha atención en la congruencia de esos comportamientos, no interpretan lo que el cliente dice durante los ejercicios y se concentran en el "aquí" y "ahora" de la conducta del cliente.

TERAPIA DE JUEGO EN NIÑOS

Mediante el juego el niño puede ser capaz de expresar sentimientos que de otro modo pueden quedar ocultos. Los terapeutas de juego difieren en cuanto a su naturaleza dirigida. Los terapeutas dirigidos desempeñan una función activa seleccionando juguetes, estableciendo reglas y haciendo interpretaciones. Los no dirigidos se abstienen de poner limitaciones y hacer interpretaciones, y asignan al niño una mayor responsabilidad por sus acciones y reacciones, basándose en el concepto de autorrealización.

TERAPIA BREVE DE INTERVENCIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

A diferencia de las otras intervenciones, esta debe ser breve y aplicada en momentos de urgencia: cuando la presión de la tensión puede estar llevando a un trastorno. Por lo general lo que interesa al terapeuta es aliviar la emergencia psicológica del momento. Esas terapias breves se han tomado de diversos sistemas terapéuticos (Butcher y Maudel, 1976, citados por Kendall y Norton, *op cit*). En la terapia psicoanalítica breve, el terapeuta sigue recurriendo a las interpretaciones, pero estas se refieren al problema actual más que a las experiencias de la niñez (Alexander y French, 1948; Horowitz, 1979, citados por *op cit*). No obstante el terapeuta trata de que el cliente entienda porque está teniendo el problema. Dentro de las terapias orientadas hacia la emergencia se describen cuatro niveles de intervención (Bucher y Koss, 1978; Jacobson, Stricher y Morley, 1968, citados por *opcit*). En el primer nivel, el terapeuta sirve como fuente de referencia y ayuda a los clientes a encontrar un servicio adecuado de tratamiento psicológico o médico.

En el segundo nivel, el terapeuta da apoyo escuchando al cliente a fin de ayudarlo a recuperar un sentido de valor y respaldo.

La característica del tercer nivel es que el terapeuta trata de resolver la crisis específica, sin hacer referencia a la personalidad del cliente. El nivel de la intervención en caso de emergencia es un componente importante de la función social del psicólogo clínico; ayudando a los clientes a superar problemas temporales debidos a un divorcio, un fallecimiento o un desastre natural.

6.5 TERAPIAS DE LA CONDUCTA

Estas terapias pretenden fundar sus técnicas sobre las teorías psicológicas del aprendizaje. Se considera que los "síntomas" del individuo son conductas aprendidas y que se debe procurar cambiar o modificar directamente estas conductas problema, en lugar de tratarlas indirectamente como si fueran manifestaciones de problemas latentes.

En la actualidad las terapias conductistas constituyen una corriente muy activa y vigorosa de psicoterapia y hay una gran variedad de métodos, procedimientos, teorías e innovaciones que se agrupan bajo este rubro. La mayoría de los métodos conductistas están vinculados a las teorías del aprendizaje, aunque este vínculo no siempre es directo. El centro de atención es la conducta y no las variables de personalidad o atributos o conflictos deducidos.

El tratamiento se orienta más directamente a la modificación de las conductas que se observan.

La mutua relación terapéutica, la interpretación y otros fenómenos semejantes reciben poco o ninguna atención.

Los terapeutas conductistas se interesan por la investigación y por relacionar su trabajo con otras áreas de la Psicología Científica, así como también en hacer públicos y discutir los resultados de sus intervenciones terapéuticas.

A continuación se resumirán los aspectos más importantes de cada una de las terapias conductuales.

LA INHIBICION RECIPROCA DE WOLPE

El principio psicoterapéutico de la inhibición recíproca establece que "si se puede lograr una reacción inhibitoria de ansiedad ante la presencia de estímulos que la provoquen" (Wolpe, 1964). Hay muchas respuestas que se consideran potencialmente capaces de inhibir la ansiedad como la relajación, la aserción y la respuesta sexual según Wolpe.

DESENSIBILIZACION SISTEMATICA

Dentro de esta, una parte de cada una de las primeras sesiones se dedica a entrenar y enseñar al paciente a que se relaje. También se obtienen datos del cliente acerca de los temores o fobias específicas que tiene y luego se forma una jerarquía de las actividades correspondientes para combatir a cada una de ellas. Se construye una jerarquía de imágenes que van desde las que provocan un mínimo de ansiedad hasta las que producen una ansiedad muy intensa. Una vez que el cliente está tranquilo y relajado se le incita a imaginar la escena que provoca la menor cantidad de temor y si logra imaginar esta escena se prodiguc luego con la siguiente escena de la jerarquía. Si se experimenta alguna ansiedad con la escena el paciente hace una señal al terapeuta y se suspende el proceso.

El paciente se pone otra vez en estado de relajación y se vuelve a repetir la escena que provoca la ansiedad hasta que se pueda ver sin ninguna aprensión. El paciente prosigue luego con lo que queda de la jerarquía hasta lograr imaginar la escena que provoca el máximo de ansiedad sin que le provoque ninguna ansiedad. Si el paciente tiene más de una fobia o temor se realiza un procedimiento semejante con cada una de ellas.

Según Wolpe (1969, citado en Garfield, 1984), la mayoría de los individuos que logran realizar estos procedimientos en su imaginación, también podrán hacer frente a la vida real sin ninguna ansiedad extraordinaria. Sin embargo, hay algunos individuos que logran cumplir con todos los grados de imaginación, pero no logran ninguna mejoría en la situación real que les provoca temor.

ENTRENAMIENTO ASERTIVO

Esta es una forma especial de terapia conducta cuando el problema es una falta de firmeza personal adecuada. Se da por supuesta la premisa de que falta de asertividad del paciente, su incapacidad para expresar sus sentimientos o los controles demasiado intensos que ejerce sobre su conducta es el resultado de una ansiedad vinculada a respuestas asertivas del pasado.

El entrenamiento asertivo tiene dos características relevantes: la inhibición de la ansiedad vinculada a situaciones específicas y el refuerzo positivo que se recibe de la conducta asertiva.

Al paciente se le hace ver que su falta de asertividad obstaculiza su vida diaria y que una vez que empiece a expresarse a sí mismo podrá resolver su dificultad. Suelen ser necesarias algunas exhortaciones e incitaciones.

Al principio se da al paciente una explicación sobre cómo la ansiedad impide la firmeza del individuo y la posibilidad de que tenga sentimientos latentes de ira y resentimiento hacia los demás en esta situación. Se dice al paciente que si logra expresar su resentimiento, logrará suprimir su ansiedad. Luego se habla de los modos de llevar estos conocimientos a la práctica y se le anima a explorar esas nuevas posibilidades en las debidas circunstancias. El terapeuta debe ser muy prudente, debe animar al paciente a una conducta de firmeza únicamente cuando la acción asertiva no trae ninguna consecuencia negativa para el paciente.

Durante la terapia se le pide al paciente que represente cierta conducta o ciertos papeles determinados. A esta actividad terapéutica se le llama "Representación de rol" o "Ensayo de Conducta". El terapeuta debe representar el papel de alguna persona particular ante la cual el paciente no puede actuar con la debida firmeza y se instruye al paciente para que exprese sus sentimientos inhibidos con respecto a esa persona. Al paciente se le anima para que se posea lo más que pueda del papel y no hacerlo en una forma meramente rutinaria. El paciente suele repetir sus parlamentos y su comportamiento hasta que se juzgue que su actuación es adecuada.

Los ensayos de conducta suelen encauzar al individuo en una conducta apropiada para su interacción con las personas reales que antes le causaban ansiedad y que le impedían tener firmeza.

TERAPIA DE AVERSION

Está basada en el supuesto de que la asociación repetida de la respuesta indeseable con el estímulo aversivo disminuirá el valor del reforzamiento de la respuesta y por lo tanto, inducirá a la persona a dejar de presentar esa respuesta.

Esta terapia se ha empleado para tratar problemas tales como el consumo excesivo de alcohol, al hábito de fumar, los problemas sexuales y la conducta autodestructiva.

Los estímulos aversivos son por lo general fármacos, sustancias químicas o choques eléctricos.

TERAPIA IMPLOSIVA O DE INUNDACION

La lógica de esta terapia parece contraria a la que rige ala desensibilización, mientras que esta última comienza con estímulos que producen un mínimo de ansiedad y poco a poco van incrementándose hasta llegar a estímulos más intensos, la terapia implosiva utiliza estímulos de gran intensidad desde un principio.

Teóricamente esta terapia utiliza un paradigma de extinción, este método procura incorporar ciertos aspectos de la teoría psicodinámica de la personalidad.

La terapia implosiva aprovecha y utiliza las situaciones o estímulos que el paciente dice que teme o le provocan mucha ansiedad, aunque se da por supuesto hipotéticamente que los estímulos que tienen cargas más elevadas de ansiedad son evitados o reprimidos por el paciente. Por lo tanto aunque el paciente es expuesto a indicadores imaginados o visualizados que provocan bastante ansiedad, hasta cierto punto se utiliza una forma de graduación, presentando primero los estímulos menos amenazadores. A medida que el paciente va trabajando con estos suele recordar otros estímulos de tipo más amenazador que había olvidado, o el mismo terapeuta deduce tales estímulos en base al conocimiento que tiene de la historia del paciente y de la teoría psicodinámica.

En la teoría implosiva se tienen algunas entrevistas diagnósticas con el paciente para obtener cierta información básica de sus problemas y para comprender mejor la dinámica de su dificultad.

Al paciente se le dan luego instrucciones acerca de los procedimientos implosivos. Se le exige que represente diversas escenas o papeles que el terapeuta le presenta, pidiendo que "viva" las escenas con emoción y afectos genuinos. Las escenas que se usan para esta representación son situaciones o estímulos que supuestamente provocan ansiedad al paciente. Se repiten estos procedimientos y según el paciente vaya manifestando una disminución en su ansiedad como reacción a esas escenas, se van introduciendo nuevas variaciones con el fin de provocar más ansiedad. El procedimiento continua hasta que e logra una reducción substancial de la ansiedad.

Se le deja al paciente las tareas de repasar y ensayar en su imaginación las escenas que le provocan ansiedad.

En la terapia implosiva el énfasis se pone en el aspecto emocional. Los terapeutas que utilizan esta técnica se valen de conceptos psicoanalíticos para determinar indicadores (que probablemente estén relacionados con el problema del paciente), para trabajar con ellos en su extinción.

CONDICIONAMIENTO OPERANTE

La aplicación de los principios de reforzamiento positivo y negativo, costo de respuesta, modelado por aproximaciones sucesivas y discriminación/generalización, representa un procedimiento ampliamente utilizado en terapia conductista. (Kendall y Norton, 1988).

El reforzamiento positivo se utiliza en terapia conductista de los trastornos depresivos. Se ayuda a los clientes a establecer oportunidades de reforzamiento positivo específico para aumentar la frecuencia de esas acciones que levantan el ánimo. El reforzamiento positivo también funciona como elemento esencial en la relación terapeuta-paciente, las expresiones de aliento son un apoyo personal constante y son refuerzos positivos del esfuerzo del paciente.

El reforzamiento negativo es la aportación de reforzadores positivos, para no entregarse a una conducta negativa. La técnica del ejercicio negativo es la combinación de una práctica excesiva y reforzamiento negativo. El costo de respuesta es la recuperación de reforzadores positivos asociados a una conducta negativa como por ejemplo, "El contrato de tratamiento", utilizado como incentivo para que los pacientes participen en el programa terapéutico.

El modelado por aproximaciones sucesivas consiste en establecer una sucesión jerárquica de objetivos intermedios y cada uno de esos pasos se refuerza y alienta positivamente. El aprendizaje gradual se estimula por etapas reales y a la vez motivantes que aportan un reforzamiento positivo con su logro.

MODELADO

Implica colocar al paciente frente a una persona que demuestra realmente las conductas que aquel tiene que aprender. El modelado puede ser por etapas, en vivo, simbólico, filmado y con participación.

El modelado por etapas es una demostración paso a paso de la conducta que se va a aprender.

El modelado en vivo tiene una calidad real y en marcha de la conducta demostrada.

El modelado con participación muestra la conducta modelada y la participación del cliente.

Un aspecto importante dentro de esta técnica es la conducta que presenta el modelo, que puede ser de dominancia o de enfrentamiento directo considerándose este último como el de mayor eficacia.

Se ha demostrado que las características del modelado acentúan los factores del aprendizaje por observación. Del mismo modo se ha observado que los modelos múltiples son más eficaces que los únicos y que un modelo vivo tiene efectos más duraderos que uno simbólico. Las consecuencias de conducta que experimenta el modelo son también importantes para la imitación por parte del paciente, cuando el modelo es recompensado, a eso se le llama reforzamiento indirecto si induce al cliente a imitar la conducta modelada.

TERAPIA COGNOSCITIVA

Las terapias cognoscitivas se derivan de conceptualizaciones que se encuentran en los conocimientos o pensamientos de las personas como una de las fuentes principales de trastornos psicológicos. La terapia cognoscitiva trata de modificar los sentimientos y conducta del cliente al modificar sus pensamientos. Los terapeutas cognoscitivistas suponen que los cambios efectuados en el conocimiento de los clientes producirán cambios positivos en sus conductas problema (op cit.).

La terapia cognoscitiva se centra principalmente en los síntomas evidentes, prestando poca atención a los acontecimientos de la infancia del paciente y a los orígenes del problema.

Dos métodos cognoscitivos representativos son: La terapia Racional -Emotiva y la Terapia Cognoscitiva de Beck para la Depresión.

TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA

Tiene como principio ayudar al paciente a percatarse de sus ideas irracionales y sustituirlas por afirmaciones autoestimulantes. Se parte de la hipótesis que propone que las personas se hablan a sí mismas y que si estas afirmaciones no son racionales, en vez de resolver el problema crean otros, por lo tanto la forma en que la persona interpreta el medio es la que produce el trastorno psicológico o el bienestar.

En la terapia Racional-Emotiva se trata de modificar la conducta problema atacando las creencias de la persona que producen las consecuencias de inadaptación. Estas creencias son refutadas directamente y destruidas por el terapeuta quien exige explicaciones de todas las suposiciones del paciente expresando dudas y reprobación ante sus creencias irracionales. Se atacan las creencias irracionales, no la personalidad del paciente.

A menudo se incluyen principios conductuales dentro de esta terapia, por ejemplo, el modelado, la retroalimentación y el refuerzo.

TERAPIA COGNOSCITIVA DE BECK PARA LA DEPRESION

Beck (1973) considera que los trastornos psicológicos son el resultado de la manera en que las personas llegan a pensar de sí mismas. Pone de manifiesto el papel de las ideas deprimentes y reconoce una multitud de síntomas adicionales de depresión.

Beck (1973) piensa que las personas deprimidas se consideran a sí mismas inadecuadas e interpretan equivocadamente los acontecimientos de su vida confirmando esa imagen inadecuada. El tratamiento tiene la finalidad de hacer que el paciente se percate de sus ideas y autoevaluaciones negativas y las sustituya por otras más realistas. Estas ideas contraproducentes pueden ser de acuerdo con Beck: ideas negativas con respecto al mundo, pensamientos negativos acerca de sí mismos y percepciones negativas del futuro.

Como primer paso se hace una evaluación precisa de los pensamientos negativos que influyen en el paciente, enseguida el terapeuta lleva al cliente a reflexionar sobre los pensamientos que pasan por su mente cuando sucede algo penoso. Se instruye al paciente para que sustituya esos pensamientos negativos por otros más exactos y positivos, a menudo se utiliza para esto la técnica de doble columna para anotar los pensamientos.

El cliente y el terapeuta tratan de identificar problemas y ponen a prueba la lógica y la racionalidad de los pensamientos y creencias del paciente. La autovigilancia es una aptitud importante que se le enseña al paciente, se le pide que vigile sus experiencias para que el terapeuta determine si este es incapaz de sentir placer o si es muy exigente y descarta las experiencias agradables.

La programación de actividades permite al terapeuta guiar al paciente en la planeación y participación de eventos agradables.

INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES

Los tratamientos descritos como "Terapia Cognoscitiva" son en realidad cognoscitivo-conductuales. Los procedimientos de este tipo de intervención se basan en los siguientes principios: 1) el organismo humano responde a las representaciones cognoscitivas del medio, no al medio en sí; 2) esas representaciones cognoscitivas están relacionadas con el proceso de aprendizaje; 3) la mayor parte del aprendizaje humano se comunica cognoscitivamente y 4) los pensamientos, los sentimientos y la conducta son casualmente interactivos (Kendall y Norton, 1988.).

Un método de tratamiento que surgió de las intervenciones cognitivo-conductuales es el procedimiento de:

INOCULACION DE TENSION

Su objetivo es controlar la tensión, la ansiedad y la ira a través de 3 fases: la fase educativa, en la cual se le explica al paciente el origen de la tensión, las cuales se practican luego durante la fase de ensayo. Finalmente en la fase de aplicación se motiva al paciente a utilizar las aptitudes aprendidas en situaciones de tensión reales.

INTERVENCION EN DESARROLLO INFANTIL

7.1 FUNDAMENTOS DE LA ESTIMULACION TEMPRANA

Dentro de las múltiples definiciones de Estimulación temprana que existen hay algunos autores (Sánchez Palacios- Cabrera. 1980; Júdez-Fageda. 1979; Gómez-Rodríguez, 1979), que coinciden al considerar a esta como un tratamiento con base técnico científicas y aplicable en los primeros años de vida, que aprovecha los avances de la Neurología Evolutiva, la Psicología del Desarrollo y de la Psicología de la Conducta, para potencializar al máximo las posibilidades físicas, intelectuales y afectivas del niño sin forzar el curso lógico de maduración del Sistema Nervioso Central; todo esto mediante programas esquemáticos y secuenciales que abarcan todas las áreas del desarrollo humano (Psicomotricidad gruesa y fina, lenguaje y comunicación, socialización y autocuidado) y que se elaboran a partir del diagnóstico y análisis de una serie de pautas de observación y escalas de desarrollo.

Cuando el niño nace aun no ha terminado el proceso de maduración de su Sistema Nervioso Central, el período máximo de organización neuronal es entre los seis meses de gestación hasta un año de vida posnatal y después continua con menor intensidad, dándose así una plasticidad aprovechable precisamente en los primeros años de vida, lo que justifica la razón de ser de la Estimulación Temprana.

Primero deben formarse unas prolongaciones o ramificaciones de las neuronas y estas han de adquirir la capacidad de conectarse con otras neuronas. Sin la interacción con el entorno, el niño no puede desarrollar sus ramificaciones y conexiones neuronales. El cerebro se desarrolla influido por los estímulos que le llegan desde fuera: sonidos, olores, luz y sombra, diferencias de temperatura, colores, caricias, palabras, movimientos, etc.,

En la segunda o tercera semana de vida se inicia la estimulación durante una o dos horas diarias, con juegos y ejercicios fáciles de realizar por los padres. La estimulación física favorece la sensibilidad anatómica. Al motivar al niño para que se mueva físicamente, su cerebro recibe también una mayor estimulación. No tienen que ser las dos horas seguidas, se obtienen buenos

resultados dividiendo ese tiempo en seis u ocho sesiones de ejercicios diarios, con duración entre 10 y 15 min y realizándolos los 7 días de la semana.

La estimulación debe hacer que el niño participe activamente con diferentes juegos y no sólo con ejercicios pasivos.

Otro aspecto importante es que se ha encontrado que estas Técnicas de Estimulación Temprana no sólo ayudan a niños normales, sino también aquellos que presentan factores de riesgo al nacer, como asfixia, permutares, ictericia, convulsiones o problemas respiratorios que ameritaron tratamiento con oxígeno y ventilación asistida.

Gracias a la plasticidad del cerebro del recién nacido se puede lograr aminorar o evitar las posibles secuelas neurológicas y ofrecerte un mejor desarrollo y una mejor calidad de vida, al reducir en lo posible el retraso psicomotor y las secuelas neuromotoras, desarrollando al máximo su potencial neurológico. Si presentará secuelas severas o retraso psicomotor importante, ayudarle a mejorar su desarrollo neurológico evitando que se presenten mayores complicaciones, e influyendo en la dinámica familiar para que su entorno no se desintegre, logrando que toda la familia participe y aprenda a convivir armónicamente con el niño afectado.

Por otra parte se sabe que la experiencia temprana de una persona tiene consecuencias en su desarrollo ulterior. Por ello para los niños con antecedentes de riesgo posnatal, al ser egresados de una unidad de cuidados intensivos se le indica a los padres que, de acuerdo con su seguimiento posterior en la consulta, si se encuentra un desarrollo normal, deben ser tratados sin cuidados especiales.

Los intercambios que se realizan entre los niños de corta edad y los adultos, con todas sus variaciones en calidad y sensibilidad, se transforman en la cultura y personalidad del pequeño. Con base en tal principio los educadores que trabajan con la niñez y que se ocupan de mejorar el desarrollo de infantes de alto riesgo, así como el retraso del desarrollo entre los que tienen lesión leve o cuyo entorno social y familiar conlleva alto riesgo, se han orientado hacia el niño, los padres, y la relación entre ambos, como el aspecto más importante para los cambios en el desarrollo del niño.

La Estimulación Temprana debe aplicarse por personal responsable y consciente de su trabajo, conocedor del desarrollo neurológico y evolutivo del niño tanto en condiciones normales como anormales. Puede ser un médico (rehabilitador, pediatra, neuropediatra, psiquiatra), un psicólogo clínico, un pedagogo, fisioterapeuta, un maestro (preescolar, educación especial), una enfermera etc..

Si son los padres los encargados de aplicar esa estimulación deben estar asesorados por un profesional especializado que dirija y confeccione los programas, enseñe a los padres a aplicarlos y realice un seguimiento.

La Estimulación Temprana puede aplicarse en un centro especializado o en el propio hogar del niño dependiendo de las necesidades que el entorno social plantea en cada caso, aunque de hecho el niño está en permanente estimulación.

Metodología

De acuerdo con lo anterior el trabajo realizado en el Hospital "Maximiliano Ruiz Castañeda". ISEM Naucalpan Edo. De México tuvo dos vertientes: la primera de ellas tuvo una duración de 6 meses, consistió en la impartición de consulta clínica con pacientes externos, ya que era la función específica del psicólogo dentro de dicha institución y había sido establecida a través de las prácticas anteriores de estudiantes de psicología, siguiendo la estructura del modelo médico tradicional, es decir se debía emitir un diagnóstico en términos psiquiátricos, etiquetando al paciente, lo que contrasta con la formación Académica de algunos psicólogos, obstaculizando su labor terapéutica.

Por otra parte todos los pacientes atendidos eran de nuevo ingreso, ya que a pesar de ser la continuación de un trabajo establecido, no se tuvo acceso a los expedientes de pacientes anteriores, ni estos solicitaron nuevamente el servicio.

Como actividad previa a la impartición de la consulta se llevo a cabo la difusión de la misma, a través de carteles informativos. De lo anterior se obtuvo una lista de solicitantes a la consulta clínica.

Posteriormente todos los psicólogos se organizaron por parejas, procediendo a la impartición de la consulta. Las sesiones de consulta tenían una duración de aproximadamente 50 a 60 min. Se atendían un promedio de 6 pacientes al mes.

En la primera sesión con cada paciente se procedía a entrevistarle, indagando sus datos Demográficos, el motivo de consulta y sus expectativas con relación a la terapia, también se le informaba en términos generales el trabajo psicológico que se realizaría. En las sesiones posteriores mediante una entrevista semiestructurada se recogía información acerca de las áreas con las que considerábamos estaba relacionado el problema. Esta fase de recogida de datos variaba de acuerdo al problema de cada paciente, pero en promedio nos llevaba de 4 a 6 sesiones, para poder así dar inicio al análisis funcional del caso y posteriormente elegir el tratamiento más adecuado para la solución del problema, tomando en cuenta la opinión del paciente. Entre las técnicas de terapia más frecuentemente utilizadas están: la terapia de relajación de

Jacobson(1938,1957). la terapia racional emotiva, la cognoscitiva de Beck(1973) para la depresión, el entrenamiento asertivo y el condicionamiento operante

Al finalizar la terapia se elaboraba un expediente para cada paciente con las anotaciones realizadas en cada una de las sesiones.

Hasta ese momento no existía el trabajo de apoyo psicológico en las diferentes especialidades que cubren el hospital, por lo que la segunda vertiente del trabajo se enfoco en este aspecto, específicamente en el área de pediatría donde fue solicitada nuestra labor para brindar atención a niños susceptibles de sufrir algún tipo de retardo en el desarrollo, debido al alto índice de factores de riesgo presentes tanto en las madres como en los niños. por lo tanto se decidió impartir talleres de estimulación temprana, al respecto el personal medico encargado del servicio de pediatría, nos informo que ya se habían llevado a cabo 2 programas de estimulación temprana, uno dirigido por fisioterapeutas y el otro por estudiantes de psicología, sin embargo, no se dejaron reportes escritos de estos. por lo que no se podría llevar a cabo un seguimiento de dichas actividades y por lo tanto tendríamos que iniciar todo el proceso de planeación para un nuevo programa de estimulación Temprana. Una vez realizado esto comenzaron a impartirse los talleres de Estimulación Temprana. Iniciando el 19 de febrero de 1996 y finalizando el 1° de Noviembre del mismo.

Se realizaron 4 talleres cada uno integrado por 20 sesiones aproximadamente.

Cada sesión duraba en promedio 2 hrs. y se impartían dos veces por semana los días Lunes y Miércoles, a cada uno de los talleres asistieron 10 niños de edades entre 15 días y 9 meses, la mayoría de ellos nos fueron referidos por las pediatras encargadas del Servicio, por lo que sus expedientes denotaban algún factor de riesgo ya sea prenatal, natal o posnatal que pudiera ser causa de retardo en el desarrollo, como por ejemplo: asfixia grave, moderada o leve, mala nutrición de la madre durante el embarazo, hiperbilirrubina, parto prematuro, bajo peso al nacer, madres adolescentes, entre otros.

Los niños pertenecen a familias de nivel socioeconómico bajo, la escolaridad de los padres es de primaria incompleta a preparatoria (este último nivel solo se presentó en una sola pareja).

Como actividad previa a la impartición de dichos talleres se llevo a cabo la difusión de los mismos, a través de carteles informativos y folletos. De lo anterior se obtuvo una lista de participantes a cada uno de los talleres.

Durante la primera sesión se realizo una entrevista inicial a los padres cuya finalidad era obtener información acerca del niño y de la familia además se evaluaba al niño de acuerdo a la escala de desarrollo Denver. (A partir de la cual se formaban grupos de acuerdo a los repertorios conductuales de cada niño), para conocer su repertorio conductual.

Posteriormente se formaron grupos por rangos de edad (0 a 4 meses), (4 a 8 meses), y (8 a 12 meses). Iniciando formalmente los programas de estimulación temprana los cuales se dividieron en 2 rubros: teoría y practica, los contenidos temáticos de las sesiones teóricas fueron principalmente las siguientes:

- Estimulación temprana
- Bienestar para su hijo
- Retardo en el desarrollo

Dichas sesiones fueron expuestas a partir de múltiples rotafolios y material de apoyo en forma alternada por las psicólogas encargadas del programa, de la misma forma, fueron coordinados tratando de que los padres expresaran sus dudas con respecto al tema visto.

Las sesiones practicas consistían en enseñar a los padres una rutina de ejercicios adecuada a la edad de sus niños. El material utilizado durante estas sesiones fueron colchonetas, pelotas, sonajas, cubos, argoillas, barras de madera y escaleras.

El primer taller consto de 20 sesiones de las cuales 10 fueron teóricas y 10 practicas, cada sesión tenia una duración aproximada de 45 a 60 min. Durante las sesiones teóricas asistían todos los padres con o sin sus hijos, en las sesiones practicas asistían los padres con sus hijos en su horario correspondiente.

El segundo taller consto de 23 sesiones, modificándose la forma de trabajo, es decir, dentro de una misma sesión se les daba a los padres la información teórica y se les enseñaba la rutina de ejercicios pertinente, esto se hizo ya que durante el primer taller hubo mucha inasistencia de los padres a las sesiones teóricas, asistiendo únicamente a las sesiones practicas.

Cada sesión duraba aproximadamente 90 min. 45 min. Dedicados a la teoría y los 45 min. restantes a los ejercicios. Al igual que en el primer taller se siguieron formando grupos de trabajo de 4 a 5 niños como máximo y estableciéndose grupos de edad.

El tercer taller consto de 18 sesiones y el cuarto taller de 23. ambos conservaron la forma de trabajo del segundo taller.

En cada uno de estos talleres el propósito de nuestra evaluación no era calificar, sino obtener una información acerca del progreso de los niños sobre si conseguían los objetivos y sobre si la secuenciación de estos era correcta. Aplicamos en consecuencia, la evaluación continua, entendida como la valoración diaria y puntual de los aprendizajes de cada niño, a través de un registro grupal en el que aparecen los nombres de los niños del grupo y los objetivos del programa.

También se realizo un registro de sugerencias. en el que se anotaba durante cada sesión las correcciones y anotaciones que se consideraban oportunas al programa que se estaba realizando.

DESCRIPCION DE RESULTADOS

El trabajo clínico realizado en el Hospital "Maximiliano Ruiz Castañeda" abarco de Octubre de 1995 Marzo de 1996, asistiendo con una frecuencia de dos días por semana (Lunes-Miércoles), en un horario de 7:00 AM a 13:00 PM atendándose un total de 14 casos clínicos.

La edad de la población atendida fluctuaba entre los 2 y los 65 años, siendo la edad de mayor frecuencia los 6 Años con 3 pacientes y los 7 años con 2 pacientes.

Las funciones que se cubrieron dentro de esta área fueron:

- *Evaluación
- *Elaboración de Diagnóstico
- *Intervención (Terapia)
- *Análisis de Casos
- *Revisión Bibliográfica
- *Establecimiento y Fortalecimiento de un Vínculo Institucional

El total de Horas empleadas para dichas actividades fue de 84

A continuación se detallaran los resultados obtenidos a partir de la realización de estas funciones.

Formulación y Evaluación del problema. En general el tiempo promedio empleado para la evaluación en cada uno de los casos fue de 2 sesiones.

La evaluación se realizaba a través de la Entrevista Inicial (Anexo I) y una o dos sesiones más de recolección de datos dependiendo de cada caso, lo que nos permitía tener una idea clara sobre la naturaleza real del Problema y de esta forma elegir el modo de intervención. En uno sólo de los casos se utilizó el Instrumento de evaluación Tennessi (Anexo II) por las características propias del mismo (Anorexia Nerviosa).

Ejemplo de Entrevista Inicial: L.E. de treinta dos años de edad, con dos hijos de 12 y 8 años, respectivamente, informó que acudía a la consulta por un problema de "depresión", que ella define de la siguiente manera: "Me siento muy deprimida. Mi futuro me da miedo. Mis hijos son una carga muy pesada y me abruma la responsabilidad". Todo esto le sucedía desde hacia unos seis meses aproximadamente y la razón a la que ella lo atribuye era a sus problemas con su hija mayor.

El problema en un primer momento se manifestaba a través de dolores de cabeza, mareos, dolores de estomago, insomnio, pesadillas, tensión, sentimientos de inferioridad, pensamientos recurrentes acerca del pasado. Su círculo de amistades se reducía a una sola persona y tenía problemas de relación con los demás. Además comenzaba a tener problemas con su esposo ocasionados por los problemas con su hija así como por su obsesión por la limpieza, lo que ocasionaba que su relación como pareja se estuviera deteriorando.

L.E, manifestó un gran interés por solucionar su problema ya que consideraba que si no lo solucionaba acabaría por destruir a su familia y no quería. Además creía que el problema dependía de ella puesto que en ocasiones su misma tensión nerviosa hacían que comenzara a pelear con sus hijos o con su esposo.

Durante la entrevista(s) de evaluación se logro: 1) Establecer objetivamente las conductas depresivas, no sólo de manera descriptiva sino funcional, es decir, conociendo la función que estas cumplen.

Elaboración de Diagnóstico Clínico. Apertura e Integración del Expediente. El tiempo promedio para realizar el diagnóstico de cada caso fue de 2 sesiones

Es importante mencionar que por disposiciones del Hospital se tenía que dar un diagnóstico en términos psiquiátricos basado en el DSMII (AnexoIII) para el llenado de la hoja de datos epidemiológicos que solicitaba la Institución, sin embargo este tipo de diagnóstico no era de utilidad para el seguimiento del caso, desde el punto de vista psicológico, por lo que sobre la base de la información obtenida en la(s) entrevista(s) de evaluación realizadas, lo que sé hacia era describir conductas estableciendo relaciones causales entre la conducta problema, sus antecedentes y consecuentes evaluando a través de un registro las respuestas motoras, físicas y cognitivas del paciente, para así poder dar solución a su problema y continuar con el seguimiento.

Ejemplo: Autoobservación y Registro

Para establecer de forma más precisa los niveles de línea base de la conducta problema se pidió a L.E que durante una semana registrara todas aquellas situaciones en las que se encontraba deprimida. En el registro debería especificar los acontecimientos previos al estado depresivo así

como las conductas relevantes durante el mismo, tanto a nivel motor, fisiológico y cognitivo, así como el tiempo promedio de horas que duraba en este estado. Por medio de este registro pudimos encontrar las variables antecedentes y las variables consecuentes de la conducta problema hasta reconstruir la cadena conductual completa con el objetivo de explicarle al paciente en que consistía su problema y porqué se mantenía.

Modificación de la conducta(s) problema. El total de pacientes atendidos que asistieron a terapia fue de 11, debido a que 3 de los pacientes desertaron después de la Entrevista Inicial (Evaluación).

En la totalidad de los casos atendidos el tratamiento terapéutico tuvo un enfoque cognitivo-conductual con énfasis en la reeducación del paciente y en el caso de los niños esta se dirigió principalmente a los padres. La primera fase del tratamiento consistía en la relajación del paciente mediante la técnica progresiva de Jacobson, (1938, 1957) gracias a la cual se lograba liberar al paciente de sus tensiones y ansiedades lo que permitía una mejor colaboración de este.

Durante las primeras sesiones de tratamiento el terapeuta por medio de una Reestructuración Cognitiva explicaba al paciente de que forma los pensamientos y creencias sobre uno mismo afectan las emociones y como muchos de estos pensamientos y creencias son irracionales y están muy alejados de la realidad. Una vez proporcionados estos conocimientos al paciente, el terapeuta y él reflexionaba sobre los pensamientos y creencias específicos del caso y como se contextualizaban en el marco antes explicado.

Durante estas explicaciones y en general en todo el tratamiento se cuidó mucho el uso del lenguaje, es decir, se evitó conscientemente la utilización de cualquier tipo de jerga gremial que pudiera contribuir a confundir más que a aclarar, las cosas al paciente, además de que la población atendida en su mayoría era de escasos recursos y muy baja escolaridad. Sin embargo, esto no impidió que posteriormente, cuando fue necesario para facilitar la comunicación durante el proceso terapéutico, las psicólogas enseñaban algunos términos a los pacientes, que eran más precisos que los que se habían utilizado y que contribuían a una mejor comprensión y tratamiento del problema.

Posteriormente se pasaba a la fase de modelado en la cual el terapeuta enseñaba al paciente a dirigirse nuevas y diferentes autoafirmaciones y a comportarse de otra forma. Después de esta fase el paciente ensayaba lo aprendido, se le corregía y se contestaba a sus dudas. Por último se le pedía que aplicara estas autoafirmaciones y conductas en su vida cotidiana y regresara para discutir los resultados.

Finalmente se realizaba un seguimiento del caso, una vez que se terminada la intervención se planteaban a corto plazo distintas maneras de evaluación para corroborar si los resultados seguían manteniéndose a través del tiempo.

El número de horas empleadas para cada fase variaba en cada caso siendo el promedio por paciente de 6 Horas. Las sesiones de terapia duraban entre 50 y 60 min. dependiendo del caso.

Ejemplo: A) Relajación

Como ya se mencionó anteriormente se utilizó el método de Relajación de Jacobson (1938, 1957), el cual consiste en ir enseñando al paciente a diferenciar los estados de tensión y de relajación. En un primer momento intentamos hacerle ver a nuestra paciente para qué sirve la relajación, demostrándole cómo es incompatible con cualquier estado de ansiedad. Para facilitar el aprendizaje de esta nueva conducta indicamos una serie de recomendaciones tales como:

Evitar durante la práctica luces directas, ruidos fuertes y prendas molestas, así como procurar no estar totalmente acostado siendo aconsejable la utilización de un sillón.

Tampoco es recomendable llevarlo a cabo durante el proceso digestivo. Otro factor importante que se le explicaba a la paciente es que no debería utilizar por sí sola esta técnica para reducir la ansiedad durante el periodo de aprendizaje, puesto que al no dominarla, no tendría éxito y podría llegar a pensar que esta no sirve para nada.

Después de darle estas explicaciones y una vez aclaradas las posibles dudas, pasamos a enseñar mediante Modelado, cada uno de los "ejercicios de tensión-relajación". Empezamos estos por las manos, brazos, hombros, cuello, cara, estomago y piernas. Se le indica que el tiempo de tensión ha de ser siempre mucho menor que el de relajación.

B) Terapia Cognitiva

La duración de la terapia cognitiva fue de 14 sesiones, sin contar las utilizadas para la evaluación, devolución del análisis funcional y explicación de la técnica de relajación.

Comenzamos por enseñar a la paciente en que consistía la Terapia Cognitiva, para lo cual únicamente se requirió de una sesión, puesto que la paciente captó perfectamente las líneas básicas de esta técnica. Enseguida se le enseñó a la paciente a detectar los pensamientos automáticos y comprobar su relación con el estado de ánimo, para lo cual se invirtieron dos sesiones en las que los terapeutas intentaron demostrar a la paciente como estos pensamientos, en un principio difíciles de detectar, intervienen directamente en el estado de ánimo, el tipo de pensamientos que son y como hacer para poderlos detectar.

Posteriormente se intentó conseguir la remisión de la sintomatología depresiva, analizando juntamente con la paciente, los registros que esta había realizado durante la semana. Se fueron rectificando los errores. Las técnicas que se utilizaron en este punto fueron la retribución y la búsqueda de alternativas, ya que la paciente mostró ciertas reticencias y dificultades cuando se intento utilizar la confrontación con la realidad.

El tiempo invertido en este punto fue de cinco sesiones evidenciándose un lento, pero progresivo avance. Finalmente se modificaron las ideas o supuestos depresivos, a través de análisis de los pensamientos depresivos que el paciente había identificado y escrito durante la semana con el objetivo de resolver los posibles errores o dudas que tenía la paciente. Se utilizaron seis sesiones para esto.

Concluido este proceso y tras asegurarnos que L. E. no tenía ningún problema con el manejo de la técnica, dimos por finalizada la terapia de acuerdo con el cliente, pasando a las sesiones de seguimiento, que en este caso, fueron de una sesión mensual durante tres meses.

Análisis de Casos. En todas las sesiones de evaluación y tratamiento estaban presentes ambas terapeutas aunque era una la que dirigía la sesión y la otra fungía como co-terapeuta registrando todo aquello que el terapeuta pasaba por alto, así como sus propias opiniones que posteriormente en las sesiones de análisis de casos servían como complemento de las

observaciones y registros de la terapeuta, no obstante en determinados momentos el co-terapeuta podía intervenir de acuerdo a lo que estaba percibiendo

Una vez reunida la información de ambas terapeutas se procedía a analizarla y a sacar conclusiones.

Se buscaban relaciones entre las variables dentro de la información, se discutía sobre la forma de proceder en las sesiones futuras, sobre como obtener la información faltante, que preguntas hacer, que implicaciones tenían ciertas conductas observadas, que tan veraz era la información obtenida, el punto de vista de cada terapeuta sobre el caso, la literatura pertinente para enriquecer los conocimientos y la forma de llevar a cabo el trabajo terapéutico. El trabajo conjunto fue de gran utilidad ya que permitió tener una visión más amplia sobre la problemática del paciente y la forma de proceder con el tratamiento. Fue muy importante y enriquecedora la retroalimentación de una a la otra con respecto al trabajo realizado ya que esto permitía corregir algunas fallas y reforzar los aciertos haciendo el trabajo más eficaz y productivo tanto para el paciente como para nosotras que adquirimos la experiencia necesaria para nuestro futuro trabajo profesional.

Por ejemplo en el caso de la Sra. Lourdes Espinosa, por las características propias del mismo tuvo gran importancia estar juntas, además por las terapias que se llevaron a cabo (Relajación, Terapia Cognitiva).

El promedio de horas empleadas en esta fase fue de 20 horas.

EJEMPLO:

El problema que presenta la paciente se podría considerar como un déficit de conductas manifestado a través de los tres sistemas de respuesta: motor, fisiológico y cognitivo.

La aparición de conductas emocionales depresivas esta en función de respuestas instrumentales encaminadas a la eliminación a corto plazo de un estado emocional aversivo, producido por la pérdida de un reforzador y la extinción de respuestas que no reciben un reforzador directo e inmediato. La paciente presenta episodios depresivos antecedidos por conflictos con su familia, dado que era la única alternativa que se planteaba para resolver sus problemas.

Revisión Bibliográfica. Para analizar la información de cada caso y llevar a cabo el tratamiento fue necesario e indispensable llevar a cabo una amplia revisión bibliográfica que nos permitiera aprovechar la experiencia de diferentes autores en casos similares a los que nosotros teníamos y así poder estructurar con bases sólidas nuestro plan de trabajo. La bibliografía utilizada en un principio fue sobre Psicología Clínica, como por ejemplo:

Garfield, (1984) *Psicología Clínica. El Estudio de la Personalidad y la Conducta*. México. Manual Moderno.

Kendal, C; Norton, J (1988) *Psicología Clínica*. México. Edit Limusa. Cap. 1, 13, y 14

Smith, R; Sarason, I; Sarason, B (1984) *Psicología Fronteras de la Conducta*. México. Edit. Harla. 2ª Edición.

Posteriormente el trabajo se realizaba de acuerdo a la demanda de atención y a los casos que se presentaban por ejemplo se revisaron Textos sobre Depresión, Agresividad, Ansiedad, Problemas de Aprendizaje; Hiperactividad, Anorexia, Enuresis, Relaciones Familiares.

Vínculo Institucional. Como ya se mencionó anteriormente el diagnóstico emitido en términos del DSMII, no influyó de forma directa en la elección de la terapia, ya que únicamente fue parte de nuestro compromiso con la Institución puesto que teníamos la obligación de llenar diariamente hojas de registro epidemiológico con estos diagnósticos para que sobre la base de ellas se realizara el reporte de salud mental de la Institución, lo cual está directamente determinado por las políticas de salud vigentes y únicamente clasifican como sociopatías lo que para nosotras son aprendizajes de conductas negativas o inadaptaciones familiares, además no toman en cuenta las características de la población asistente tales como escolaridad, nivel socioeconómico bajo entre otras como fue el caso de Ma. Elena Emeterio quién sufría anorexia.

Contribuimos a la Instalación del Servicio Psicológico, ya que dentro del Organigrama de la Institución no se encontraba contemplado, esto lo hicimos promoviendo la prestación del servicio a partir de carteles informativos, folletos, etc., y consiguiendo que se nos proporcionará un cubículo extra para la impartición de la consulta, también logramos establecer vínculos con otros servicios tales como Medicina Interna y Pediatría y que los encargados de estos servicios nos

canalizaran pacientes para consulta, introduciendo de esta forma al registro hospitalario el servicio psicológico

Otro aspecto importante fue que se fortaleció la existencia del servicio psicológico dentro del Hospital, ya que incluso de otras Instituciones cercanas canalizaban pacientes para que recibieran ahí el servicio, existiendo mucha demanda.

Finalmente y gracias a que se integraron expedientes clínicos de cada uno de los casos atendidos se logró realizar un seguimiento de los mismos, permitiendo continuar con ese vínculo que se había establecido.

	Objetivo Terapéutico
Consultas Subsecuentes, Evaluación e Tratamiento	Mejorar Relaciones Familiares
Entrevistas, Relajación y Terapia Cognitiva	Buscar Actividades Alternativas Fuera de su Casa
Entrevistas, Terapia Cognitiva, Trabajo con la Madre	Planeación de Act. para mejorar la relación con su hija
Entrevistas y Planeación de Actividades	Mejorar los Niveles de Atención por medio de Actv.
Manejo de Contingencias, Trabajo con la Madre	Planeación de Act. con el padre para mejorar la relación
Trabajo con los padres	Lograr que José D. tuviera un lenguaje acorde a su edad
Entrevistas con la Madre, Act. por reforzar el lenguaje	Mejorar los Niveles de Atención por medio de Actividad
Entrevistas con la madre	Aceptar su situación Familiar
Entrevistas Relajación y Terapia Cognitiva	Indagar causas de su falta de apetito
Evaluación por medio del Testes y Entrevista	Eliminar motivos que causan la ansiedad
Entrevistas, Terapia Cognitiva	Ir eliminando la Enuresis Nocturna
Entrevistas con la madre y Planeación de Actividades	Crear en la niña sentimientos de Seguridad
Entrevistas con la Madre, Desensibilización Sistemática	Mejorar su desempeño escolar
Trabajo con la Madre	Mejorar la Relación con el Padre
Entrevistas, Terapia Cognitiva	Mejorar la comunicación con su esposa y con sus hijos
Entrevistas con el paciente y su esposo, Terapia cogni	

Resultados de Programa de Estimulación Temprana

Dentro del área de Pediatría se cubrieron funciones de: Planeación, Promoción e Impartición de talleres, Evaluación del desarrollo infantil y Vinculación con la Institución

-Planeación de Talleres: la idea de impartir talleres de Estimulación Temprana surgió a partir de la petición hecha por las pediatras de dar atención a aquellos niños que presentaban deficiencias en su desarrollo.

El primer paso para cubrir esta función fue revisar bibliografía sobre Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana para fundamentar la creación y estructuración del programa (Anexo IV). Algo de esta bibliografía fue: Perera (1987), Jordi (1988), UNICEF (1988), Bricker (1991), Koch (1998), Artículos de Internet (1996, 1997, 1998), entre otros. De esta bibliografía se extrajeron los elementos que permitieron delinear el contenido y la forma de trabajo que se llevó a cabo.

Para establecer el contenido temático se eligieron los tópicos que se consideraron serían de mayor utilidad e interés para los padres de familia tomando en cuenta las condiciones socio-económicas y nivel escolar de la población derechohabiente de la Institución.

Así, los temas elegidos se clasificaron en 3 rubros generales y éstos a su vez se dividieron en submódulos como puede apreciarse en el Anexo V.

Una vez determinada la temática se decidió que la forma de trabajo sería la impartición de talleres Teórico-prácticos divididos por sesiones. La promoción de estos talleres se haría mediante la entrega de trípticos, invitación directa y colocación de carteles dentro de la Institución.

Al inicio de cada taller se llevaría a cabo una fase de evaluación constituida por una entrevista a los padres y la aplicación de 2 pruebas de evaluación del desarrollo a los niños.

Cada taller contaría con niños de edad cronológica similar o que entrara dentro del rango establecido (Recién Nacido hasta 4 meses, 4 a 8 meses y 8 a 12 meses); el horario que se cubriría sería de 9:00 AM a 1:00 PM; cada sesión duraría 60min., el total de sesiones para cada taller sería de 24 en 3 meses aproximadamente; las sesiones teóricas se impartirían los lunes y las prácticas los miércoles. El material que se utilizaría para las sesiones prácticas constaría de colchonetas proporcionadas por las

enfermeras de la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales) y otros objetos y juguetes proporcionados por las psicólogas.

También quedó determinado que ambas psicólogas realizarían las mismas actividades turnándose para hacerlo, una haría la exposición teórica y la otra la apoyaría con comentarios e induciendo a las personas a participar. Así como, cada una trabajaría con la mitad de los padres durante las sesiones prácticas.

En las sesiones teóricas se haría una exposición verbal de temas por parte de las psicólogas con el apoyo de rotafolios elaborados por ellas mismas y que contendrían los puntos más importantes que sintetizaran la información verbal. Para exponer dichos temas fue necesario ahondar en el conocimiento de la materia para lo cual además de textos se utilizaron folletos editados por diferentes empresas como Curity, Gerber, Johnson & Johnson, entre otras, (ver Anexo VI).

Al terminar la exposición verbal las psicólogas motivarían a los padres a participar haciendo preguntas o comentarios y pidiendo que ellos también lo hicieran.

Dentro de las sesiones prácticas las psicólogas enseñarían a los padres a realizar los ejercicios físicos indicados para cada niño. La psicóloga encargada se colocaría en frente de cada padre o madre y ejecutaría la actividad para que el participante observara y posteriormente lo realizara bajo supervisión de las profesionales encargadas de corregir las fallas.

Los resultados de la aplicación de los ejercicios en el desarrollo de cada niño se evaluaría al final del taller con la aplicación de las mismas pruebas que se utilizaron al inicio del mismo. Como parte adicional a los ejercicios en el Hospital se pediría a los padres que los realizaran en su casa como tarea, al menos 15 min. diarios tal y como lo realizaran con las psicólogas.

Por otra parte se determinó elaborar un reporte de resultados para los pediatras y el Director, con el fin de mostrar la importancia del trabajo realizado, este reporte se entregaría al finalizar los 4 talleres como conclusión de la labor desempeñada.

Como resultado de toda esta planeación y aplicación en el primer taller se vio la necesidad de hacer algunas reformas a la estructura de los talleres en los 3 talleres restantes. La primera modificación importante fue el impartir conjuntamente la teoría y la práctica en una misma sesión de

60 min.: los primeros 30 min serían para la clase teórica y los 30 restantes para los ejercicios físicos. Esta medida se tomó a partir del alto índice de inasistencia a las sesiones teóricas, observado durante el primer taller, resultado según una encuesta de la imposibilidad de dejar a los niños en casa ya que no había quien los cuidara, como consecuencia de este cambio la duración de cada taller se redujó a aproximadamente 2 meses y hubo un sólo tema que se retiró del programa y fue el relativo a la fabricación de juguetes con material reciclable, ésto producto de la falta de interés por parte de los padres manifestado abiertamente al no cumplir con la tarea encargada al respecto.

Por otro lado en algunas ocasiones los horarios y el lugar tuvieron que ser alterados como consecuencia de las actividades institucionales que requerían de ese mismo espacio por lo que en ocasiones el taller se realizaba en algunos cuartos desocupados bastante estrechos y sin el material adecuado para su óptima realización viendose también los horarios retrasados en ocasiones hasta por más de 1 hr.

Con respecto al material las colchonetas que proporcionó el servicio de pediatría resultaron ser los colchones de camas que en el momento de ser prestadas no estaban ocupadas pero que si llegaban a estarlo no había material para el taller teniendo las madres que colocar al niño para sus ejercicios en el suelo sobre prendas de vestir de ellas mismas o en las cobijas de los niños.

-**Promoción de talleres**; su propósito fue motivar la asistencia a los talleres de Estimulación Temprana de los padres de familia que quisieran optimizar el desarrollo de sus hijos pequeños.

En un principio esta campaña de promoción se llevó a cabo mediante el reparto de trípticos elaborados con tal objetivo y que contenían información sobre la importancia de una estimulación adecuada durante los primeros años de vida y su influencia en el desarrollo posterior del niño, así mismo se daba a conocer el lugar, fecha y horario de inicio del taller y el temario del mismo, con la fecha aproximada de finalización, (ver Anexo VII). Estos trípticos eran entregados al público en las puertas de acceso a la Institución y en las salas de espera de las áreas de consultorios pediátricos y Medicina preventiva.

Por otra parte en algunas ocasiones la promoción se hacía de forma verbal y directa a las personas que se encontraban en las salas de espera; la psicóloga encargada de dirigirse al público se

colocaba en frente de éste e iniciaba su discurso con un saludo y la presentación de ambas psicólogas, posteriormente hablaba sobre la importancia de la participación activa de los padres en el óptimo desarrollo de los niños y de cómo las experiencias tempranas tienen una influencia trascendental en la formación de la personalidad del niño así como en su desarrollo físico e intelectual. Finalmente se les invitaba a participar en los talleres de Estimulación Temprana y se les entregaban los trípticos con la información sobre el servicio.

Otra modalidad de promoción fueron las pancartas colocadas en las puertas de entrada a la Institución, en las puertas de consultorios de Medicina Preventiva y Pediatría. Dichas pancartas contenían mensajes como "Porque el desarrollo de tu hijo depende de tí, asiste al taller de Estimulación Temprana y aprende como ayudarlo a desplegar sus habilidades". El lugar de inscripción era en la mesa colocada a un lado de la puerta principal de entrada; las personas fueron anotadas en una libreta especial y se tomaron los siguientes datos: Nombre de la madre y el niño, edad del niño, dirección y teléfono.

Como resultado de esta campaña de promoción para el primer taller se inscribieron aproximadamente 18 personas de las cuales a 15 se les llamó por teléfono una semana antes del inicio del taller para confirmar su asistencia, las 3 personas faltantes no dejaron número telefónico por lo que no se volvió a tener contacto con ellas. Las 18 personas anotadas eran madres de familia no hubo ni un sólo padre.

Por otra parte aunque este tipo de promoción estaba planeada para cada taller no fue necesario realizarla para los 3 talleres restantes ya que la captación de población para éstos se hizo de manera diferente producto de la experiencia durante el primer taller. A partir del 2º taller las madres que asistieron fueron remitidas directamente por las pediátras; el índice de estos casos fue muy elevado por lo que nunca faltaron participantes al programa.

-Evaluación del desarrollo: se aplicó a cada niño al inicio de cada taller con la finalidad de establecer las condiciones presentes de su desarrollo y partir de ahí para diseñar su propio programa.

La evaluación consistió en la aplicación de una entrevista inicial a las madres explorando todos los aspectos de la vida del niño y su medio como se aprecia en el Anexo VIII).

Posteriormente se evaluaban las áreas prescritas en la Prueba de Escrutinio Denver (ver Anexo IX) y en la Prueba de Gesell (ver Anexo IX). Los instrumentos de evaluación utilizados unicamente son aplicables a niños en etapa neonatal y primera infancia (0 a 6 años) lo que los hizo pertinentes para la población atendida que no sobrepaso los 12 meses de edad.

Con la aplicación de estas evaluaciones no se pretendió hacer un diagnóstico, sino detectar el nivel de desarrollo presente, alertando oportunamente sobre posibles deficiencias en éste derivando en acciones de estimulación pertinentes para cada caso.

Ambas pruebas evalúan áreas del desarrollo semejantes, la Escala de Gesell permite determinar un coeficiente de desarrollo y la Prueba de Escrutinio Denver permite determinar si el desarrollo de un niño está dentro de lo "normal", las edades que abarcan van desde 1 mes hasta los 6 años.

Además de estas 2 evaluaciones también se consideró la prueba neurológica Apgar aplicada por los médicos al momento del nacimiento y cuyas puntuaciones eran dadas a conocer en los reportes de salud que les entregaban a las madres al dar de alta a los niños y que éstas entregaban a las psicólogas durante las primeras sesiones.

Todos los niños que asistieron al programa fueron evaluados mediante estos instrumentos siendo un requisito para poder participar en los talleres.

De acuerdo con los datos obtenidos el 100% de los padres pertenecían a una clase socio-económica baja con un nivel de escolaridad de primaria inacabada (sólo 2 casos de Secundaria). El 50% de los niños atendidos resultaban ser hijos únicos y el otro 50% ser miembros de una familia con uno ó más hijos (en promedio 2) El 90% de la población de niños evaluados presentaba algún déficit en su desarrollo principalmente en el área motora gruesa y en la atención. Sin embargo estas anomalías en general no sobrepasaban los 3 meses de retraso con respecto a su edad cronológica. Ejemplo:

Niño: E. R. C. Edad: 9 meses	Áreas del desarrollo	Denver	Gesell
	Motor Grueso	7 meses	28 semanas
	Motor Fino	7 meses	
	Lenguaje	6 meses	
	Socialización	8 meses	

Al terminar el taller se realizaba una evaluación final también por medio del Denver y la Escala de Gesell para saber si el programa había sido potencialmente funcional o no y valorar los avances logrados con respecto a la evaluación inicial.

El 100% de la población reportó avances en su desarrollo logrando normalizar y en ocasiones sobre pasar las habilidades correspondientes a su edad cronológica.

-Impartición de Talleres; el total de pacientes que asistieron a los 4 talleres fue de 37 de los cuales 5 eran sanos y 32 en riesgo (ver Anexo X). La asistencia al primer taller fue de aproximadamente el 80% de las personas anotadas inicialmente producto de la campaña de promoción desplegada. El total de madres apuntadas fue de 18 asistiendo a la primera sesión 12 y para las siguientes sesiones únicamente 10 asistieron asiduamente. De las 18 personas inscritas 15 dejaron número telefónico, a éstas se les llamó una semana antes del inicio del taller para confirmar su asistencia, sin embargo 3 de éstas no asistieron al igual que las 3 que no dejaron número telefónico. Para los 3 talleres restantes ya no se llamó por teléfono a ninguna persona.

Los datos generales de los talleres fueron los siguientes:

Taller N° 1

Fecha: 12 de Febrero de 1996 al 10 de Abril de 1996.

N° de sesiones: 10

N° de pacientes: 10

Promedio de asistencia: 80%

Taller N° 2

Fecha: 10 de Junio de 1996 al 7 de Agosto de 1996.

N° de sesiones: 10

N° de pacientes: 11

Promedio de asistencia: 80%

Taller N° 3

Fecha: 19 de Agosto de 1996 al 2 de Octubre de 1996.

N° de sesiones: 10

N° de pacientes: 10

Promedio de asistencia: 80%

Taller N° 4

Fecha: 9 de Octubre de 1996 al 31 de Noviembre de 1996.

N° de sesiones: 10

N° de pacientes: 10

Promedio de asistencia: 80%

Durante la primera sesión del primer taller se cuestionó a cada madre sobre el motivo para asistir al programa, contestando 7 de ellas tener gran interés por el desarrollo de sus hijos y haber leído los trípticos repartidos, considerando los talleres de Estimulación Temprana como una oportunidad para participar activamente en el óptimo desempeño de sus hijos; otras 3 madres manifestaron haber asistido únicamente por curiosidad, para ver de que se trataba el taller ya que habían leído los carteles y recibido los trípticos donde se les invitaba a asistir con sus niños; las 2 madres restantes reconocieron sentirse obligadas a asistir ya que las pediátras se lo habían sugerido.

En los talleres 2, 3 y 4 el motivo de asistencia en el 90% de los casos fue la remisión realizada por las pediátras de todos aquellos niños nacidos en la Institución que estuvieran en riesgo de presentar problemas en su desarrollo como consecuencia de complicaciones al momento de nacer.

Por otra parte los temas que más interesaron fueron los concernientes a la salud y alimentación de los niños, ésto se notó por el número y calidad de las preguntas y comentarios realizados por los participantes hacia las psicólogas, de hecho la totalidad de los asistentes hicieron algún comentario cuando se formó la mesa redonda para que los padres intercambiaran experiencias, ésto sucedió en los talleres 2, 3 y 4.

En el primer taller no se practicó esta forma de trabajo ya que la asistencia fue muy precaria, cuando se abordó el tema de alimentación únicamente asistieron 2 madres y cuando se tocó el tema prevención de enfermedades sólo llegó a tiempo 1 mamá.

En los talleres 2, 3 y 4 el tema que causó menos interés fue el de "fabricación de juguetes con material reciclable en casa" ninguno de los padres realizó la tarea de llevar ideas o juguetes sencillos realizados por ellos mismos ya que de hecho ninguno de los participantes presentes en la sesión anterior donde se les pidió que hicieran esa tarea se presentó a la sesión siguiente, únicamente se presentaron 2 madres que no habían asistido a la clase anterior por lo que no estaban enteradas de dicha actividad. Al observar el poco interés que despertaba el tema se decidió retirar del programa y remplazarlo por la prevención de accidentes.

Como ya se mencionó anteriormente la asistencia al primer taller fue muy variable a las sesiones teóricas asistían muy pocas personas y a veces ninguna en cambio a las sesiones prácticas

asistía la totalidad de las madres inscritas o la gran mayoría. Una encuesta reveló que la causa principal de inasistencia a las clases teóricas era la imposibilidad de dejar a los niños en casa al cuidado de otra persona por lo que tenían que quedarse ellas mismas.

A consecuencia de este alto índice de inasistencias se hizo necesario, como medida de control, condicionar la entrada a las sesiones prácticas sólo si asistían a las sesiones teóricas. Resultado de esta medida fue el incremento de las asistencias a las sesiones teóricas en un 70% de los casos, el 30% restante acudía de forma variable.

En este primer taller el total de participantes eran madres de familia; la participación dentro de las sesiones teóricas era nula por lo que las psicólogas se vieron en la necesidad de hacer preguntas o pedir comentarios de forma directa a cada madre. Sin embargo, no se obtuvo la respuesta esperada ya que la frecuencia de participación vario minimamente.

En los talleres 2, 3 y 4 hubo un padre participandó en cada uno de ellos y el resto de participantes siguieron siendo madres. La participación en estos 3 talleres mejoró notablemente aunque siguió siendo necesario motivar directamente a los padres. Esta falta de participación se atribuyó a la falta de costumbre de integrarse en grupos similares expresando sus ideas o experiencias.

Por el contrario en lo que respecta a la participación de los padres en las sesiones prácticas fue muy similar en los 4 talleres; todos realizaban los ejercicios de muy buen agrado siguiendo al pie de la letra las indicaciones de las psicólogas prestando mucha atención al modelado de los ejercicios que éstas hacían.

La evaluación de los ejercicios en casa eran evaluados de forma empírica, por simple observación de los adelantos del niño y la habilidad de las madres para realizar los ejercicios. Y puede decirse que la mayoría en efecto ponía en práctica lo aprendido en el taller.

El material en ocasiones resulto insuficiente, tanto de colchonetas que no eran facilitadas, como de juguetes que no alcanzaban; de igual forma en contadas ocasiones el espacio resultó insuficiente debido a la sobresaturación del cubículo o el cuarto asignado.

Frecuentemente se preguntaba a las madres cómo se sentían al realizar los ejercicios a sus hijos y qué temas les gustaban que se abordaran en la teoría, con las respuestas obtenidas se notaba

que se encontraban a gusto y les producía gran placer participar con sus hijos en este tipo de actividades, en cuanto a los temas sus inquietudes se enfocaban a la prevención de enfermedades solicitando más información sobre vacunas, alimentación adecuada y hábitos de higiene. Otro tema solicitado en alguna ocasión fue la Planeación familiar y los anticonceptivos.

-Establecimiento de un vínculo con la Institución; durante la primera entrevista con las pediátras se recibió la petición de estructurar y continuar con el trabajo de Estimulación Temprana que habían realizado en meses anteriores algunas psicólogas, enfermeras y fisioterapeutas cuya labor no estuvo organizada ni cumplió el periodo determinado para su conclusión.

Los pormenores de este trabajo fueron desconocidos ya que no existían reportes escritos sobre las actividades realizadas y las propias pediátras ignoraban en que había consistido dicho trabajo.

Cabe mencionar que la actitud de las pediatras ante la inminente llegada de nuevos elementos a dicho servicio no fue de mucho agrado sin embargo aceptaron esta participación.

En el primer taller la población participante había sido captada a través de la invitación al público en general no obstante, como producto de la organización demostrada y de la constante demanda del servicio las pediatras acordaron con las psicólogas la remisión de pacientes para los próximos talleres. Así, el 90% de los participantes de los 3 talleres restantes fueron remitidos por los médicos pediatras con la consigna de asistir a los talleres a condición de su consulta mensual con ellos.

Para entonces la actitud de los pediatras había cambiado, siendo ahora más amable e interesada en la labor desempeñada, estableciéndose desde este momento una comunicación constante sobre lo que acontecía en los talleres. A consecuencia de esto los propios pediatras realizaron una promoción del servicio con los médicos del área de Medicina Preventiva que muy pronto remitieron pacientes y mostraron interés por el programa de Estimulación Temprana llegando a realizar visitas al cubículo para observar el desarrollo de los talleres.

También como resultado de las referencias de los pediatras se pudo establecer contacto con la Dirección del Hospital en la persona del Dr. Pedro Camacho quien mostró un gran interés por los resultados que se obtenían en los talleres motivo por el cual se concedió un cubículo exclusivo en el área pediátrica para la impartición de los talleres. Otra concesión lograda fue la entrega de un gran

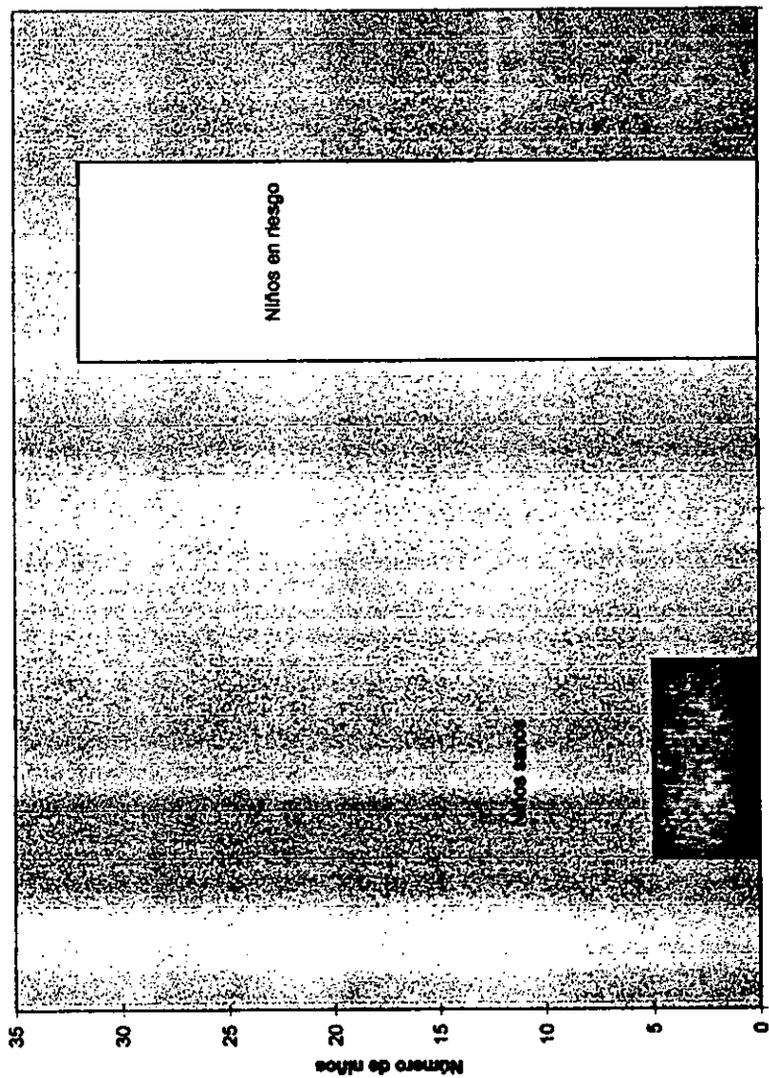
número de fotocopias de los trípticos elaborados para la entrega al público. Sin embargo, algo que no se consiguió no obstante la gran insistencia fue el permiso para revisar las estadísticas de morbilidad y mortalidad infantil de los niños nacidos en la Institución: se ignora la causa de esto.

La relación establecida con el director y las pediátras producto de los resultados obtenidos en el programa permitió que el servicio de Estimulación Temprana obtuviera el reconocimiento de servicio profesional y fuera considerado de gran utilidad para la población derechohabiente.

El reconocimiento del trabajo desempeñado también pudo comprobarse a través del ofrecimiento hecho por el director de recomendar a las psicólogas a otras Instituciones de Salud para proporcionar este tipo de atención en otros lugares ya que había concluido el tiempo determinado (1 año) y tenían que dar paso a los nuevos psicólogos. Aunque no llegaron a concretarse las recomendaciones se hicieron a la Cruz Roja, al Hospital Infantil y al DIF de Naucalpan. Otra muestra de aceptación de la labor desempeñada fue la petición formulada por las pediátras y el director de entrenar a los nuevos psicólogos para que dieran continuidad al servicio.

Una última concesión fue la entrega por escrito de Constancias de Trabajo por un año tanto del Area clínica como del servicio de Estimulación Temprana distinción otorgada únicamente a las psicólogas responsables del Programa de Estimulación Temprana.

Número de niños sanos y en riesgo que asistieron al programa de estimulación Temprana



2

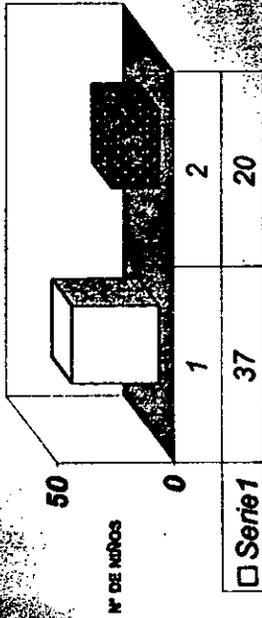
Niños sanos y en Riesgo

1

Niños sanos

Niños en riesgo

TALLERES DE ESTIMULACION TEMPRANA



ASISTENCIA E INASISTENCIA AL PROGRAMA

PORCENTAJE DE NIÑOS QUE ASISTIERON Y NO ASISTIERON A LOS TALLERES DE ESTIMULACION TEMPRANA



ASISTIERON



NO ASISTIERON

CONCLUSIONES

En el campo de la salud se han suscitado cambios en las áreas que la integran, que llevan a la necesidad de ensayar nuevos esquemas complementarios de atención para sustituir a los que actualmente operan en las instituciones de salud. Así es necesario que la segregación implícita en la política actual de salud con respecto a la incursión de otras disciplinas en el campo de la salud comience a desaparecer en un corto plazo, lo cual es un aspecto especialmente importante para los países en desarrollo. Por lo tanto es necesario recurrir a estrategias alternativas que permitan tender puentes para atenuarla. Una de estas sería, el trabajo interdisciplinario entre profesionales, con el objetivo de crear una concepción integral del proceso salud-enfermedad de los individuos, otra mas sería promover la introducción tanto de servicios de salud como de recursos humanos con combinaciones diferentes a las ya existentes y no solo el establecimiento de nuevas unidades de atención.

Otra propuesta es el trabajo con grupos de alto riesgo en el ámbito preventivo, desarrollando alternativas de solución que incidan directamente sobre aquellos factores de riesgo de alto valor predictivo, modificándolos o cancelándolos para controlar su influencia en el desarrollo de un daño a la salud, programando las acciones que se aplicaran antes de que pueda presentarse. Ejemplo de este tipo de trabajo fue el que se intento llevar a cabo en el área de pediatría del hospital "Maximiliano Ruiz Castañeda" a través de talleres de estimulación temprana con niños que presentaban factores de riesgo conducentes a producir algún tipo de retardo en el desarrollo. Estos talleres partían de una metodología educativa-participativa, es decir, se incluía a la comunidad con el objetivo de que desarrollara la capacidad para resolver sus problemas y pudiera adquirir la responsabilidad de cuidar su salud y la de sus hijos. Participación que se logro a partir de actividades de difusión que se llevaron a cabo en el servicio de psicología, la cual incluía la consulta clínica y el apoyo psicológico en las diferentes áreas del hospital. Específicamente en el área de pediatría se contó con el apoyo del personal de dicha área (médicos y personal de enfermería), para la capacitación de la población asistente a los talleres, sin embargo, en muchas ocasiones se tenía que recurrir a medidas coercitivas, tales como el supeditarles la

consulta clínica a la asistencia a los talleres, ya que la población que asiste no tiene una cultura de prevención hacia la salud, puesto que tienen otras prioridades. Sin embargo, este aspecto creemos que debería difundirse más dentro del sector salud, realizando campañas que promuevan la participación de la comunidad.

Por otra parte el sector salud y las universidades deben retroalimentar su trabajo en las necesidades de la población, bajo un enfoque de cuidado a la comunidad y de prevención, así como de promoción de la atención primaria a la salud, además de la atención individualista de tipo curativo. No obstante, como lo pudimos constatar en la práctica esto no se ha logrado ya que durante nuestra formación académica nunca tuvimos una guía sobre el cómo actuar dentro del sector salud, así como de las posibilidades de acción dentro del mismo como psicólogas, lo que dificultó la planeación y puesta en práctica de nuestras actividades.

Con respecto a las funciones del psicólogo en el sector salud queda claro que no solamente se reduce a la consulta clínica individual, sino que existen otras alternativas más en el ámbito de comunidad, que sin embargo, no tienen cabida dentro de las instituciones de salud, por lo menos en lo que respecta a las instituciones de 2º nivel de atención, ya sea porque se tiene un desconocimiento de todas las habilidades y conocimientos que el psicólogo tiene y como pueden ser aplicadas en las diferentes áreas médicas, concepción que se ve en gran parte respaldada por la falta de trabajos e investigaciones de psicología en instituciones de 2º nivel de atención, así como por las políticas vigentes dentro del sector salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. AQUINO, T; BEJAR, F.(1990). Detección y Educación Tempranas en Niños con Síndrome de Down, en las Áreas Cognoscitivas y de Autocuidado. Tesis de Licenciatura. E.N.E.P.I. UNAM
CAP.2
2. BAYES, R.(1979). Psicología y Medicina. Interacción, Cooperación y Conflicto. Barcelona.
3. BEE, H.(1978). El Desarrollo del Niño. México. EDIT. HARLA.
4. BERNSTEIN, D; NIETZEL, M.(1982). Psicología Clínica. México. EDIT. Mc.Graw-Hill.
5. BRICKER, D.(1991). Educación Temprana de Niños en Riesgo y Disminuidos de la Primera Infancia Preescolar. México. EDIT. Trillas. Cap. 4
6. CABRERA, M Y SANCHEZ, P.(1980). La Estimulación Precoz; Un Enfoque Práctico. Madrid. EDIT: Palbo del Río. Pag. 13-41
7. CISNEROS-SILVA; FLORES-HUERTA; ROSAS-GALLEGOS(1995). Alojamiento Conjunto Madre-Hijo e Inicio de Amamantamiento, en un Hospital de Tercer Nivel de Atención. Salud Publica de México SEPT-OCT de 1995, Volumen 37, No.5 Pp.424-429
8. DE LA FUENTE. (1980). Psicología Médica. México. Fondo de Cultura Económica.
9. Diario Oficial. México 1987

10. DURAN-GONZALEZ; BECERRA-APONTE Y TORREJON (1991). El Proceso de Salud-Enfermedad y su Interrelación con el Comportamiento Humano. Psicología y Salud 1991; 3:101-113

11. DURAN-GONZALEZ; HERNANDEZ-RINCON; BECERRA-APONTE(1995). La Formación del Psicólogo y su Papel en la Atención Primaria a la Salud. Salud Publica en México. SEPT-OCT 1995, Volumen 37, No.5 pp. 462-471

12. EVANS, E.D.(1987). Educación Infantil Temprana. Tendencias Actuales. México. EDIT. Trillas.

13. FAJARDO, G.(1979). La Atención Médica en México. México. Editor y Distribuidor: Francisco Méndez Oteo. Pag. 239-276

14. FAJARDO, G.(1983). Psicología Médica. México. Fondo de Cultura Económica

15. FLORES, C(1990). Programa de Formación Integral y Entrenamiento a Padres de Hijos con Retardo en el Desarrollo. Reporte de Trabajo. UNAM Iztacala, Edo. De México.

16. GARCÍA, (1995). El Proceso de Capacitación en una Institución Hospitalaria: Un Análisis desde la Psicología del Personal. Tesis de Licenciatura. UNAN ENEPI

17. GARFIELD, (1984). Psicología Clínica EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD Y LA CONDUCTA. MÉXICO: MANUAL MODERNO

18. JIMENEZ, FIGUERAS Y BONET (1989). Licenciatura. Pediatría I. México, Salvat Editores. Cap.1

19. JORDI, S (1989). La Estimulación Precoz en la Educación Especial. Madrid
20. KENDAL, C.P, NORTON, J.D.(1988). Psicología Clínica. México. EDIT. LIMUSA Cap.1, 13 Y 14
21. LIPSITT (1985). Desarrollo Infantil. México. EDIT. Trillas.
22. MOLINA, D(1986). Psicomotricidad. Buenos Aires
23. MULAS, F(1993). Evolución Neuro-Psicológica a largo plazo en la edad escolar en los recién nacidos con peso al nacimiento inferior a los 1000 grs. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia
24. OMS-UNICEF. Atención Primaria de Salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud, 1978. Alma Ata, URSS: OMS-UNICEF, 1978
25. PAPALIA, D(1985). Psicología del Desarrollo. De la Infancia a la Adolescencia. Bogota-Colombia. EDIT: Presencia LIDA. Pag. 19-42
26. PEREZ-MINGUEZ(1996). Interacción Temprana y Procesos de Mutua Influencia: Análisis de la intersubjetividad en el contexto institucional.
Facultad de Psicología. Depto. de Psicología Evolutiva y de la Educación. Madrid, Octubre
27. PETERSON, L; HARBECK. C(1988). The Pediatric Psychologist. Issues in Professional Development and Practice. USA ED. Research Press. Health Psychology Series.

28. PROKOP, C; BRADLEY, L(1981). Medical Psychology. Contributions to Behavioral Medicine Academic Press. Cap.I
29. RAMIREZ-MARTINEZ A; GOMEZ-ROMERO S, (1990) IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN EN LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA. TESIS DE LICENCIATURA. UNAM ENEPI
30. ROUTH, D(1994). Handbook of Pediatric Psychology. Edited by DONALD ROUTH
The Guilford Press. New York London.
31. RUIZ Y VAQUERO, C(1984). La Importancia de la Prevención para el Retardo en el Desarrollo. Tesis de Licenciatura. UNAM-ENEP IZTACALA.
32. SAEN-RICO, B(1996). La Familia y su eficacia en los programas de Intervención Temprana con niños considerados de alto riesgo biológico.
Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Educación. Centro de Formación del Profesorado.
33. SALINAS (1995). El Psicólogo en la Atención a la Salud. Tesis de Maestría. UNAM. Los Reyes Iztacala.
34. SAN MARTIN, H(1992). Salud y Enfermedad. México. La Prensa Mexicana, S.A de C.V.
Pag.3-49
35. SANCHEZ, A(1988). Programa de Entrenamiento al Personal de las Salas de Lactantes en la Prueba de Escrutinio de Desarrollo de Denver. Reporte de Investigación. UNAM. ENEPI

36. SKINNER, B(1986). Más allá de la Libertad y la Dignidad. Barcelona. Martínez Roca.
37. SMITH, R; SARASON, I; SARASON, B(1984). Psicología: Fronteras de la Conducta. México. EDIT. Harla 2a. Edición.
38. VARIOS AUTORES. Ciclos IX y X Pediatría Publicaciones S/año.
39. VIDAL, M(1997). Modelo Psicológico en Atención Primaria: Protocolos de Valoración e Intervención en niños de 0 a 3 años.
Departamento de Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma.Madrid.

ANEXO I

DATOS DEMOGRAFICOS

NOMBRE: _____

EDAD: _____ **SEXO:** _____ **ESCOLARIDAD:** _____

ESTADO CIVIL: _____

RELIGION: _____

DOMICILIO: _____

TELEFONO: _____

OCUPACION: _____ **TRABAJA ¿SÍ? ¿NOT HORARIO:** _____

PARTICIPACION ECONOMICA A LA CASA: _____

PUESTO QUE DESEMPEÑA: _____

NIVEL SOCIOECONOMICO: _____

¿QUÉ HACE EN SU TIEMPO LIBRE?: _____

¿CON QUIEN VIVE?: _____

INFORMACION AL PACIENTE

NUMERO DE SESIONES

DURACION

SE LE PIDE PUNTUALIDAD INDICANDOLE LA HORA DE LA CITA

INDICA CUANTA TOLERANCIA

NUMERO DE FALTAS A LAS QUE TENDRA DERECHO

LA FORMA DE PAGO

INFORMACION ACERCA DE LA CLINICA

AUTORIZACION PARA EL USO DE GRABADORA

SE LE REITERA LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION

CUERPO

¿Cuál es el motivo de su consulta?

¿Cuándo empezó?

¿Coincidió algun acontecimiento con la aparición de la queja?

¿Cómo se ha desarrollado?

¿Cómo se manifiesta en el presente?

¿Ante qué situaciones se presenta?

ANEXO II

HOJA DE RESPUESTAS

NOMBRE M. Elena Emeterio EDAD 25 SEXO Femenino

	COMPLETAMENTE FALSO	CASI TOTALMENTE FALSO Y EN PARTE VERDADERO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE VERDADERO	CASI TOTALMENTE VERDADERO	TOTALMENTE VERDADERO
1. Gozo de buena salud.....	(1)	2	3	4	5
2. Tengo una buena apariencia.....	(1)	2	3	4	5
3. Me considero una persona muy desahogada.....	(1)	2	3	4	5
4. Soy una persona decente.....	1	2	3	(4)	5
5. Soy una persona honrada.....	1	2	3	4	(5)
6. Soy una persona malo.....	1	2	3	4	(5)
7. Soy una persona alegre.....	(1)	2	3	4	5
8. Soy una persona calmada y tranquila.....	1	2	3	4	(5)
9. Soy alguien sin ninguna importancia.....	1	2	3	4	(5)
10. Mi familia siempre me ayudaría en cualquier problema.....	(1)	2	3	4	5
11. Perteneczo a una familia feliz.....	(1)	2	3	4	5
12. Mis amigos no confían en mí.....	1	(2)	3	4	5
13. Soy una persona que puedo tener muchos amigos.....	(1)	2	3	4	5
14. Me lo llamo bien con personas del sexo masculino.....	(1)	2	3	4	5
15. No me interesa lo que hacen otras gentes.....	(1)	2	3	4	5
16. A veces digo cosas que no son ciertas.....	(1)	2	3	4	5
17. A veces me erijo.....	1	2	3	4	(5)

COMPLETAMENTE FALSO	CASI TOTALMENTE FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE VERDADERO	CASI TOTALMENTE VERDADERO	TOTALMENTE VERDADERO
18. Me gusta estar siempre arreglado y limpio.....	1	3	4	5
19. Estoy lleno de molestias.....	1	3	4	5
20. Soy una persona enferma.....	1	3	4	5
21. Soy una persona muy religiosa.....	1	3	4	5
22. No puedo comportarme bien.....	1	3	4	5
23. No tengo fuerzas para portarme bien.....	1	3	4	5
24. Puedo controlarme a mí mismo.....	1	3	4	5
25. Soy una persona que cae mal.....	1	3	4	5
26. Me estoy volviendo loco.....	1	3	4	5
27. Soy importante para mis amigos y para mi familia.....	1	3	4	5
28. Mi familia no me quiere.....	1	3	4	5
29. Siento que mis familiares me tienen desconfianza.....	1	3	4	5
30. Me la llevo bien con personas del sexo femenino.....	1	3	4	5
31. Estoy enojado con todo el mundo.....	1	3	4	5
32. Es difícil que alguien sea mi amigo.....	1	3	4	5
33. A veces pienso en cosas tan malas que no se puedan decir.....	1	3	4	5
34. A veces cuando no me siento bien, estoy malo.....	1	3	4	5

	COMPLETAMEN- TE FALSO	CASI TOTALMEN- TE FALSO	EN PARTE FAL- SO Y EN PARTE VERDADERO	CASI TOTAL- MENTE VERDA- DERO	TOTALMENTE VERDADERO
34. No soy ni gordu ni muy flaco.....	1	2	3	4	5
35. Me gusta mi apariciona fisica.....	1	2	3	4	5
37. Hay partes de mi cuerpo que no me gustan.....	1	2	3	4	5
38. Estoy satisfecho con mi comportamiento.....	1	2	3	4	5
39. Estoy contento de la forma como trato con Dios.....	1	2	3	4	5
40. Deberia rezar o asistir con más fre- cuencia al templo.....	1	2	3	4	5
41. Estoy contento de lo que soy.....	1	2	3	4	5
42. Mi comportamiento hacia otras personas es precisamente como deba ser.....	1	2	3	4	5
43. Me desprecio a mi mismo.....	1	2	3	4	5
44. Estoy satisfecho del trato con mis familiares.....	1	2	3	4	5
45. Aprecio las cualidades que tienen mis familiares y sé perdonar sus defectos.....	1	2	3	4	5
46. Leeria tener más confianza en mi familia.....	1	2	3	4	5
47. Me relaciono con todas las personas que quiero.....	1	2	3	4	5
48. Más o menos trato de caer bien a los demás...	1	2	3	4	5
49. No he podido hacer amigos.....	1	2	3	4	5
50. Algunas de las personas que conozco me caen mal.....	1	2	3	4	5
51. De vez en cuando me ríen rise los chistes coloreados.....	1	2	3	4	5

	COMPLI- TE FALSO	CASI TOTALMEN- TE FALSO	EN PARTE FAL- SO Y EN PARTE VERDADERO	CASI TOTAL- MENTE VERDA- DERO	TOTALMENTE VERDADERO
52. No soy ni muy alto ni muy bajo.....	1	2	3	4	5
53. No me siento tan bien como debiera.....	1	2	3	4	5
54. Debería gustarle más a los mujeres.....	1	2	3	4	5
55. Estoy satisfecho de la manera como vivo mi religión.....	1	2	3	4	5
56. Quisiera que los demás pudieran tenerme- más confianza.....	1	2	3	4	5
57. Debería mentir menos.....	1	2	3	4	5
58. Estoy satisfecho con mi inteligencia.....	1	2	3	4	5
59. Me gustaría ser una persona distinta.....	1	2	3	4	5
60. Quisiera no durma por vencido tan fácil- mente.....	1	2	3	4	5
61. Trato a mis padres tan bien como debiera.....	1	2	3	4	5
62. Me importa mucho lo que dice mi familia.....	1	2	3	4	5
63. Debería querer más a mis familiares.....	1	2	3	4	5
64. Estoy satisfecho de mi manera de tratar a la gente.....	1	2	3	4	5
65. Debería ser más amable con los demás.....	1	2	3	4	5
66. Debería llevarme mejor con otras personas.....	1	2	3	4	5
67. Algunas veces me gusta al chisme.....	1	2	3	4	5
68. Algunas veces me dan ganas de decir malas palabras.....	1	2	3	4	5

	COMPLETAMEN- TE FALSO	CASI TOTALMEN- TE FALSO	EN PARTE FAL- SO Y EN PARTE VERDADERO	CASI TOTAL- MENTE VERDA- DERO	TOTALMENTE VERDADERO
69. Me cuido bien físicamente.....	1	2	3	4	5
70.trato de cuidar mi apariencia.....	1	2	3	4	5
71. Con frecuencia hago mal las cosas.....	1	2	3	4	5
72. La religión es parte de mi vida diaria.....	1	2	3	4	5
73.trato de cambiar cuando sé que estoy he- ciendo algo que no debo.....	1	2	3	4	5
74. A veces hago cosas muy malas.....	1	2	3	4	5
75. Siempre puedo cuidar de mí.....	1	2	3	4	5
76. Acepto mis faltas sin enojarme.....	1	2	3	4	5
77. Hago cosas sin haberlas pensado bien.....	1	2	3	4	5
78.trato de ser justo con mis amigos y fami- liares.....	1	2	3	4	5
79. Me intereso sinceramente por mi familia.....	1	2	3	4	5
80. Siempre hago lo que me piden mis padres.....	1	2	3	4	5
81.trato de tomar en cuenta lo que piensan los demás.....	1	2	3	4	5
82. Me llevo bien con los demás.....	1	2	3	4	5
83. Me es difícil perdonar.....	1	2	3	4	5
84. Me gusta ganar en los juegos.....	1	2	3	4	5

	COMPLETAMEN- TE FALSO	CASI TOTALMEN- TE FALSO	EN PARTE FAL- SO Y EN PARTE VERDADERO	CASI TOTAL- MENTE VERDA- DERO	TOTALMENTE VERDADERO
85. Casi siempre me siento bien.....	(1)	2	3	4	5
86. Soy malo para el deporte y los juegos.....	1	2	3	4	(5)
87. Queremo mal.....	1	2	3	4	(5)
88. Casi siempre hago lo que es debido.....	1	2	3	4	(5)
89. A veces hago cosas injustas para salir adelante.....	(1)	2	3	4	5
90. Me da trabajo portarme bien.....	1	2	3	4	(5)
91. Resuelvo mis problemas con facilidad.....	1	2	3	4	(5)
92. Con frecuencia cambio de manera de pensar.....	(1)	2	3	4	5
93. No hago nada para resolver mis problemas.....	(1)	2	3	4	5
94. Hago en mi casa el trabajo que me toca.....	1	2	3	4	(5)
95. Peleo con mis familiares.....	(1)	2	3	4	5
96. No me porto como quiero mi familia.....	1	2	3	4	(5)
97. Veo que la gente que conosco tiene buenas cualidades.....	1	2	3	4	(5)
98. Me siento un poco mal cuando estoy con otras personas.....	1	2	3	4	(5)
99. Me da trabajo platicar con extraños.....	1	2	3	4	(5)
100. A veces deajo para mañana lo que debería hacer hoy.....	(1)	2	3	4	5

ANEXO III

En este glosario, el término "demenia" incluye psicosis orgánicas de la índole descrita, de naturaleza crónica o progresiva, que si no se tratan por lo común son irreversibles y terminales.

El término "delirio" en este glosario comprende psicosis orgánicas de corta duración en las cuales las características arriba enumeradas pasan a segundo término frente a la obnubilación de la conciencia, confusión, desorientación, alucinaciones y, a menudo, vividas alucinaciones.

Incluye: síndrome psicótico orgánico cerebral

Excluye: psicosis clasificables en 295.298 que no tiene las peculiaridades antes mencionadas pero asociadas con enfermedad orgánica, traumatismo u otra circunstancia que comprometa el encefalo (v.g. consecutiva al parto); en estos casos codifique con 295.298 y utilice un código adicional para identificar la enfermedad orgánica asociada
síndrome no psicótico de etiología orgánica (ver 310.-)

290 Psicosis orgánicas senil y presenil

Excluye: demencia no clasificada como senil, presenil ni arteriosclerótica (294.1)

psicosis:
clasificadas en 295.298.8 surgidas en la ancianidad sin demencia ni delirio (295.298)
orgánicas transitorias (293.-)

290.0 Demencia senil, tipo simple

Demencia que ocurre generalmente después de los 65 años de edad, en la cual se puede descartar razonablemente cualquier patología cerebral distinta del cambio atóxico senil.

Excluye: demencia senil:
con confusión, con delirio o con ambas manifestaciones (290.3)
tipo depresivo o paranoide (290.2)
perturbación leve de la memoria, que no llega al grado de la encontrada en la demencia, asociada con enfermedad cerebral senil (310.1)

290.1 Demencia presenil

Demencia que aparece relativamente antes de los 65 años de edad en pacientes que sufren de formas relativamente raras de atrofia cerebral difusa o focal.

Utilice un código adicional para señalar la entidad neurológica asociada.

Atrofia cerebral circunscrita
Síndrome cerebral con enfermedad cerebral presenil

Demencia en la enfermedad (de):

Alzheimer
cerebral de Pick

Excluye: demencia:
arteriosclerótica (290.4)
asociada con otra enfermedad cerebral (294.1)

290.2 Demencia senil de tipo depresivo o paranoide

Un tipo de demencia senil de naturaleza progresiva, que se caracteriza porque aparece en la ancianidad avanzada, en la que se presenta una variedad de ideas delirantes y alucinaciones de contenido persecutorio, depresivo y somático. A menudo es especialmente notable el trastorno en el ciclo del sueño y la vigilia, así como la preocupación por los difuntos.

Psicosis senil SAI

Excluye: demencia senil:
SAI (290.0)
con confusión, con delirio o con ambas manifestaciones (290.3)

290.3 Demencia senil con estado confusional agudo

Demencia senil con un episodio reversible agregado de confusión mental aguda

Excluye: demencia senil SAI (290.0)
psicosis senil SAI (290.2)

290.4 Demencia arteriosclerótica

Demencia que, debido a los signos clínicos encontrados en el examen del sistema nervioso central, es atribuida a enfermedad arterial degenerativa del encefalo. Son comunes los síntomas que sugieren la presencia de una lesión encefalica focal. Puede haber defecto intelectual fluctuante o focal del que se tiene conciencia; es frecuente observar un curso intermitente. El diagnóstico diferencial con la demencia senil o la presenil, que podrían coexistir, puede ser muy difícil o imposible. Utilice un código adicional para indicar la arteriosclerosis cerebral (437.0)

Excluye: casos dudosos sin clara evidencia de arteriosclerosis (290.9)

290.8 Otras

290.9 Sin especificación

291 Psicosis alcohólicas

Estados psicóticos orgánicos debidos principalmente a la excesiva ingestión de alcohol, aunque se piensa que los defectos de la nutrición desempeñan un papel importante. En algunos de dichos estados la supresión del alcohol puede tener significación etiológica.

Excluye: alcoholismo sin mención de psicosis (303)

ANEXO IV

PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

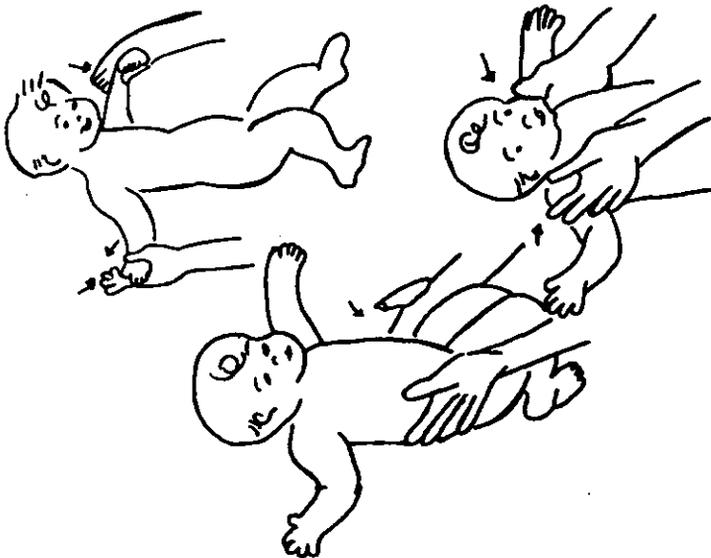
OBJETIVOS

- 1) Crear Conciencia en la Población, sobre la necesidad de prestar una Atención adecuada al Desarrollo del Niño De 0 A 3 Años.
- 2) Promover investigaciones y publicaciones sobre la situación del niño de 0 a 6 años y alternativas para la atención de su desarrollo integral.
- 3) Capacitar personal de diferentes niveles(enfermeras) para la ejecución de proyectos de Estimulación Temprana.

1. EL PLACER DE LOS MASAJES

OBJETIVO: Ayudar al bebe a tranquilizarse y a relajarse.

MATERIAL: Aceite (opcional)

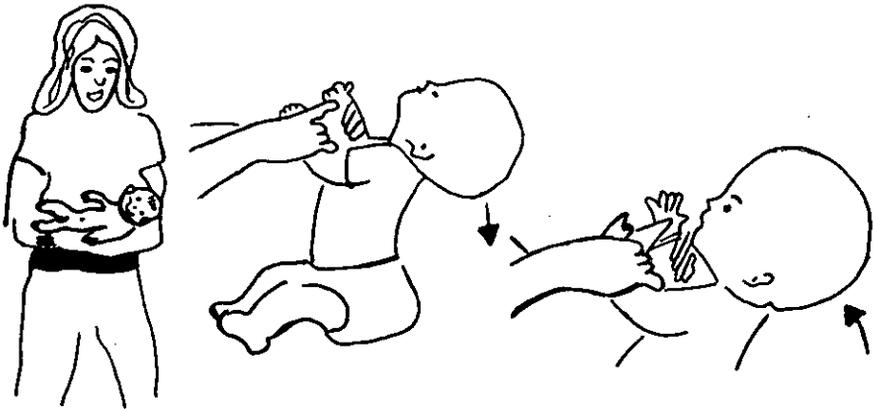


2. LEVANTANDO MI CABEZA

Objetivo: Que el bebe sea capaz de controlar los movimientos de la cabeza cuando esta en posición erguida

Materiales: Juguetes de colores vivos, almohadas, mantas, mesa, pelotas.

a) Levantarlo cuando descansa de espaldas. Apoya la cabeza del bebe en el hueco de tu brazo derecho doblado, a continuación vuelve a acostarlo y álzalo de nuevo haciendo esta vez que la cabeza se apoye en el hueco de tu brazo izquierdo. Repite de 3 a 5 veces de cada lado.



b) Tomarlo en brazos haciéndole descansar de costado con la cara hacia afuera y de espaldas a ti.

c) Levantar al bebé haciéndole descansar boca abajo.



d) Sentar al niño en el antebrazo con la cara hacia ti. Levántale sobre tu antebrazo doblado horizontalmente de manera que te toque con las rodillas y apoye su pecho en ti, de este modo descansara contra ti mirando por encima de tu hombro, con lo que no sufrirá ningún daño en la columna vertebral. Al cabo de 3 a 5 seg. Déjalo sobre la cama, luego álzale de nuevo, siéntale en tu antebrazo izquierdo y apoya la mano derecha en su espalda. Repite 3 a 5 veces.



e) Sentarle sobre el antebrazo dándole la espalda. Levántale y siéntale sobre tu antebrazo derecho doblado, con la espalda contra ti. Apoya la mano izquierda en su pecho y presiónale contra ti. Échale ligeramente hacia atrás afin de que descanse contra ti. Después de 3 a 5 seg. acuéstale

Álzale de nuevo y siéntale en tu brazo izquierdo sosteniéndole con la mano derecha. Repite el ejercicio de 3 a 5 veces.

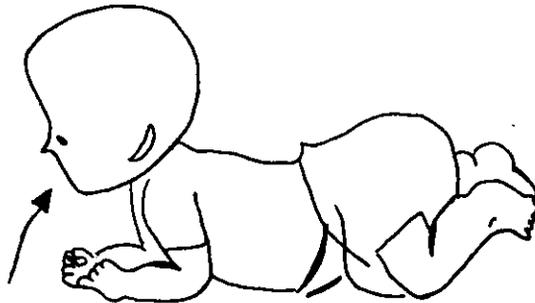
Sugerencias para la realización de estos ejercicios:

Cada vez que levantes dan algunos pasos. Tus movimientos rítmicos al caminar actúan como un estímulo

- Cada vez que lo levantes dobla varias veces y a los lados o gira hacia la izquierda y la derecha

- Haz más difíciles los ejercicios intentando que el niño no apoye tan firmemente la cabeza mientras se le tiene en brazos mueve tu cuerpo hacia adelante.

f) Levantar la cabeza mientras esta echado boca abajo. coloca al niño sobre el vientre y ponle los brazos de manera que queden doblados y apretados contra el pecho o ligeramente bajo el pecho



- Coloca las manos bajo su pecho (con la palma contra este), y átzaselo entre cinco y ocho cms. de manera que no toque el suelo. Así levantará la cabeza, al menos por un momento.

- Ponle sobre una manta doblada o sobre una almohada dura, a fin de que la parte superior de su cuerpo quede en el aire y le sea imposible apoyar la cabeza en el suelo. La manta doblada remplazará tu mano.

- Sitúale en una cama, de forma que la cabeza llegue al borde. Por precaución sujétale de las piernas.

- En todos estos ejercicios es preferible ayudarte presionándole suavemente en las nalgas y acariciándole la espalda desde el cuello a las caderas.

- Si está echado boca abajo, arrodíllate frente a él y pon la cabeza a la altura de la suya. Llámale entonces para que se fije en ti. Mientras mira tu cara, levanta ligeramente la cabeza de manera que el también eleve la suya.

g) Alzar la cabeza apoyándose en una pelota.

Levanta al niño por las axilas, de espaldas a ti, y apóyale el pecho, no el vientre, contra una pelota ligera, de unos 20 a 50 cm de diámetro. Las piernas tocan el suelo. Él debe levantarse bien alta la cabeza y mirarla en torno a él. Muévelo hacia adelante y hacia atrás sobre la pelota, inclínale hacia la derecha y hacia la izquierda.

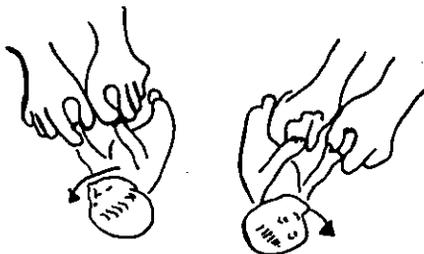


3. Siguiendo Objetos con los ojos y la Cabeza

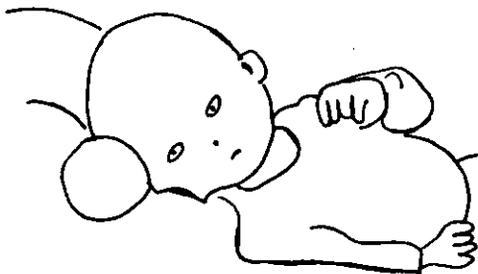
Objetivo: Que el niño aprenda a mover la cabeza en todas las direcciones y posiciones, sobre todo inclinarla hacia atrás cuando descansa boca abajo y llevar la barbilla hacia el pecho cuando esta boca arriba, así como que logre un control ocular.

Material: Juguetes de colores vivos, espejo, linterna eléctrica.

1. Hacer girar su cuerpo sujetándole por las manos, mientras permanece acostado. Toma sus manos con los pulgares y los índices y tuerce lentamente su cuerpo hacia la izquierda hasta que haya girado unos 45° y la cabeza se haya vuelto por si misma hacia ese lado, describiendo un arco de 90° . Repite el ejercicio hacia ambos lados de cinco a seis veces.

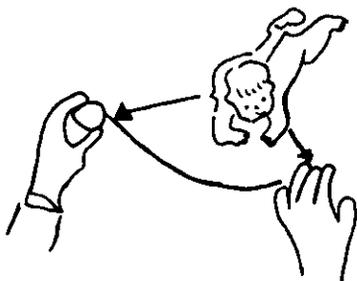


2. Observando el movimiento. Sostén una linterna o un objeto atrayente delante del rostro del bebe, a una distancia de 20 cm. Por lo menos, muévelo de derecha a izquierda y viceversa. Repite de 5 a 6 veces a cada lado. Mas tarde cuando pueda seguir con la mirada un objeto que se desplaza de arriba-abajo, muévelo en círculos.

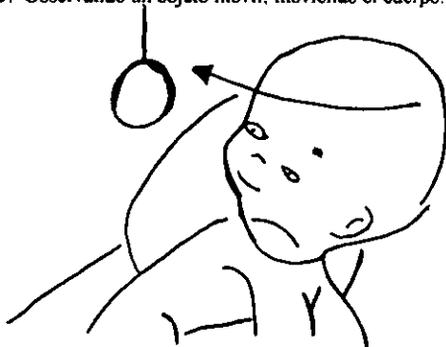


3. Volverse de lado con ayuda de anillas. Coloca al niño frente a ti, boca arriba, pon en cada una de sus manos una anilla, tan pronto como cierre sus manos en torno a ella, empuja la anilla de su mano derecha para hacerle volverse hacia la izquierda y luego la de la mano izquierda para hacerle volverse hacia la derecha. Repite a cada lado de 5 a 6 veces.

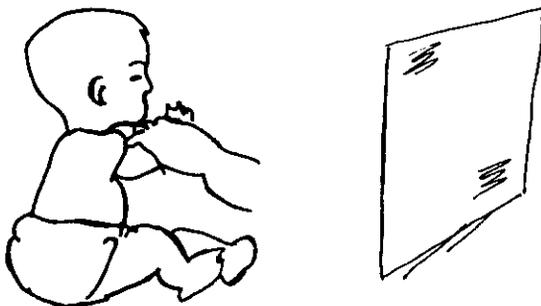
4. Mirar objetos que se mueven en el aire, estando boca abajo.



5. Observando un objeto móvil, moviendo el cuerpo.



6. Mirándose solo en un espejo. Para que su propia imagen le atraiga más viste al bebé con colores vivos o bien ata un listón rojo o naranja alrededor de su muñeca.



4. Escuchando

Objetivo: hacia el tercer mes, el niño deberá haber aprendido a escuchar, a permanecer tranquilo cuando oye sonidos nuevos. Al final de los tres meses, deberá haber logrado además una

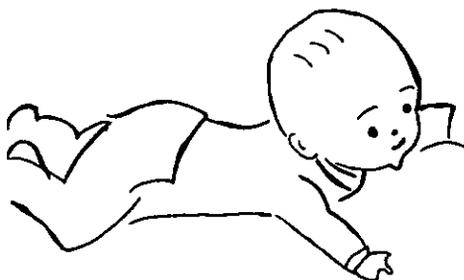
cierta coordinación entre el oído, la vista y los movimientos de cabeza, haber aprendido a buscar y encontrar con la vista la fuente de los sonidos interesantes, es decir, a conectar lo que ve y lo que oye, descubrir que lo que ves es también la fuente del sonido, tiene que aprender que cuando oye un sonido interesante, puede ver también el objeto que lo emite, el cual se encuentra en la misma dirección de la que procede el sonido.

Materiales: sonajeros o juguetes sonoros

1. Volver la cabeza hacia un sonido que proviene del límite de su campo de visión. Agita un sonajero u otro juguete sonoro, manteniéndolo en el extremo del campo de visión del niño. Pronto empezará a volver los ojos, e incluso la cabeza, para mirar en esa dirección (2º mes). En lugar del objeto, puedes también enseñar tu cara, llamándole desde el borde de su campo de visión.

2. Coloca al bebé boca arriba, mantente de pie detrás de su cabeza de forma que no pueda verte. Sostén el "juguete sonoro" encima de la frente del bebé ligeramente fuera de su campo de visión, sacude lenta y suavemente el objeto para no asustarle. Debería mirar hacia arriba para ver el juguete sonoro, cuando lo haga sonríele y háblale acerca del sonido. Luego sostén el juguete sonoro junto a uno de los lados de la cabeza del bebé y sacúdelo más rápido, si sigue mirando en tu dirección en lugar de mirar hacia el sonido, apártate de su vista mientras sacudes el juguete. Practica este juego de los sonidos durante no más de 5 min. Ya que en caso contrario sobreestimularas al bebé y lo agotarás.

3. El escondite. Para enseñarle a volver la cabeza hacia la fuente de un sonido, puedes también suscitar una simple relación social. Coloca al pequeño boca arriba. llámale desde el lado derecho y trata de atraer su atención moviendo la cabeza y las manos. Al principio el niño volverá la cabeza de un lado a otro, cuando te encuentre sonríele y háblale. Al cabo de un rato, escóndete de nuevo y llámale, esta vez desde la izquierda. Al final del tercer mes, volverá la cabeza en la dirección correcta a la primera llamada.



5. Moviendo Mis Brazos y Mis Manos

Objetivo: al comienzo del tercer mes, los movimientos de los brazos y las manos son todavía reflejos, pero al final del mismo empiezan a convertirse en deliberados, controlados voluntariamente. Al final del tercer mes el niño comienza a asirse una mano con la otra y a observar sus movimientos. La fuerza con que agarra se debilita gradualmente, al tiempo que aumentara la fuerza de sostén del brazo. Durante el 2º mes deberá aprender a extender los brazos cuando descansa boca abajo y extendidos.

Materiales: objetos de colores vivos, pelota.

1. Asirse una mano con la otra. Toma suavemente al niño por las muñecas y acércale las manos una hacia la otra hasta que se toquen.

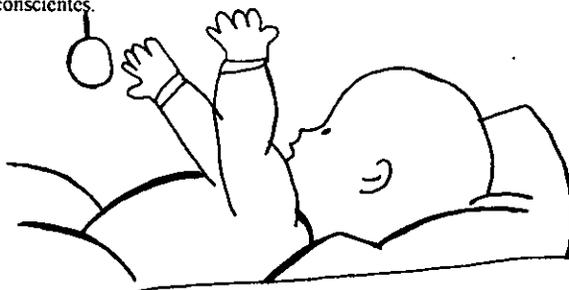
2. Jugar con las manos frente a los ojos. Alza sus manos unidas de manera que las vea. Así le ayudarás a descubrir sus manos con los ojos.



3. Asir un objeto cuando se lo colocan en la mano. Coloca los objetos en la mano del bebe de modo que le sea fácil agarrarlos, ya que aun no esta preparado para hacerlo por sí solo.

Probablemente, lo dejara caer al cabo de unos segundos. Vuelve a colocarle el objeto y háblale: los ha dejado caer. Aquí esta. Ahora agárralo con fuerza. Tras haberlo dejado caer repetidamente pon el objeto en la otra mano del bebe durante las próximas semanas empezara a sostenerlo durante periodos de tiempo cada vez más largos. Sin embargo ejercítalo para que también suelte los objetos.

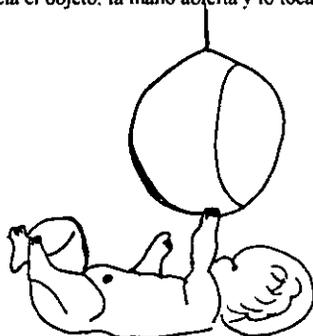
- En el 2º mes, cuando el niño abre los puños con frecuencia o cuando los afloja al tocar un objeto, déjale de poner este directamente en la mano, muéstraselo, (colocándolo a su alcance) a fin de estimularlo, lo cual se expresa a través de movimientos vivos de todo el cuerpo en especial de los brazos, esto conduce a veces accidentalmente a que una o las dos manos alcancen el objeto tocándolo e incluso asiéndolo. Cuando más se estimulan estos toques y esas presas accidentales, mas pronto perderán los movimientos su carácter casual y se irán convirtiendo poco a poco en deliberados y conscientes.



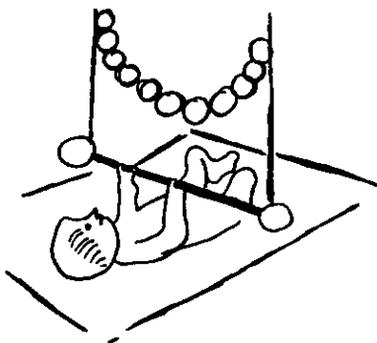
5. Presa Activa y Movimientos Pasivos del Brazo. Ofrece tus índices al bebe, cuando los agarre mueve sus brazos en varias direcciones: adelante, atrás, a ambos lados, después cambia tus índices por anillas. Durante estos movimientos el niño ha de sostenerse por sí mismo.

6. Dirigir la mano hacia un objeto grande. Cuelga de una cuerda, de 10 a 15 cm. Por encima del pecho del bebe una pelota grande (20-25cm.) y de colores vivos. Durante el 2º y el

tercer mes, las manos se limitaran a chocan contra ella. pero al final de este ultimo el pequeño dirigirá lentamente hacia el objeto. la mano abierta y lo tocara.

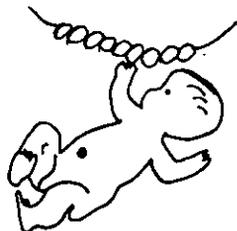


7. Toques Accidentales y Presa en un Trapecio. Suspende una varilla de metal, de alrededor de 1.25 cm. de grueso por 40 cm. de largo, de dos trozos de cuerda, dejándolos a unos 15 cm. Por encima del pecho del bebe, paralela a sus hombros. Recubre ambos extremos de la varilla con globos de goma, algodón o tela. Al mover los brazos el niño tocara el trapecio y sin duda acabara por aferrarlo y sujetarlo. Pronto empezara a moverlo en diversos sentidos. Si atas a las cuerdas de las que cuelga el trapecio una tercera, en la que habrás ensartado varios objetos coloreados, el niño sacudirá mucho el trapecio, porque esto hará moverse los objetos, provocando un ruido que lo atrae.

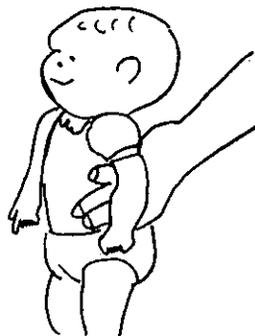


8. Llevar la mano a un objeto más pequeño y asirlo. Cuelga una cuerda con pelotas, cubos, recipientes pequeños, sonajeros y otros objetos similares a unos 15 cm. de altura, cruzando

el pecho del niño. Al principio, al mover los brazos los tocara por casualidad y los asirá, pero al final del tercer mes, tendera la mano hacia ellos de modo deliberado. Dale la oportunidad de asir objetos de varios tipos, redondos y cuadrados, duros y blandos, macizos y huecos para aprovechar la presa como preparación para la suspensión dale la oportunidad de agarrar algo capaz de soportar en parte su pecho.



9. Alzarse hasta quedar sentado y de pie. Toma los dedos del bebe y tira de él hasta dejarlo sentado. Protege su cabeza sin tocarla, para evitar el riesgo de una posible caída. En el quinto mes, al tirar de él se pondrá de pie.



10. Suspensión combinada. Cuando él bebe sepa mantener la presa con la fuerza suficiente para sostenerse sin peligro. Apoya al niño de espaldas y tiéndele dos dedos de tu mano. Cuando los agarre sujétale por las piernas con la otra mano y álzale alrededor de 10 cm por encima de manera que la cabeza y el tronco queden horizontales.

11. Tender la mano hacia objetos que se ofrecen desde distintas direcciones. Primero colócate frente al bebe preséntale desde allí objetos interesantes. Después y gradualmente, ofrocc

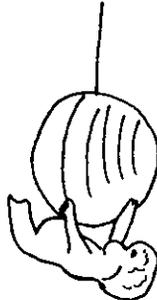
otros desde la derecha o la izquierda, desde arriba o abajo, al principio enséñalos desde cerca, luego vete alejando, de modo que le niño tenga que alcanzarlos

12. Tender la mano hacia objetos en movimiento. Mueve lentamente un objeto interesante frente al niño siempre al alcance de sus manos. Seguirá el movimiento no solo con los ojos, sino también con los brazos luego permítele cogerlo.

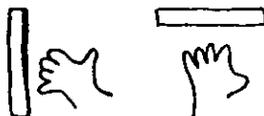
13. Tender la mano hacia un objeto estacionario cuando el niño esta en movimiento. Siéntate con el niño ante la mesa y pon sobre ella un objeto interesante. Con el niño en posición sentada, gira su cuerpo poco a poco a la derecha y hacia la izquierda. Para asir el objeto tendrá que compensar con la mano el movimiento que estas haciendo con él.

14. Tender la mano hacia objetos en combinación con otros movimientos del cuerpo. En el sexto mes, ofrece al niño juguetes de modo que tenga que incorporar otros movimientos al de alcanzarlo, por ejemplo giro, flexión y extensión

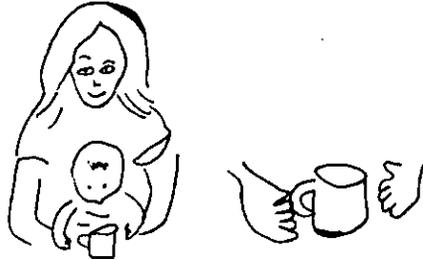
15. Asir objetos grandes con ambas manos. Hacia el quinto mes dale una pelota lo suficientemente grande para que tienda ambos brazos y extienda los dedos.



16. Asir un objeto alargado en diversas posiciones. En el quinto mes aprenderá a dirigirse hacia él con la mano abierta.



17. Asimiento asimétrico con ambas manos. Dale una taza de plástico. a fin de que la mano izquierda agarre el asa y tenga que presionar la derecha contra el lateral de la taza. Dáselo después en sentido inverso. Esto le enseñara a asir simultáneamente cosas distintas con ambas manos.



18. Asir objetos colocados sobre una superficie.

19. Palpar objetos con ambas manos

20. Transferir los objetos de una mano a otra.

21. Golpear la mesa y deslizar las manos por ella.

6. Palpando Diferentes Texturas.

Objetivo: Despertar el interés del bebe en relación con el sentido del tacto.

Material: Telas con diferentes texturas.

1. Frótle suavemente el brazo con telas de diferentes texturas. coméntale las sensaciones producidas por la tela. Rózale el rostro, las piernas y las plantas de los pies con la tela mientras le vas hablando. Luego restriégale la palma de las manos sobre dicho tejido.

2. Presionar juguetes de goma sonoros.

3. Jugar con un tubo de goma de unos sesenta cm. De longitud, provocando cambios de forma.

4. Jugar con una tela.

5. Jugar con una bolsa de plástico, llena con varios objetos.

6. Arrugar y romper papel

7. Aprendiendo a Girar mi Cuerpo

Objetivo: Lograr que el bebe gire sobre si mismo, así como que pase rodando de la posición ventral a la posición dorsal y viceversa.

Material: Objetos de colores y sonidos llamativos.

1. Hacer girar su cuerpo sujetándole por las manos, mientras permanece acostado.

2. Hacer girar su cuerpo sujetándole con las piernas flexionadas, mientras permanece acostado.

3. Estando el niño en posición prona colocar un juguete atractivo a un costado de él, logrando así que gire su cuerpo para alcanzarlo. Déjalo ahí por un rato y cambia el juguete al otro costado.

4. Para girar de la posición ventral a la posición dorsal, se coloca al bebe boca abajo, luego se pone su brazo derecho estirado junto a su costado derecho. Suavemente girale levantando su cadera izquierda hacia el costado derecho.

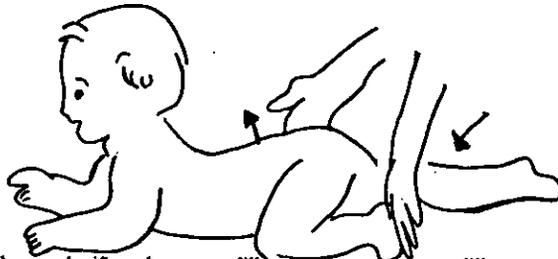
5. Para girar de la posición dorsal a la posición ventral, estira al bebe sobre una superficie firme. Sostener la parte posterior de su muslo derecho con la mano izquierda y utilizar la mano derecha para extender hacia arriba su brazo izquierdo junto a su cabeza. Empujar girando hacia el costado izquierdo con tu mano izquierda.

8. Aprendiendo a Gatear

Objetivo: Fortalecer los brazos y los músculos del vientre del bebe capacitándole para llevar las rodillas hasta debajo de este para que logre gatear.

Material: Objetos de colores y sonidos llamativos.

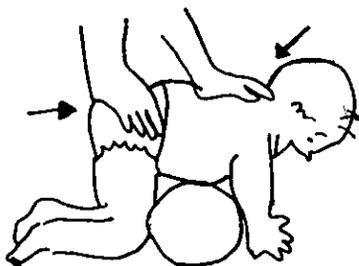
1. Descansar sobre el vientre e intentar gatear. Colocar al niño en posición ventral con las piernas flexionadas y apoya la palma de la mano contra sus pies



2. Coloque al niño sobre un rodillo con sus manos y rodillas apoyadas en el suelo, mostrándole un juguete para que intente alcanzarlo.



3. Coloque al niño sobre un rodillo con sus manos y rodillas apoyadas en el suelo. Balancéalo hacia adelante y hacia atrás, así como hacia un lado y otro.



4. Coloca al niño sobre sus manos y rodillas, lentamente muévelo hacia adelante y hacia atrás, dando ayuda si es necesario, también se puede usar el movimiento hacia ambos lados.

5. Coloca al niño sentado del lado. Ayúdalo a colocar sus manos en el piso. Impulsa su cuerpo hasta que quede apoyado sobre sus manos y rodillas. Regresa la dirección del movimiento de 3 a 5 veces.

6. Gatear sobre el padre o la madre. Estando sobre el suelo el padre o la madre colocaran al niño al lado de él, de modo que tenga las rodillas en el suelo y se incline sobre su estomago, colocando algún juguete al otro lado, también se puede dejar al niño atravesado sobre él estomago de los padres, de forma que su cabeza y sus hombros estén sobre el suelo, forzándole así a sostenerse sobre las manos.

7. Trepar sobre los muslos de ambos padres.

8. Gatear sostenido de una tela que abarca su pecho con ambos extremos sobre su espalda

9. Gatear por debajo y a través de objetos.

10. Persecución a gatas.

9. Sentándome solo

Objetivo: Fortalecer el desarrollo de los músculos y la columna vertebral.

Material: Variedad de juguetes.

1. Sentar al niño girando su cuerpo de costado.
2. Sentar al niño de espaldas tomar cada uno de sus hombros y realizar movimientos de balanceo.
3. Sienta al niño del lado de manera que su peso este sostenido por su brazo. Mientras le muestras un juguete para que lo alcance con la otra mano, guardando el equilibrio.



10. Ejercicios de las Piernas

Objetivo: Estimular la extensión de las piernas, el empuje y el pateo

Levantar las piernas. Forma una copa con las manos como si fueras a beber en una fuente. Sienta al niño sobre ellas, de manera que su espalda descance sobre tus brazos y la cabeza se apoye en el hueco de tus codos. Mueve las manos para alzar con ellas las caderas y bajar las piernas del niño, él empujara las piernas hacia el vientre. Las suyas se apoyen en tu estomago y la cabeza se apoye en tus rodillas. Entonces tiende los índices. Cuando se agarre a ellos reclinate lentamente y alza bien alto.

2. Empujar con las piernas. Presiónale los pies lo suficiente para que empiece a extender y doblar las piernas rítmicamente. Este ejercicio también se puede hacer sosteniéndole de pie por las axilas y permitiéndole saltar en esta posición.

3. Dar patadas a una pelota. Coloca al niño boca arriba. Pon la palma de la mano bajo sus glúteos y álzale ligeramente las caderas, de modo que levante las piernas, separando los talones del suelo. Sostén con la mano una pelota. Muévela para que toque las piernas, produciendo que el niño las extienda y las doble.

4. Suspensión con las piernas apoyadas en el estómago de un adulto. Sienta al niño de frente a ti sobre tus piernas, toma sus manos e impúlsalas hacia arriba, logrando que se ponga de pie.

5. Mecer. Siéntate en el suelo, con las piernas extendidas. Acuesta al niño boca arriba sobre tus piernas, de modo que las piernas. El niño quedará de pie sobre tu estómago. Luego siéntate de nuevo hasta que decaense sobre tus muslos. Alterna él acostarse y sentarte alrededor de 10 veces.

11. Entrenamiento para ponerse de pie y permanecer así.

Objetivo: Fortalecer los músculos de las piernas y el equilibrio de la columna.

1. Pasar de la posición sentada a la posición de pie con ayuda de una mano
2. Ponerse de pie desde la posición acostada tendiéndole la mano
3. Ponerse de pie independientemente desde la posición de rodillas, asiéndose a un barrote

4. Ponerse de pie independientemente junto a una pared lisa

5. Permanecer de pie sujetándose con una mano o apoyando el cuerpo.

6. Recoger cosas del suelo y levantarse de nuevo.

12. El Entrenamiento de los Primeros Pasos

Objetivo: que el niño aprenda gradualmente a permanecer sobre los pies y a cargar todo su peso sobre ellos, a dar pasos y mantener el equilibrio al andar.

1. Transferir el peso del cuerpo de un pie a otro

2. Dar patadas a una pelota

3. Andar del lado. Pon al niño de pie sitúate detrás de él y sujétale por ambas manos. Empuja ligeramente su brazo izquierdo del lado y su brazo derecho hacia arriba. Cambia el movimiento de los brazos.

4. Pasos hacia adelante tomándole de la mano.

5. Pasos hacia adelante, sujetándole por una mano y con la otra apoyada en un mueble

13. Desarrollo de los Movimientos delicados de las Manos y del Juego

Objetivo: desarrollo de la pinza fina, actuar con un objeto sobre otro, agacharse y recoger objetos, abrir cajones, vaciarlos y llenarlos.

1. Asir objetos metidos en un recipiente.

2. Asir juguetes pequeños.

3. Hacer girar una llave.

4. Apretar un botón.

5. Dar palmadas.

6. Golpear dos objetos uno contra otro.

7. Empujar un cubo con un cucharón.

8. Abrir y cerrar cajas.

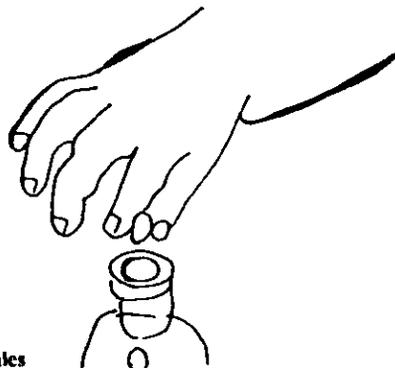
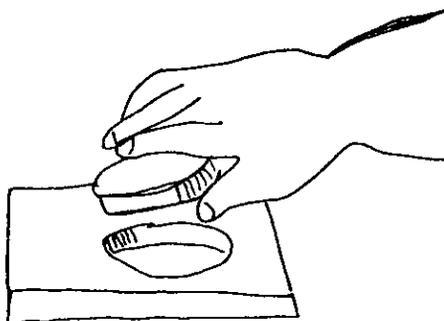
9. Ensartar discos en una varilla.

10. Poner y sacar un tapón

11. Meter canicas en una botella

12. Encajar figuras geométricas

14. Desarrollo del Lenguaje y de las Relaciones Sociales



1. Gesticulando. Enseña gestos al bebe que indiquen acciones, para que aprenda así a comunicarse.

2. Estimulación del balbuceo por simple contacto social e imitando sus sonidos

3. Volver la cabeza hacia un objeto, nombrado siempre en las mismas condiciones.

4. Volver la cabeza hacia un objeto nombrado en distintas condiciones.

5. Distinguir entre objetos nombrados verbalmente

6. Llamar a papá y mamá.

7. Nombrar a los animales

8. Nombrar actividades.

9. Seguir instrucciones sencillas "dame" "toma"

15. Desarrollo del Pensamiento

Objetivo: darle la oportunidad al niño de entrenarse en la comprensión de las relaciones entre causa-efecto

1. Resolviendo problemas sencillos: encontrar un cubo escondido debajo de tres tazas

ANEXO V

ESQUEMA GENERAL DEL PROGRAMA

PROGRAMA PARA PADRES

Modulo I "Estimulación Temprana"	Modulo II "Bienestar para tu Hijo"	Modulo III "Retardo en el Desarrollo"
-------------------------------------	---------------------------------------	--

Sub-Modulo *A*
Nociones Básicas sobre
Estimulación Temprana

Sub-Modulo *A*
Enfermedades y Salud

Presentación	T.	Evaluación	T.P.	Evaluación	T.P.
1. Nociones de Estimulación Temprana	T.	1. Noción Salud-Enfermedad. Principales Enfermedades. Formas de Transmisión y/o Contagio	T.	1. Desarrollo Normal del Niño.	T.
2. Conductas del Desarrollo Evolutivo	T.	2. Señales de Enfermedad. ¿Qué hacer ante estas?	T.	2. Retardo en el Desarrollo Causas.	T.
		3. Medicamentos: Sustancias Contra enfermedades.	T.	3. El Papel de la familia en el Retardo	T.
		4. Higiene y Prevención: Hábitos Esenciales	T.	4. Ayuda del Médico y del Psicólogo.	T.
				5. Prevención del Retardo en el Desarrollo.	T.
Sub-Modulo *B* Iniciación de un Programa		Sub-Modulo *B* Alimentación Nutritiva			
Evaluación	T.P.	Evaluación	T.P.		
1. Evaluación del Desarrollo	P.	1. Concepto de Nutrición y su vinculación con el concepto De salud	T.		
2. Descripción de Metas y Objetivos	T.	2. Leche Materna. Propiedades	T.		
3. Observación por parte de los padres de la aplicación del Programa.	T.P.	3. Ablactación	T.		
4. Aplicación del programa por Parte de los padres.	P.	4. Elementos Nutritivos en los alimentos	T.		

Explicación Abreviaturas

T.= Teoría

P.= Práctica

ANEXO VI

La MENINGITIS (Por sí misma como Epilepsia o Retraso Mental)
Y NEUMONIA, pueden ser curadas
por el HAEMOPHILUS INFLUENZAE tipo b


TERAPROTEJA

A SU BEBÉ

¡VACUNÉLO!

(DTP + HbOC)
Mayor protección en una sola vacuna

Tan Peligrosa como... la

Hepatitis-B

La vida de su hijo
depende de Ud...



**¿Y... si mi
bebé tiene
Fiebre?**



MENNEK CURITY

**¿Porque
llora el
Bebé?**



MENNEK[®] CURITY[®]
La Marca más usada en
Hospitales y Maternidades de México

¿Por qué llora el bebé?

El llanto del bebé es de los momentos más angustiantes para que empiezas a surgir las preguntas: ¿Que le pasa? ¿Que le duele? y la desesperación hace presa de los padres.

Tienes que estar consciente que el llanto de un niño es la única manera que tiene el bebé para comunicarse. Casi siempre significa que está hambriento o en otras ocasiones llora porque siente dolor, frío o alguna otra molestia, además que de esta manera expresa su necesidad por contacto físico.

A medida que sus emociones los primeros meses de vida no existe un control por lo que llora desconsoladamente demostrando frustración o sufrimiento y para la mamá se convierte en un entrenamiento constante que pronto logrará dominar y reconocer.

A lo largo de su primer año de edad el tipo de llanto se puede distinguir con mayor facilidad puede indicar miedo, tristeza, enojo.

Cuando tu bebé lllore:

Verifica:

Su hora de alimentación

Como se encuentra su pañal y la temperatura de la habitación en la que se encuentra tu pequeño.

Platica con él la voz materna es un calmante muy efectivo.

Tranquilízate es necesario transmitirle confianza si pierdes la paciencia es mejor que alguien te sustituya por un rato.

La luz tenue y música en bajo volumen puede ayudar.

La intuición de madre es primordial y solo la fiebre es señal de alarma.



Recuerda que los únicos productos para bebés recomendados por la Sociedad Mexicana de Pediatría son las Líneas Baby Magic Mennen y Curity.

Preparado bajo la supervisión de la SOCIEDAD MEXICANA DE PEDIATRÍA.

Fiebre

La fiebre es un mecanismo de defensa del organismo para avisar que algo está ocurriendo en el cuerpo del bebé y aumentará la temperatura corporal normal de 37 C a 37.9 C (si se toma en la boca) o a 38.3 C (si se toma en recto).

Si tu bebé tiene menos de 3 años de edad, toma su temperatura por vía rectal.

La fiebre comúnmente acompaña las infecciones: garganta (anginas), oídos, nariz (gripa) o intestinales (diarrea).

Muy pocos bebés sufren de convulsiones febriles y aunque por lo general son benignas deberás avisar a tu pediatra.

¿Por qué otras causas se puede presentar la fiebre?

- Por tener mucha ropa puesta
- Por haber tomado líquidos muy calientes
- Por haber hecho ejercicio
- Porque la casa esté muy caliente y sin ventilación
- Si el bebé tiene alguna enfermedad

Consejos Útiles

- Desviste al bebé o dejalo en camiseta y pañal (dependiendo de la edad) y tal vez en 30 minutos regrese a su temperatura normal.
- Bañalo con agua tibia por 20 minutos mojóndole la cabeza.
- Mantén el cuerpo del bebé más frío de lo normal utilizando un ventilador.
- Aumenta la cantidad de líquidos que toma.
- Evita comida que sea difícil de digerir.
- Evita que tu bebé se fatigue por ejercicio.
- Nunca dejes a tu bebé solo en un coche cerrado aunque sea por pocos minutos.

¿Cuándo llamar al pediatra?

- Si tu bebé tiene fiebre y es menor de tres meses.
- Si tiene una crisis convulsiva.
- Si la temperatura dura más de 24 horas.
- Si tiene dificultad para respirar.
- Si el bebé actúa de manera delirante.

¿Cómo tratar una convulsión febril?

- Recuéstalo lejos de objetos puntagudos o duros que lo puedan lastimar.
- Voltea su cabeza hacia un lado para que no trague su saliva o vómito.
- No pongas ningún objeto en su boca, no se tragará lengua.
- Llama a tu pediatra.
- La convulsión debe durar menos de 4 minutos.

Los productos de la línea de bebés Baby Magic Mennen y Curity son Recomendados por la Sociedad Mexicana de Pediatría



Preparado bajo la supervisión de la Sociedad Mexicana de Pediatría

ANEXO VII

DIRECTORIO

DIRECTOR

DR. SILVANO VERA Y CORDOVA

SUBDIRECTOR

MEDICO

DR. PEDRO CAMACHO GONZALEZ

JEFE DEL

SERVICIO DE

PEDIATRIA

DRA. SOLORZA

PSICOLOGOS

PSIC. ANDRES GARCIA

PSIC. CLAUDIA NEGRETE

PSIC. MA. FERNANDA QUINTANAR

DEPARTAMENTO DE

PSICOLOGIA

Informes e Inscripciones: Puerta

Principal del Hospital (Area de

Psicología) o con la Dra. Ramirez

(Area de Pediatría)

Sin ningun costo.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

HOSPITAL GENERAL

"MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA"

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA



Tiene el agrado de invitar a todos los
padres al taller de ESTIMULACION

TEMPORAL

Que se llevará a cabo Lunes y Miercoles
de 9 a 11 de la mañana A partir del 12 de

Febrero de 1996.

T E M A S

- ¿ Qué es el retardo en el desarrollo?
- Factores de Riesgo
- ¿Cómo identificar un posible retardo en el desarrollo?
- ¿ Qué es la Estimulación Temprana?
- ¿ A quién va dirigida?
- ¿ Cuál es su objetivo(s)?
- ¿ Cómo se lleva a cabo?
- ¿ Qué es un programa de Estimulación?
- Areas del desarrollo que abarca la Estimulación
- Cuidados básicos durante los primeros meses
- Lactancia Materna
- Relación Madre-Hijo
- Juguetes de acuerdo a la edad del niño

I N A G U R A C I O N

DRA. SOLORZA
DRA. RAMIREZ

P O N E N T E S

PSICOLOGO ANDRES GARCIA
PSICOLOGA CLAUDIA NEGRETE
PSICOLOGA MA. FERNANDA QUINTANAR

C L A U S U R A

DRA. SOLORZA
DRA. RAMIREZ

ANEXO VIII

ENTREVISTA

DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE DEL NIÑO (A): _____

INSTITUCION DONDE NACIO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

SEXO: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

EDAD: _____

ESCOLARIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____

EDAD: _____

ESCOLARIDAD: _____

DOMICILIO: _____

TELEFONO: _____

RELIGION: MADRE: _____ PADRE: _____

CON QUIEN VIVEN: _____

SUSTENTO ECONOMICO: _____

NUMERO DE HERMANOS: _____

LUGAR QUE OCUPA ENTRE ELLOS: _____

HISTORIA PERSONAL

PRENATAL:

NUMERO DE EMBARAZOS DE LA MADRE:

NUMERO DE ABORTOS:

EDAD DE LA MADRE AL MOMENTO DEL EMBARAZO:

ESTADO FISICO DE LA MADRE EN EL EMBARAZO:

NORMAL _____

PROBLEMAS _____

CUALES _____

ESTADO EMOCIONAL DURANTE EL EMBARAZO:

DISGUSTOS GRAVES: _____

REACCION ANTE EL EMBARAZO:

_____ FUE DESEADO

_____ ACCIDENTAL

_____ HUBO RECHAZO ABIERTO CON DESEO DE
ABORTAR E INTENTOS REALIZADOS

_____ LO ACEPTARON CON ALEGRIA

REACCION ANTE EL SEXO DEL HIJO:

_____ DESFAVORABLE

_____ FAVORABLE

NATAL:

1. CARACTERISTICAS DEL PARTO:

A TERMINO _____

PREMATURO _____

PROLONGADO _____

RAPIDO _____

CESAREA _____

PSICOPROFILACTICO _____

COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO. MARQUE (X) SI SE PRESENTO Y ESPECIFIQUE
CONSECUENCIAS.

FORCEPS () _____

ANESTESIA () _____

VUELTA DE CORDON () _____

TRAUMATISMO () _____

FACTOR RH () _____

INCUBADORA () _____

ANOXIA AL NACER () _____

HIPOXIA AL NACER () _____

HEMORRAGIAS () _____

ALERGIAS () _____

INTERVENCIONES QUIRURGICAS () _____

LLANTO NORMAL Y ESPONTANEO AL NACER: _____

PESO _____ TALLA _____ AL NACER

CALIFICACION APGAR _____

PRESENCIA DE REFLEJOS PRIMARIOS. MARQUE (X) SI ESTAN PRESENTES.

REFLEJO DE PRENSION ()

REFLEJO DE SUCCION ()

REFLEJO TONICO-CERVICAL ()

REFLEJO DE MORO ()

REFLEJO PLANTAR ()

POSTNATAL:

¿CUANTAS HORAS DESPUES DEL PARTO VIERON A SU HIJO?

LACTANCIA:

NATURAL O ARTIFICIAL: _____

DESEABA AMAMANTARLO. SI O NO Y ¿PORQUE? _____

REFLEJO DE SUCCION PRESENTE SÍ _____
(SÉ PRENDIO BIEN AL PECHO) NO _____

¿CUANTAS HORAS DESPUES DEL NACIMIENTO COMENZO A AMAMANTARLO? _____

CONDICIONES DEL PEZÓN. ¿LE RESULTO DOLOROSO? _____

RITMO DE ALIMENTACION

TIEMPO QUE SUCCIONA DE CADA PEZON: _____

CANTIDAD DE HORAS QUE DEJA ENTRE UNA ALIMENTACION Y OTRA _____

AL ESTARLO AMAMANTANDO LE HABLA, LO ACARICIA, LO MIRA A LOS OJOS O
¿CUAL ES SU ACTITUD? _____

¿HASTA QUE EDAD PIENSA AMAMANTARLO? _____

SI NO HA PODIDO ALIMENTAR A SU HIJO CON EL PECHO O LO HA HECHO POR MUY
POCO TIEMPO, DE QUE FORMA LE DA EL BIBERÓN: LO SOSTIENE EN ÍNTIMO
CONTACTO CON SU CUERPO, SE LO DA ACOSTADO EN SU CUNA O EN LA CAMA, EL
AGUJERO DEL CHUPON ES MUY PEQUEÑO O GRANDE Y CUANTO TIEMPO TARDA ÉL
BEBE EN ALIMENTARSE.

¿COMO ACEPTO ÉL BEBE EL CAMBIO DE ALIMENTOS: DEL PECHO AL BIBERON, DE LA
LECHE AS OTROS ALIMENTOS SOLIDOS COMO FRUTAS, VERDURAS Y PAPILLAS?

SITUACION ACTUAL

¿CUÁNTO TIEMPO PERMANECE DESPIERTO DURANTE EL DIA? _____

¿CUÁNDO EL NIÑO ESTA DESPIERTO Y TRANQUILO QUE HACE UD?

¿SU ESPOSO LE AYUDA AL CUIDADO DEL NIÑO(A). SI O NO Y COMO LO HACE?

¿CONVIVEN FRECUENTEMENTE UD Y SU ESPOSO CON EL NIÑO (A). LE DEMUESTRAN FRECUENTEMENTE SU CARIÑO: ACARICIÁNDOLE, BESÁNDOLE, ETC?

DESARROLLO INICIAL

ATENCION Y PERCEPCION:

SIGUE EL MOVIMIENTO A LA LINEA MEDIA: _____

SIGUE EL MOVIMIENTO MÁS ALLA DE LA LINEA MEDIA: _____

PSICOMOTRICIDAD:

MOVIMIENTOS SIMETRICOS: _____

LEVANTA LA CABEZA: _____

LEVANTA LA CABEZA 45° _____

LENGUAJE:

RESPONDE A LA CAMPANA: _____

VOCALIZA: _____

DICE OOO/AAM: _____

RIE: _____

CHILLA: _____

VOLTEA AL SONIDO: _____

SOCIALIZACION:

MIRA A LA CARA: _____

SONRIE CON ESTÍMULO: _____

SONRIE ESPONTANEAMENTE: _____

MIRA SUS MANOS:

ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO. ANOTE A QUE EDAD Y QUE COMPLICACIONES

SARAMPION () _____

VARICELA () _____

RUBEOLA () _____

PAPERAS () _____

DIARREAS () _____

INFECCIONES RESPIRATORIAS () _____

CONVULSIONES () _____

TOMA MEDICAMENTOS () CUALES _____

ANEXO IX

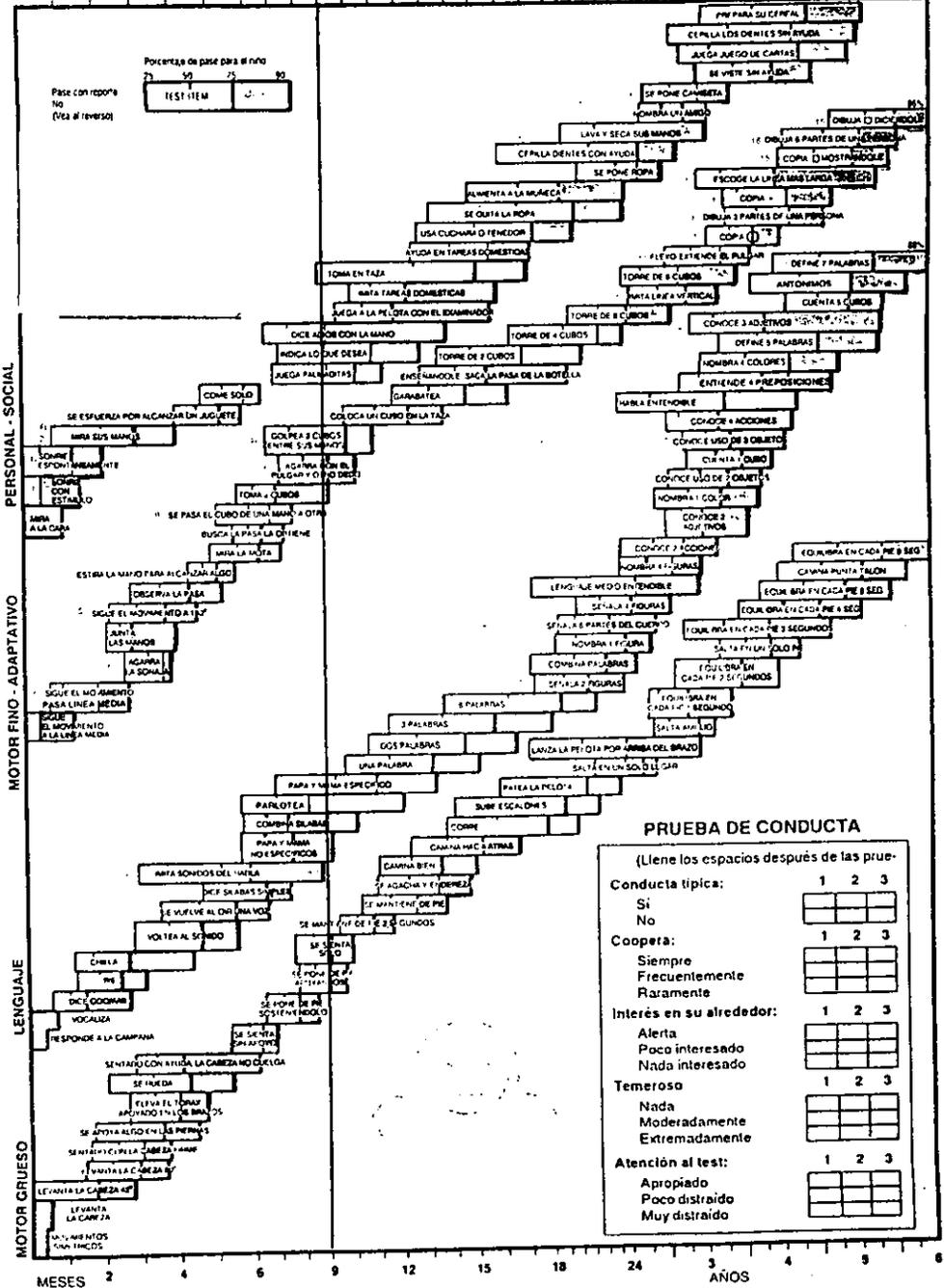
Denver II

Examinador:
1.

Nombre:
Nacimiento:
No. de socio:

AÑOS

MESES 2 4 6 9 12 15 18 24 3 4 5 6



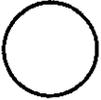
PRUEBA DE CONDUCTA

(Llene los espacios después de las pruebas)

Conducta típica:	1	2	3
Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coopera:	1	2	3
Siempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raramente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interés en su alrededor:	1	2	3
Alerta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poco interesado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada interesado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temeroso	1	2	3
Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moderadamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extremadamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención al test:	1	2	3
Apropiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poco distraído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muy distraído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTRODUCCION

1. Se intenta conseguir una sonrisa del niño hablando, sonriendo y/o haciéndole señales, pero no se debe tocar.
2. El niño debe ver sus manos algunos segundos.
3. El familiar le puede guiar como cepillarse los dientes y poner la pasta en el cepillo.
4. No es preciso que el niño sepa atarse los zapatos ni abotonarse, tampoco el zipper en la espalda.
5. Mueva una mota de estambre lentamente en forma de arco de un lado a otro a unos 15 cms. de distancia de la cara del niño.
6. Positiva la prueba si el niño agarra la sonaja, cuando se le toque con ésta el dorso de los dedos de la mano.
7. Positiva la prueba, si el niño sigue mirando hacia donde estaba la mota o intenta ver donde fue. La mota debe dejarse caer con rapidez de la mano sin mover el brazo.
8. El niño pueda pasarse un cubo de una mano a otra sin ayudarse con la boca, la mesa o el cuerpo.
9. Pasa si el niño agarra una pasa con el pulgar y otro dedo.
10. El niño sólo puede cambiar 30 la forma de la línea que el aplicador realizó.
11. Con el puño cerrado y el pulgar hacia arriba con un movimiento de flexo-extensión mover sólo el pulgar. Pasa si el niño imita el movimiento aunque sea en una mano sin mover otros dedos.



12. Pasa. Cualquier forma cerrada.
Falla. movimientos circulares continuos.

Quando se apliquen las pruebas 12, 14 y 15, no nombrar las formas y no demostrar las 12 y 14.

16. Cuando se vea la puntuación cada parte simétrica: (2 brazos, 2 ojos, 2 piernas), cuentan como una sola parte.
17. Coloque un cubo en la taza y haga un ruido moderado colocándose tras el niño, haciendo el ruido en cada oído y pasa si el niño voltea o busca el sonido.
18. Señalar las figuras para que el niño las nombre (los simples sonidos, falla).

Si el niño nombra menos de 4 figuras correctamente tendrá el niño que señalar cada figura que el examinador le nombre.



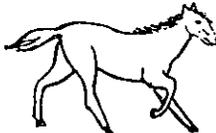
13. Preguntar cuál es la línea más larga.
Pasa 3 de 3 ó 5 de 6.



14. Pasa cuando el niño cruza las líneas en algún punto cercano al punto medio.



15. Se le pide primero al niño que lo dibuje.
Si falla, demostrar.

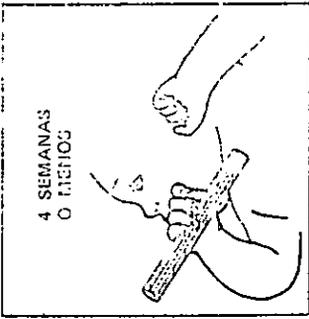


19. Usando la muñeca se le pide al niño que nos muestre nariz, ojos, boca, manos, pies, pancita y pelo. Pasa 6 de 8.
20. Usando las figuras pregunte al niño: cuál vueta, cuál dice miauuu, cuál habla, cuál ladra, cuál galopa. Pasa 2 de 3 ó 4 de 5.
21. Preguntar al niño qué hace cuando tiene frío, hambre y cuando está cansado. Pasa 2 de 3 ó 3 de 3.
22. Preguntar al niño para qué es la taza, una silla, un lápiz; en las acciones deberá incluirse las repuestas.
23. Se le pide al niño que ponga en el sitio señalado la cantidad de cubos indicados y que él las cuente (1 y 5).
24. Se le pide al niño que ponga el cubo arriba, abajo del escritorio. Atrás y adelante del examinador o de la madre. Pasa 4 de 4. No ayudar al niño con movimientos de los ojos o cabeza.
25. Pedir al niño que defina: que es una pelota, un lago, un escritorio, una casa, un plátano, una cortina, una cerca, un techo.
Es positiva si define cuanto al uso, forma, material o categoría general (ejemplo: un plátano es una fruta, no sólo decir es amarillo). Pasa 5 de 8 ó 7 de 8.
26. Preguntar al niño si el caballo es grande, el ratón es ____? Si el fuego es caliente, el hielo es ____? Si el Sol alumbraba en el día la luna en la ____? Pasa 2 de 3.
27. El niño puede apoyarse en la pared, pasamanos o mueble, no en una persona. No debe gatear.
28. El niño debe lanzar la pelota sobre su brazo, aproximadamente 1 metro de distancia hacia el examinador.
29. El niño de pie deberá saltar una longitud superior a lo ancho de una hoja del test (22 cms.).
30. Pedir al niño que camine hacia adelante → puede demostrarlo. El niño debe dar 4 pasos consecutivos. Pasa si da 2 de 4 pasos en 2 de 3 intentos.
31. En el segundo año, la mitad de los niños normales no son comparadores.

OBSERVACIONES:

Examen Evolutivo de la Conducta

Arnold Gessel y Catherine Amatruda.



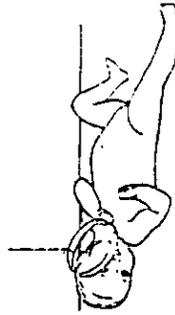
1. Actitud en reflejo tónico-cervical (r-t-c).



2. Flexión parcialmente hacia el costado.



3. Desatende el arco colgulo en el plano medio.



4. Los ojos siguen el arco hacia el plano medio.



5. La mano se acerca al contacto.



6. El contacto con de la mano, inmediatamente.



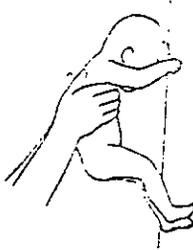
7. Atención al sonido de la campanilla; la actividad disminuye.



8. Atención por abducción, hacia atrás, de la cabeza.



9. La cabeza se inclina hacia adelante; espaldas uniformemente fondeada.



10. Suspiro en posición ventral; la cabeza cae.



11. Rotación de la cabeza, se afrodilla; movimiento de arrastre.



12. Levanta la cabeza, momentáneamente, a la zona 1.

ANEXO X

TALLERES DE ESTIMULACION TEMPRANA	HOSPITAL "MAXIMILIANO RUIZ CASTANEDA"
Primer Taller	Segundo Taller
1. Carlos Jersain Muñoz Zurfigat (**)	1. Marisol Clara Hernandez
2. Mitzi Viridiana Solís Sanchez (**)	2. Anastacio León Martínez
3. Luis Enrique Herrera Sanchez (**)	3. Osvaldo Cruz Enciso
4. Armando Arias Carrillo (**)	4. Francisco Rivera Martínez (**)
5. Natanuel Rodríguez Gomez	5. Carlos Jersain Muñoz Zurfiga
6. Abigail Cruz Rodríguez	6. Ma. Guadalupe Ruiz Martínez
7. Figueroa Pérez	7. Luis Enrique Herrera
8. Humberto Ramírez Vicente	8. José Guadalupe León
9. Valentín Rebollo Romero	9. Morales Santiago
10. Laura Daniela Flores Ocampo	10. Oreste Zarate
	11. Valentín Rebollo
Tercer Taller	Cuarto Taller
1. De la Cruz Martínez	1. Jesus Saul Galicia Vargas
2. Claudia Gallegos León	2. Reyes Castro
3. Angel Eduardo Gallegos León	3. Giovanni Valencia Piña
4. Ma. Guadalupe Ruiz Martínez	4. Mendoza Martínez
5. Marisol Clara Hernández	5. Pérez Alvarado
6. Salvador Mayen	6. Figueroa Pérez (*)
7. Ana Laura Villeda Alonso	7. Lopéz Serrato
8. Anastacio León Martínez	8. Pacheco Gallardo
9. León Ramírez	9. Araceli Pérez Sánchez
10. Karen Torres López	10. Roberto de Jesus Hernández López

Pacientes que asistieron a la 1a. Sesión de Estimulación Temprana y NO continuaron
1. ROSANGELA ROSALES MANZANO
2. ANA. MA. GARCÉS
3. URBINA SANCHEZ
4. MA. GABRIELA LAUREANO SAUCO
5. JUAN CARLOS ALBA