

ATENCIÓN TEMPRANA

JOSÉ F. CALVO MAURI¹ y J. MANUEL TEJERO GONZÁLEZ²

¹ Psicólogo especialista en Psicología Clínica. Facultativo Especialista de de Área. Hospital N^o Señora del Prado. Servicio de Salud de Castilla – La Mancha (Sescam)

² Psicólogo. Jefe de Sección de Calidad Asistencial. Dirección General de Calidad Asistencial y Atención al Usuario. Servicio de Salud de Castilla – La Mancha (Sescam)

Con este trabajo se presentan los fundamentos teóricos y prácticos de la atención temprana, así como la evolución de esta metodología de intervención desde su origen, en los años 70, hasta la actualidad, en España y en el ámbito internacional. También conocerá los ámbitos de intervención así como los criterios de calidad y las evidencias científicas en las que debe sustentarse la práctica profesional.



FOCAD **FORMACIÓN**

continuada a distancia

Contenido

DOCUMENTO BASE.....	3
ATENCIÓN TEMPRANA. Historia y situación actual de la atención temprana	
FICHA 1.....	26
Secuenciación del Desarrollo. Desviaciones de la normalidad	
FICHA 2.....	28
Recién nacido de alto riesgo	

Documento base.

ATENCIÓN TEMPRANA. Historia y situación actual de la atención temprana

Con este trabajo se presentan los fundamentos teóricos y prácticos de la atención temprana, así como la evolución de esta metodología de intervención desde su origen, en los años 70, hasta la actualidad, en España y en el ámbito internacional. También conocerá los ámbitos de intervención así como los criterios de calidad y las evidencias científicas en las que debe sustentarse la práctica profesional.

CONTENIDOS

1. Concepto y fundamentos de la Atención Temprana. Historia y situación actual.
2. Fundamentos teóricos de la atención temprana.
 - 2.1. Bases neurológicas: Anatomía y plasticidad del sistema nervioso central. La Neurofisiología. La Neurología evolutiva. Trastornos neurológicos del Desarrollo.
 - 2.2. Bases psicológicas: Procesos básicos en el desarrollo durante los primeros años de vida. Secuenciación del Desarrollo. Desviaciones de la normalidad.
 - 2.3. Bases psicopedagógicas. La educación infantil y su relación con la atención temprana. Implicaciones educativas del sujeto con necesidades educativas especiales. Las adaptaciones curriculares. La formación del profesorado de educación infantil.
3. Ámbitos y modelos de Intervención: Modelo clínico, modelo psicopedagógico, modelo comunitario.
4. Práctica profesional y evidencia científica.

1. CONCEPTO Y FUNDAMENTOS DE LA ATENCIÓN TEMPRANA. HISTORIA Y SITUACIÓN ACTUAL

La atención temprana se ha desarrollado en los últimos años en España, de forma paralela a otros países europeos, como una metodología adecuada para mejorar la calidad de vida de los niños y niñas con discapacidad y sus familias, prevenir y minimizar las situaciones de segregación social, y facilitar la plena integración de los niños y niñas con discapacidad en los centros educativos ordinarios.

Para valorar adecuadamente y poder aplicar esta metodología es necesario conocer sus antecedentes. A finales de la década de los 70, y como consecuencia de la instauración de la democracia y la promulgación de la Constitución se produjo una profunda reforma de la Seguridad Social. Desaparecieron las antiguas entidades gestoras entre las que se contaba el Servicio de Rehabilitación de Minusválidos (Serem), cuyas competencias fueron asumidas por el INSERSO (Instituto Nacional de Servicios Sociales). En 1982 se promulgó la Ley de Integración Social de Minusválidos (Lismi), que con algunas modificaciones ha continuado en vigor hasta la actualidad. En aquella época la organización de los recursos destinados a las personas con discapacidad utilizaba como modelo teórico la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (O.M.S., 1980) que consideraba la minusvalía como una “consecuencia de una enfermedad”. Esta clasificación incluía tres definiciones diferentes:

✓ Deficiencia:

“Dentro de la experiencia de la salud una deficiencia es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”.

✓ Discapacidad:

“Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano”.

✓ Minusvalía:

“Dentro de la experiencia de la salud, minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales)”

Estas definiciones, implícitamente, remiten a un modelo “mecanicista”, en el que la causa primera de la minusvalía sería una enfermedad o trastorno (frecuentemente de origen genético o perinatal, es decir, anterior al nacimiento, o producido durante el parto: deficiencia); posteriormente, esta “deficiencia” produciría una limitación de las capacidades del sujeto (discapacidad), que a su vez tendrían como consecuencia una situación de desventaja frente a los demás: una minusvalía.

✓ Enfermedad → Deficiencia → Discapacidad → Minusvalía

De esta definición se deducen las tres clasificaciones en las que habría que “encajar” o “etiquetar” a la persona que sufre una minusvalía. Del lugar que ocupe una persona en esta triple clasificación dependerán sus “necesidades especiales”, y los cuidados o prestaciones que los poderes públicos (asistencia sanitaria, educación, etc.) deben prestarle. Las tres clasificaciones son las siguientes:

TIPOS DE DEFICIENCIA

1. Intelectuales
2. Otras deficiencias psicológicas
3. Del lenguaje
4. Del órgano de la audición
5. Del órgano de la visión
6. Viscerales
7. Músculo-Esqueléticas
8. Desfiguradas
9. Generalizadas, sensitivas y otras

TIPOS DE DISCAPACIDAD

1. De la conducta
2. De la comunicación
3. Del cuidado personal
4. De la locomoción
5. De la disposición del cuerpo
6. De la destreza
7. De la situación
8. De una determinada aptitud
9. Otras restricciones de la actividad

TIPOS DE MINUSVALÍA

1. De orientación
2. De independencia física
3. De movilidad
4. Ocupacional
5. De integración social
6. De autosuficiencia económica
7. Otras minusvalías

En los años 70 surge un nuevo “paradigma” teórico, con un triple fundamento: científico: el desarrollo de las neurociencias, la genética, y en general, las ciencias de la salud, que utilizan modelos mucho más complejos, en los que no existen causas únicas, con efectos lineales, sino múltiples “factores de riesgo”, cuya acumulación produce el efecto de la enfermedad (Bronfenbrenner, 1979); tecnológico, con el desarrollo de las “nuevas tecnologías” de la comunicación y la informática, y político, con el desarrollo de las “sociedades del bienestar”, fundamentalmente en Norteamérica, Reino Unido y Australia, es decir, en los países de la cultura anglosajona, y posteriormente en toda Europa Occidental.

En resumen, aunque no podamos actuar sobre las causas o factores biológicos, sí podemos hacerlos sobre otros factores “ambientales”, para disminuir e incluso impedir que aparezca una situación de minusvalía. *“La ecología del desarrollo humano comprende el estudio científico de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo, en cuanto este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen entre estos entornos, y por los contextos más grandes en los que están incluidos los entornos”* (Bronfenbrenner, 1979).

En este modelo teórico se diferencian tres niveles: Un *microsistema* es un patrón de actividades, roles y relaciones inter-

personales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado, con características físicas y materiales particulares. Un *mesosistema* comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (por ejemplo, para un niño, las relaciones entre el hogar, la escuela y el grupo de pares del barrio; para un adulto, entre la familia, el trabajo y la vida social). El *macrosistema* se refiere a las correspondencias, en forma y contenido, de los sistemas de menor orden (micro-, meso- y exo-) que existen o podrían existir, al nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias.

De esta nueva concepción del desarrollo del ser humano surge la nueva definición de retraso mental de la Asociación Americana de Retraso Mental.

“El retraso mental hace referencia a limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que tiene lugar junto a limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas posibles: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. El retraso mental se manifiesta antes de los dieciocho años.” (AAMR, 1997)

Esta definición implica un enfoque multifactorial de la inteligencia; hasta entonces, el diagnóstico del retraso mental se basaba casi exclusivamente en la capacidad intelectual del individuo; en esta nueva concepción, tan importante es el ambiente o el medio en el que el individuo se desarrolla y convive como sus características individuales: la conducta “adaptativa”. Así, la inteligencia tiene tres aspectos diferentes: Inteligencia conceptual; inteligencia práctica e inteligencia social.

Las áreas de la conducta adaptativa serían las siguientes: Comunicación, auto-cuidado, vida doméstica, habilidades sociales, vida en comunidad, auto-dirección, salud y seguridad, académicas funcionales, tiempo libre y trabajo (Schalock, 1998)

Las intervenciones de los servicios públicos (sanitarios, educativos, etc.) y de los profesionales ya no tienen como finalidad aumentar, en la medida de lo posible, las “capacidades” del individuo, sino favorecer la mutua adaptación entre el individuo y los “sistemas” o ambientes en los que se integra: la familia y la comunidad; en el caso de los niños, específicamente en el colegio, es decir, la comunidad educativa.

Esta finalidad de las intervenciones puede definirse como favorecer o aumentar la **Calidad de Vida** de la persona con discapacidad, definida como:

“Bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos” (Schalock, 1998)

Para lograr el mayor grado posible de calidad de vida y de autonomía personal, es necesario que los “apoyos” o ayudas que se presten al individuo tengan la intensidad justa; si los apoyos no tienen la suficiente calidad e intensidad, no se cubrirán las necesidades del niño en desarrollo, pero si pecamos por exceso, y los apoyos son más intensos de lo necesario, el niño no actuará por sí mismo para alcanzar sus propios fines; no alcanzará la suficiente autonomía personal. Por eso se han definido las diferentes intensidades de los apoyos.

Definición y ejemplos de apoyos según su intensidad (AAMR, 1997):

- ✓ **Intermitente.** Apoyo “cuando sea necesario”. La persona necesita apoyo transitoriamente durante transiciones en el ciclo vital. Pueden proporcionarse con elevada o baja intensidad.
- ✓ **Limitado.** Persistencia temporal por tiempo limitado. Menor número de profesionales y menor coste que otros niveles de apoyo. Ej.: transición de la escuela a la vida adulta.
- ✓ **Extenso.** Apoyos con regularidad, al menos en algunos ambientes (p. ej., en el hogar y en el colegio) sin limitación temporal.
- ✓ **Generalizado.** Estabilidad y elevada intensidad, en distintos entornos. Pueden mantenerse toda la vida y suponer mayor intrusión que los apoyos extensos o los limitados.

Esta evolución teórica y práctica de los servicios dirigidos a las personas con discapacidad ha originado una nueva clasificación y definición de las discapacidades: la **Clasificación Internacional Del Funcionamiento Y La Discapacidad** (OMS, 2000).

Ya no se habla de “consecuencias” de la enfermedad, sino de “dimensiones”:

- ✓ **Dimensión del cuerpo:** Funciones y estructuras de los sistemas corporales
- ✓ **Dimensión de las actividades:** Actividades (simples o complejas) realizadas por un individuo.
- ✓ **Dimensión de la participación:** Áreas de la vida en las cuáles un individuo participa, tiene acceso, o tiene oportunidades o barreras sociales.

Además, los *Factores contextuales* ejercen un impacto en las tres dimensiones anteriores, desde el entorno más inmediato al individuo hasta el entorno más general.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

1. Ver, oír y reconocer
2. Aprender, aplicar conocimientos y realizar tareas
3. Actividades de comunicación
4. Actividades de movimiento
5. Deambular
6. Actividades de la vida diaria
7. Cuidado personal y actividades domésticas
8. Conductas interpersonales
9. Responder y hacer frente a determinadas situaciones
10. Utilización de dispositivos de ayuda, ayudas técnicas y otras actividades relacionadas

CLASIFICACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN

1. Participación en el mantenimiento personal
2. Participación en la movilidad
3. Participación en el intercambio de información
4. Participación en las relaciones sociales
5. Participación en las áreas de educación, trabajo, ocio y espiritualidad
6. Participación en la vida económica
7. Participación en la vida cívica y comunitaria

LISTA DE FACTORES AMBIENTALES

1. Productos, herramientas y consumibles
2. Apoyo y ayuda personal
3. Instituciones sociales, económicas y políticas
4. Estructuras, Normas y Reglas socio-culturales
5. Entorno físico creado por el hombre
6. Entorno natural

Esta clasificación nos permite, entre otras cosas, planificar las intervenciones sin perder de vista el fin último de la **PLENA PARTICIPACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD EN LA COMUNIDAD**, participación que se logra mediante la autonomía personal (auto-determinación) y la prestación de los cuidados con la calidad e intensidad justas (calidad de vida).

Este nuevo modelo teórico para la intervención va a tener consecuencias muy importantes para la organización de los servicios destinados a las personas con discapacidad. El INSERSO contaba desde principios de los años 80, al promulgarse la Ley para la Integración Social de las Personas con Discapacidad, con los Centros Base, en los que existían (y en algunas comunidades autónomas continúan existiendo) un Equipo de Valoración y Orientación formado por médicos, psicólogos, trabajadores sociales, pedagogos y monitores ocupacionales, y un equipo de tratamientos, formado por fisioterapeutas, psicomotricistas (psicólogos o maestros especialistas en pedagogía terapéutica), logopedas (maestros especialistas en audición y lenguaje o psicólogos o pedagogos con formación en logopedia, anterior a la regulación legal de esta titulación), y también con la intervención de los miembros de los Equipos de Valoración. En algunos Centros Base, además, existían tratamientos de “estimulación precoz”, destinados a favorecer el desarrollo de los niños con discapacidad desde los primeros meses de vida, y que se introdujeron de forma experimental, y que después se fueron generalizando a todos los Centros Base. Estos servicios se prestaban también desde las asociaciones de padres que recibían subvenciones para cubrir en parte su coste, como consecuencia de la aplicación del Real Decreto que desarrollaba las prestaciones previstas en la Lismi.

DEFINICIÓN DE ATENCIÓN TEMPRANA

A mediados de los años 80 un grupo de profesionales fundan en Cataluña la *Asociació Catalana d'Atenció Precoç*. Invitan a otros profesionales de diferentes Comunidades Autónomas a formar un grupo de trabajo, con el apoyo del Real Patronato de la Discapacidad, y el objetivo de aplicar a la organización de los servicios destinados a los niños y niñas con discapacidad, y más específicamente a las intervenciones con bebés y con los niños más pequeños, antes de escolarizarlos. Fruto de este trabajo será el Libro Blanco de la Atención Temprana. El término “estimulación” se sustituye por el de “atención”, debido a que desde una concepción “ecológica” del desarrollo, el objeto de la intervención

no va a ser el niño considerado aisladamente, sino todo el sistema del que forma parte el niño: la familia y, en un sentido aún más amplio, la comunidad.

Se entiende por atención temprana “el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar” (G.A.T., 2001)

Recordando los diferentes “sistemas” en los que se integra el individuo (micro-sistema, el niño relacionándose con otros individuos; mesosistema, la familia del niño, relacionándose con otras familias, y macro-sistema, el conjunto de relaciones sociales que se dan en la comunidad), la atención temprana ha de abarcar diferentes niveles de intervención.

De mayor a menor amplitud, y también de menor a mayor intensidad en cuanto a las intervenciones, podemos clasificarlas así.

Prevención primaria: Acciones dirigidas a apoyar a los Servicios de Salud, y a los Centros Educativos, para detectar lo antes posible las discapacidades, o las situaciones de alto riesgo biológico, psicológico y social, y además para que los profesionales actúen con los niños y niñas de forma que favorezcan su participación y su autonomía personal, contribuyendo así a evitar situaciones de segregación que aumenten la discapacidad.

Prevención secundaria: Atención a la familia en la etapa prenatal (Servicios de Obstetricia), etapa perinatal (Servicios de Neonatología), etapa postnatal (Servicios de Pediatría), escuelas infantiles, y otros servicios, apoyando a la familia para que pueda afrontar las necesidades de los niños con alguna discapacidad desde el primer momento. Estas acciones deben comprender un diagnóstico funcional (qué áreas o aspectos de la actividad del niño están afectadas), sindrómico (qué síntomas físicos, cognitivos o emocionales presenta el niño) y etiológico (cuál es la enfermedad o trastorno que está en el origen de la discapacidad). Además, debe existir una comunicación de la información diagnóstica a la familia de forma comprensible, adaptándose a las posibilidades de los padres, teniendo en cuenta su cultura, y también el estado emocional por el que pasan cuando reciben la noticia de que su hijo o hija tiene “problemas”. Es necesario transmitir la información de forma paulatina, por etapas, acomodando el ritmo a las características de cada caso.

Prevención terciaria: Actividades dirigidas al niño y a su entorno para mejorar las condiciones de su desarrollo: tratamientos de estimulación, de fisioterapia, de logopedia, etc.

En España se han desarrollado en los últimos años redes de Centros De Desarrollo Infantil Y Atención Temprana (CDIAT.) en los que existe un equipo multiprofesional de carácter interdisciplinar y de orientación holística (global, integral), abarcando aspectos intrapersonales, biológicos, psíquicos, sociales y educativos, propios del individuo, e interpersonales, relacionados con su entorno, la familia la escuela y la cultura. Los profesionales de estos centros proceden del ámbito médico, psicológico, educativo y social. También es necesario que estos profesionales adquieran una formación específica, complementaria a la que reciben durante su formación académica en las distintas profesiones: Maestros, Médicos, Psicólogos, Trabajadores Sociales, etc. La formación debe ser continua.

Los Tratamientos Habilitadores de Atención Temprana serán los siguientes:

- ✓ Apoyo psicosocial a la familia.
- ✓ Tratamiento de estimulación temprana.
- ✓ Tratamiento de fisioterapia.
- ✓ Tratamiento de psicomotricidad.
- ✓ Tratamiento de logopedia.

Apoyo psico-social: Entrevistas familiares u otras acciones para que la familia tenga una mejor comprensión de los problemas del niño y adecúe su entorno a sus necesidades. Acciones dirigidas al entorno educativo para evitar o aminsonar los factores de riesgo social y favorecer los procesos desocialización y aprendizaje.

Intervención terapéutica: Sesiones individuales o en pequeño grupo de fisioterapia, estimulación, psicomotricidad o logopedia para atenuar o superar las disfunciones en el desarrollo, prevenir trastornos secundarios y atenuar o eliminar factores de riesgo ambiental en el entorno inmediato del niño

Participación de la familia en la intervención. Para conseguir que la atención sea global, es decir, que tenga efectos tanto en el desarrollo del niño como en las relaciones entre el niño, su familia, y la comunidad más amplia en la que vive, los profesionales de los Servicios de Atención Temprana deben programar sus actuaciones procurando la partici-

pación de los padres en el establecimiento de los objetivos, las acciones a desarrollar y en todas las decisiones que afectan a los niños y a su familia.

En la atención temprana existen diferentes metodologías y técnicas que se proponen paliar los efectos de las deficiencias actuando sobre el niño, sobre la familia y sobre el entorno. El “nuevo paradigma de la discapacidad” ha producido un cambio importante en la metodología de las intervenciones: en lugar de centrarse en el niño, individualmente, la intervención se centra en la familia (Bronfenbrenner, 1979).

Guralnick, presidente de la Asociación Internacional de Atención Temprana, ha clasificado así los factores relacionados con la familia que influyen en el desarrollo del niño:

- ✓ Características personales de los padres (no relacionadas con la discapacidad del niño): Apoyo social, relaciones maritales, recursos financieros, etc.
- ✓ Temperamento del niño.
- ✓ Factores de estrés que afectan a la familia, generados por la discapacidad o el riesgo biológico del niño: Necesidades de información. Malestar interpersonal y familiar. Necesidad de recursos. Falta de confianza en las propias posibilidades

En definitiva, podemos resumir así los objetivos de la atención temprana:

1. Conseguir la plena participación social de los niños y niñas con discapacidad en la comunidad de y especialmente su inclusión en los colegios ordinarios durante la escolarización obligatoria.
2. Prevenir situaciones de marginación social como consecuencia de la discapacidad.
3. Favorecer el desarrollo de los niños y las niñas con dificultades haciéndoles sujetos activos de su educación; eliminando barreras y apoyando a las familias y a los profesionales de los colegios ordinarios y de los colegios de educación especial, cuando la integración escolar no sea posible.

2. BASES TEÓRICAS DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

2. 1. Bases neurológicas de la atención temprana: Anatomía y plasticidad del sistema nervioso central. La Neurofisiología.. La Neurología evolutiva. Trastornos neurológicos del Desarrollo

Las relaciones entre el cerebro y las actividades mentales han sido una cuestión que ha interesado desde los tiempos más remotos (Rains, 2003). El estudio de las relaciones entre el cerebro y el comportamiento ha recibido distintos nombres: Psicología fisiológica de Charcot y Ribot, Neuro-psicopatología, con Ajuriaguerra y Henry Hécaen, Neuropsicología, Luria y Benton o Neurología Conductual, Geschwind.

Actualmente existen tres disciplinas relacionadas que tienen objetivos compartidos, pero distintas bases científicas así como distintos métodos de trabajo y de intervención terapéutica. Estas tres disciplinas son la neuropsiquiatría, la neuropsicología y la neurología de la conducta. En los párrafos siguientes se exponen brevemente y se complementan los rasgos y las diferencias, a veces de matiz, entre estas disciplinas siguiendo el modelo de Mendez, Van Gorp y Cummings (1995).

La neuropsiquiatría, desarrollada por psiquiatras, se centra más en la neurofisiología y la neuropatología relacionadas con enfermedades mentales (depresión, psicosis, cambios de personalidad), observadas en pacientes eminentemente neurológicos que padecen secuelas de accidentes vasculares, epilepsia, alteraciones neurodegenerativas, etc. Su método principal es la historia psiquiátrica y la descripción psicopatológica. La neuropsicología, desarrollada por psicólogos, se centra en los mecanismos cognitivos de la memoria, el lenguaje, las capacidades viso-espaciales, ejecutivas, etc., en relación con mecanismos mediados por estructuras cerebrales. Su principal método de evaluación son los tests estandarizados, mientras que su método terapéutico es la rehabilitación cognitiva y la psicoterapia. La medicina y las neurociencias en general son las bases de la neurología de la conducta. El médico se aproxima al problema con conocimientos de fisiopatología general, y específicos de fisiopatología neurológica. Conoce, además, las entidades clínicas no neurológicas que pueden ser concomitantes o condicionantes en un caso determinado. Las neurociencias en general (neuropatología, neurobiología, neurogenética, neurofisiología, neuroquímica, neurofarmacología, neuroimagen, etc.) aportan mucha información que se usará en el estudio y la comprensión de la enfermedad.

Los principios generales desarrollados por muchos investigadores en las correlaciones anatómicas de las funciones cognitivas complejas pueden resumirse de la siguiente manera:

1. Los componentes de una única función simple están representados dentro de múltiples zonas interconectadas, que colectivamente, constituyen una red integrada para esa función.
2. Ciertas áreas corticales contienen el substrato neural para los componentes de varias funciones complejas y pueden, por lo tanto, pertenecer a varias redes que se solapan parcialmente.

3. Es probable que las lesiones que afectan a cualquier región cortical causen múltiples déficit.
4. La misma función puede verse dañada como consecuencia de una lesión en una de las varias áreas corticales, cada una de las cuales es un componente de una red integrada para esa función.
5. Por regla general, tiene lugar una compensación (restablecimiento del déficit) sólo si en la lesión están involucrados uno o pocos componentes corticales.
6. Los daños graves y permanentes que afectan sólo a una función compleja requieren, normalmente, que varios o todos los componentes de la red relevante se involucren de forma simultánea. Estos principios son lo suficientemente generales para explicar muchos de los hallazgos en los estudios sobre la localización de las lesiones y también pueden aplicarse a los estudios sobre estimulación.

Neuropsicología del desarrollo. Alteraciones del desarrollo neurológico.

Puede definirse el desarrollo como *“los cambios madurativos que se producen en cada ciclo de edad infantil. Un buen conocimiento de la pediatría requiere conocer estos cambios tanto en el niño sano como en el enfermo”* (Schlak) Es necesario diferenciar el crecimiento (incremento en peso, talla y otros parámetros físicos) del desarrollo propiamente dicho (maduración de funciones de diferentes órganos).

Principales períodos del desarrollo en la edad pediátrica

1. Recién nacido: desde el nacimiento hasta la 4ª semana de vida
2. Lactante: desde el mes de vida hasta los 2 años.
3. Preescolar: desde los 2 años hasta 6 años
4. Escolar: desde los 6 años hasta los 12 años
5. Adolescente: desde los 12 hasta los 18 años

El crecimiento y el desarrollo están relacionados entre sí. Durante el crecimiento se producen cambios cualitativos que implican nuevas funciones y que requieren estructuras más complejas, con aumento del nº de neuronas, de las sinapsis, de la vascularización etc. Todo esto lleva a un aumento del volumen cerebral y como consecuencia un aumento del tamaño craneano. El recién nacido normal nace con un perímetro craneano de aproximadamente 35 cm. y llega por ejemplo a los 3 años, a aproximadamente 50 cm., en un período con grandes cambios en el desarrollo neurológico. La presencia de microcefalia (por ejemplo menos de 2 desviaciones estándar del promedio para una edad determinada) puede significar un desarrollo retrasado o alterado. Los cambios que se van observando en las distintas edades implican mayor complejidad funcional, que es necesaria para una mayor adaptabilidad a los cambios funcionales de las distintas áreas cerebrales y también para los cambios madurativos de otros órganos. Esto lleva también a mayor interacción entre distintas funciones. Son múltiples los ejemplos, pero puede citarse el perfeccionamiento de la motricidad de la cabeza y su relación con la mayor exploración que experimenta el niño en el primer año de vida. Estos cambios funcionales implican una diferenciación de neuronas o grupos neuronales, lo que es un cambio en un sentido definido, con la consecuente pérdida de algún número de funciones.

Características principales del desarrollo:

El desarrollo es continuo. En cada etapa infantil siempre existen cambios que no tienen detenciones; las funciones tienden hacia una mayor complejidad. Incluso en niños con alteraciones del desarrollo, se esperan cambios día a día en una área o en otra.

El desarrollo es progresivo. Si no existe patología, los cambios del sistema nervioso hacen que el individuo vaya adaptándose cada vez con más éxito al medio, avanzando en la autonomía. En el desarrollo del tono por ejemplo, se pasa de la hipertonía del recién nacido a un tono menor que permita la posición sentado y a una optimización de la motricidad de las extremidades.

El desarrollo es irreversible. Los avances ya adquiridos no se pierden, lo que permite que surjan nuevas funciones sobre avances previos ya consolidados. La adquisición de la palabra con intención comunicativa alrededor del año, no se pierde aunque exista una estimulación poco intensa. A causa de este fenómeno es posible la aparición de la frase y formas más complejas de comunicación. En lo motor, habilidades como chutar una pelota o pedalear en una bicicleta están presentes aún después de largos períodos sin ejercitación.

El desarrollo tiene una secuencia fija. Para que aparezca una función determinada se requiere la adquisición previa de una función de base. Así, en el área motora aparece primero la posición sentada sin apoyo, el giro sobre la pelvis, luego la postura de pie con apoyo, la postura sin apoyo y al final, la marcha. Es posible detectar diferentes velocidades de las etapas de la secuencia, pero la secuencia es la misma de un niño a otro.

Cuando se evalúa el desarrollo de un niño en situación de normalidad o de enfermedad es conveniente tener en

cuenta algunos principios de la maduración del sistema nervioso :

- a) la velocidad cambia en etapas,
 - b) la velocidad del desarrollo normal es diferente de un niño a otro,
 - c) la velocidad es diferente de un área a otra en una etapa dada del desarrollo,
 - d) el desarrollo progresa en dirección cefalo caudal,
 - e) el desarrollo tiene como base la maduración del sistema nervioso,
 - f) el desarrollo no es paralelo al crecimiento.
- a) Existen etapas del desarrollo donde se producen grandes cambios en diferentes funciones, alrededor del año de vida. Así, aparecen el lenguaje y la marcha y se inician los primeros procesos cognitivos. También, en la adolescencia, el desarrollo avanza con gran velocidad en lo social en lo cognitivo y en lo afectivo. Por otro lado, en el período preescolar la velocidad es menor y existe a veces la dificultad para discriminar entre un niño con leve retraso y un niño con velocidad normal de desarrollo.
 - b) Siempre hay que tener en cuenta una variabilidad del desarrollo entre un niño y otro, aun con estimulación similar, como ocurre en el caso de hermanos. Lo importante es que alcancen metas finales parecidas, considerando que pueden hacerlo a velocidades distintas.
 - c) Si consideramos un lactante, éste evoluciona con gran velocidad en el área motora hasta alcanzar la marcha y la pinza madura. La velocidad de los logros cognitivos es menor si se la considera comparativamente con el área motora. En la edad escolar, el área cognitiva avanza rápidamente y, con menor velocidad, el área motora.
 - d) Funciones precoces y complejas como la visión, la audición, la succión y la deglución se desarrollan en el cráneo en un momento en que a distal existen sólo movimientos gruesos con poca coordinación.
 - e) La evolución clínica del desarrollo se asienta en procesos que van ocurriendo en el encéfalo: la migración neuronal, el aumento de la arborización dendrítica, la mielinización y la mayor complejidad de las capas de la corteza cerebral. Así, se pueden afirmar que, si se encuentran alteraciones anatómicas en los exámenes de imágenes con TAC (tomografía axial computerizada) o RNM (resonancia magnética), se pueden esperar alteraciones del desarrollo, aunque existen excepciones para esta hipótesis, basadas en mecanismos compensatorios diversos.
 - f) Crecimiento y desarrollo son dos procesos diferentes. Dentro de ciertos rangos posible que el crecimiento evolucione lentamente sin afectar la velocidad del desarrollo funcional y anatómico del sistema nervioso. En casos de desnutrición grave puede verse afectado el desarrollo, aunque en estas situaciones es habitual que exista también una deficiente estimulación en varias áreas, producto de marginalidad cultural, social y económica.

Factores que afectan el desarrollo (Lewis, 1982)

- a) Factores biológicos
- b) Factores ambientales.

Estos tipos de factores se deben tener en cuenta al evaluar cualquier situación de desarrollo (normal o retraso del desarrollo) antes de planificar largos y costosos estudios diagnósticos.

1. Factores biológicos:

Factores genéticos: En cada evaluación debe tenerse en cuenta el patrón genético familiar. Existen ciertas características de la maduración que son propias de la carga genética, como pequeñas demoras en la aparición del lenguaje, cierto grado de hiperactividad o ciertas habilidades cognitivas. También es importante considerar el patrón genético individual: existen niños que se apartan de las características básicas del desarrollo de sus hermanos sin que ello constituya una anomalía.

Uno de los aspectos más controvertidos es la influencia del género en las características del desarrollo infantil. Clásicamente se dice que las mujeres tendrían un mejor desarrollo del lenguaje y que los niños tendrían un mejor desarrollo motor. La controversia sigue cuando existen trabajos que demuestran la influencia de los roles asignados precozmente a niños o niñas, que generan estimulación preferencial de ciertas áreas y no así de otras.

En relación a las características especiales del desarrollo de algunos grupos étnicos, también se ha planteado que ellas se deben a la interacción entre factores genéticos y factores ambientales.

Factores prenatales: Es posible que las variaciones del desarrollo estén influenciados por características fisiológicas de la madre (edad, nº de la gestación, estado emocional, etc.) Se desconoce la influencia sutil de algunas patologías leves durante el embarazo: cuadros virales, traumatismos, clima, tipo de alimentación en relación a macro y micronutrientes, etc. La gemelaridad y la prematuridad (sin patologías agregadas) determinan variaciones en el desarrollo al menos durante los primeros años de vida.

Factores perinatales: Son conocidos los factores perinatales que determinan retraso o anomalías del desarrollo. En el plano de pequeñas variaciones del desarrollo tienen también influencia los fenómenos de hipoxia leve, hipoglucemias traumáticas, hiperbilirrubinemias tratadas, etc. ya que existen una gradiente de secuelas desde las que producen variaciones de lo normal hasta las que determinan patologías severas.

Factores postnatales: Diversos factores fisiológicos como la alimentación, las inmunizaciones, ciertas patologías de poca gravedad pueden modular el desarrollo postnatal, dentro de un plano normal.

Sin embargo dentro del rango normal. Sin embargo, se sabe poco en relación a eventos biológicos de poca intensidad que afectan el desarrollo. La mayor parte de la literatura apunta a secuelas severas de toxas que afectan intensamente el desarrollo.

2 Factores ambientales: Tanto o más importante que los factores biológicos, son los factores ambientales en la determinación de un desarrollo normal. Todos los factores que se analizarán interactúan entre sí y con factores de tipo biológico.

Estimulación: Este factor condiciona variaciones de lo normal y también causa alteraciones del desarrollo en grado variable. Es posible que el mayor desarrollo específico de determinadas áreas en un niño determinado esté dado por factores culturales que generan mayor estímulo en ciertos aspectos. El lenguaje, la socialización, el desarrollo de hábitos, son áreas donde la estimulación tiene efecto muy importante.

Afectividad: Es un factor omitido (por lo general) en las anamnesis del desarrollo. Su importancia es indiscutible en el desarrollo de un niño equilibrado, en sus aspectos emocionales y sociales. Las alteraciones del vínculo con los padres o con la familia, pueden afectar el desarrollo.

Normas de crianza: El desarrollo de hábitos, la interacción con hermanos, el grado de independencia constituyen las normas de crianza que afectan el desarrollo normal y sus variantes.

Factores culturales y socioeconómicos: El desarrollo de cada niño está influenciado por la cultura del grupo humano al que pertenece (por ej. localidad rural o urbana) y por la cultura de su familia. Así, existen determinados factores de estimulación, promoción de ciertos intereses; modelos conductuales específicos; valores sociales, religiosos, etc. A pesar de ser conocido, debe destacarse la influencia que tiene sobre el desarrollo el nivel socio económico al cual pertenece el niño. Este nivel determina distintas oportunidades de estimulación, de educación, valores sociales diferentes que se pueden reflejar en las variaciones del desarrollo normal.

Condiciones de la familia: Debemos destacar la importancia de las características de la familia sobre el desarrollo del niño. Vale la pena enumerar las características de la familia que favorecen un desarrollo normal :

- ✓ Cercanía afectiva: Un adecuado afecto entre los distintos miembros de una familia favorece el desarrollo del niño. Una calidez adecuada entre padres e hijo y entre hermanos determina un desarrollo normal.
- ✓ Acuerdo relacional: Deben existir reglas sobre los distintos miembros de la familia. Estas reglas deberán ser comunes para todos _ Equilibrio en la cercanía parental: El niño debería estar cercano afectivamente tanto con sus padres como con sus hermanos u otros parientes. Un acercamiento excesivo a uno de los padres genera conflictos en el desarrollo
- ✓ Jerarquía parento-filial definida: Esta jerarquía superior de los padres permite establecer una relación adecuada en cuanto a normas, hábitos, valores, etc., lo que genera un comportamiento infantil sin conflictos.
- ✓ Normas claras y flexibles: Como consecuencia del párrafo anterior se deduce que deben existir normas claras sobre los que se asienta la conducta del niño. La existencia de reglas claras no impide que ellas se flexibilicen en ciertas situaciones.
- ✓ Interacción autónoma con iguales: Los padres deben permitir que los hermanos resuelvan solos algunos conflictos, permitiendo así acuerdos relacionales del subsistema hijos. Una intromisión excesiva de los padres sobre los hermanos no favorece el desarrollo de éstos.
- ✓ Límites claros de los subsistemas familiares: Existen problemas que son de exclusiva incumbencia de los padres y otros que lo son sólo de los hijos.

Evaluación del desarrollo (Rutter, 1980)

1. Considerar la edad cronológica y la edad corregida. En el caso de niños recién nacidos de término, se tiene en cuenta la edad cronológica para evaluar un niño a distintas edades. En el caso de niños prematuros hay que restar a la edad cronológica las semanas de gestación que no completó (gestación completa, 40 semanas). Esta edad corregida se tiene en cuenta hasta los dos años de vida
2. la edad corregida. Estado de salud. Es sabido que cualquiera enfermedad puede afectar el examen de desarrollo de un niño. Para tener una información fidedigna es necesario esperar hasta que el niño esté sano.

3. Analizar todas las áreas. El examen del área motriz, de los reflejos arcaicos, en general no se omiten. Debe recordarse a otras áreas de importancia: audición, visión, área social, área afectiva, área de lenguaje, por ejemplo.
4. Interacción entre diferentes áreas del desarrollo. A modo de ejemplo, se recomienda estudiar la coordinación ojo-mano; ubicación de sonido y uso de la mano; exploración de la marcha y avances cognitivos, etc.
5. Condiciones niño-ambiente-examinado. Para poder darle valor a un examen de desarrollo hay que tener en cuenta la influencia positiva o negativa del lugar físico donde se realiza el examen (calor, frío, miedo, nº de personas, etc.) De gran valor es el estado en que se encuentra el niño en relación a: horas de alimentación, sueño, grado de alerta, etc. También el estado del examinador debe considerarse: su experiencia en evaluación; la relación con el niño, el tiempo de que dispone, etc.
6. Análisis global de la anamnesis y del examen de desarrollo. Es posible que existan discrepancias entre lo que dicen los padres acerca del desarrollo de su hijo y lo que se encuentra en el examen. Un diagnóstico de desarrollo resultará del análisis cuidadoso de ambas informaciones.

Retrasos en el desarrollo. (University of Maryland Medical Center)

Presentan retraso en el desarrollo los niños cuyo peso o tasa de crecimiento están significativamente por debajo de los correspondientes a otros niños de su misma edad y sexo.

Causas, incidencia y factores de riesgo: El retraso en el desarrollo de los bebés y de los niños por lo general se observa cuando parecen tener un peso y estatura tremendamente menor que otros niños de su misma edad. Los adolescentes, por ejemplo, presentan baja estatura o parecen carecer de los cambios usuales que ocurren en la pubertad.

Sin embargo, existe una amplia variación en el crecimiento y el desarrollo normales y en general, la rapidez de los cambios en peso y talla puede ser mejor indicador de un problema que las mismas medidas reales.

Un factor importante consiste en determinar si el retraso en el desarrollo es el resultado de problemas médicos con el niño o de factores psicosociales en el medio ambiente, como maltrato o rechazo.

El retraso en el desarrollo tiene múltiples causas que desequilibran el metabolismo corporal, al grado de ocasionar un retraso en el crecimiento, de las cuales se pueden mencionar:

Trastornos cromosómicos como el síndrome de Down y el síndrome de Turner; defectos en los principales sistemas orgánicos; anomalías del sistema endocrino como la deficiencia de la hormona tiroidea, la deficiencia de la hormona del crecimiento u otras deficiencias hormonales.

Lesiones cerebrales o del sistema nervioso central que pueden provocar dificultades en la alimentación de los bebés ocasionando un retraso en el crecimiento; anomalías en los sistemas cardíaco y respiratorio que pueden ocasionar alteraciones en los mecanismos que hacen llegar el oxígeno y los nutrientes al cuerpo; niños que tienen anemia u otros trastornos sanguíneos; irregularidades del sistema gastrointestinal pueden ocasionar mala absorción o ausencia de enzimas digestivas que, a su vez, provocan una inadecuada nutrición; algunas enfermedades como la parálisis cerebral (encefalopatías), la gastroenteritis crónica y el reflujo gastroesofágico (por lo general temporal).

Entre las causas psicosociales de este retraso se pueden nombrar las carencias emocionales ocasionadas por el abandono, el rechazo y la hostilidad de los padres.

Los factores económicos pueden afectar la nutrición, las condiciones de vida y las actitudes de los progenitores. Entre los factores ambientales se pueden nombrar la exposición a las infecciones, a los parásitos o a las toxinas. Algunas veces, la causa es simplemente el hecho de tener hábitos alimenticios deficientes, como comer frente al televisor o no consumir las comidas regulares. En algunos casos se desconocen las causas del retraso.

Los factores de riesgo de retraso en el desarrollo están relacionados con las causas, entre ellas, las enfermedades subyacentes no diagnosticadas, la pobreza, los ambientes emocionales negativos y las condiciones de vida insalubres y de hacinamiento.

2.2. Fundamentos psicológicos de la atención temprana. Distintas escuelas psicológicas: Psicología evolutiva. Secuenciación del Desarrollo. Desviaciones de la normalidad.

Es necesario distinguir varios conceptos muy próximos y que, sin embargo, encierran diferencias entre sí:

- ✓ Crecimiento: Cambios cuantitativos relacionados con el aumento de la masa corporal.
- ✓ Maduración: Cambios morfológicos y de conducta que están biológicamente determinados.
- ✓ Aprendizaje: Cambios en la conducta del individuo producidos como resultado de la práctica y adquisición de alguna técnica.
- ✓ Desarrollo: Abarca a los anteriores y hace referencia a los cambios (cuantitativos y cualitativos) en la conducta en la que se integran las estructuras tanto psíquicas como biológicas con las habilidades que el individuo va aprendiendo.

En el desarrollo existen los llamados períodos críticos o sensibles que son los momentos en los que existe una especial predisposición para el aprendizaje de determinadas pautas de comportamiento.

La atención temprana pretende paliar posibles deficiencias, gracias a la plasticidad del sistema nervioso del niño.

Existen diferentes escuelas o tendencias teóricas en Psicología que explican el desarrollo combinando de diferentes formas los factores que lo determinan (Ricardo).

Arnold Gessel observaba y medía el desarrollo mediante la comparación con el promedio de los niños de su edad, en cuatro áreas: conducta motriz, conducta adaptativa, conducta social y lenguaje.

Hay autores que consideran que el peso del desarrollo recae sobre los factores externos que influyen en el individuo: Entre los psicólogos “conductistas” citaremos a Watson, y su teoría del condicionamiento clásico, a Skinner, con la teoría del condicionamiento operante o instrumental, basada en el concepto de refuerzo y Albert Bandura, con la teoría del aprendizaje social o vicario, basado en la imitación.

Otros autores, considerados “estructuralistas” u “organicistas” consideran que el peso del desarrollo recae sobre los factores internos; dentro de esta corriente podemos encuadrar la Psicología Genética de Piaget y Wallon y el Psicoanálisis de Freud, o Melanie Klein.

Los estudios de Piaget se dirigieron a conocer cómo se construía el conocimiento en el niño; concibe la mente como un instrumento para adaptarse al medio que le rodea.

La teoría “constructivista” de Vygostki gira entorno a la influencia de los cambios sociales en el aprendizaje del niño. Una idea clave en su pensamiento son los niveles de desarrollo real y potencial y el espacio que los separa y que denomina “zona de desarrollo óptimo”. Para este autor el aprendizaje es el motor del desarrollo.

La psicología “sistémica-ecológica” de Urie Bronfenbrenner da gran importancia al ambiente y su influencia sobre el niño; este ambiente está determinado, sobre todo, por las relaciones que el niño establece con los que le rodean; la relación fundamental es la que se da entre el niño y la madre: “diada”.

El condicionamiento clásico consiste en la asociación que realiza el sujeto entre un estímulo, que provoca una reacción o respuesta instintiva o automática (por ejemplo, la succión del bebé cuando percibe un estímulo táctil en los labios, producido por el pezón de la madre), y otro estímulo, que se presenta inmediatamente después, y que procede del exterior, a través de los sentidos (vista, oído, etc.), o del interior (sensibilidad propioceptiva: equilibrio, sensación de hambre, sed, estado emocional...); este segundo estímulo se asocia a la respuesta que emite o “elicit” el individuo frente al estímulo primitivo o incondicionado. La repetición de la misma respuesta ante estímulos similares sería el mecanismo básico del funcionamiento psicológico del ser humano. El bebé nace con unos “reflejos arcaicos”, respuestas automáticas ante determinados estímulos, que están predeterminados genéticamente: por ejemplo, el reflejo de succión, la “marcha automática”, el reflejo de Moro, o el de “paracaidista”. Estos reflejos van desapareciendo progresivamente durante los primeros meses de vida, y son sustituidos por reacciones o “respuestas” a los estímulos que el niño va experimentando. Los “reflejos adquiridos”, o “condicionados” son básicos para la supervivencia del bebé, ya que le permiten adaptarse a las condiciones ambientales.

El condicionamiento operante consiste en la relación que establece entre una respuesta que emite el individuo frente a un estímulo y la modificación que esta respuesta produce en el entorno, y que provoca un estímulo nuevo. El niño “aprende” a emitir o “elicit” aquellas respuestas que provocan modificaciones favorables en el ambiente; por ejemplo, si cuando siente hambre, llora, y la madre le amamanta, tiende a volver a llorar cuando siente hambre, ya que esta conducta aprendida va seguida, normalmente del amamantamiento.

Hay algunos mecanismos o normas básicas que rigen el aprendizaje de pautas de conducta mediante el condicionamiento operante: La adquisición de la pauta de conducta; la extinción, la generalización, la discriminación... No nos extenderemos aquí sobre la explicación de cada una de estas normas o leyes del aprendizaje.

El condicionamiento clásico explica el mecanismo por el cual un estímulo nuevo se añade al grupo de estímulos que son capaces de desencadenar una respuesta y cómo el hombre aprende a asociar señales a índices que preceden a ciertos sucesos con los sucesos mismos. Por ejemplo, el humo advierte del fuego; puesto que las señales o índices se convierten en estímulos condicionados...

Mediante el condicionamiento operante se establecen patrones de asociación entre estímulos y respuestas muy diferentes entre sí. Los estímulos que el sujeto percibe inmediatamente después de una respuesta a un estímulo anterior se constituye en “reforzador” de esa respuesta, ya que su presencia aumenta la probabilidad de que se emita la misma respuesta en el futuro. Los estímulos que aparecen inmediatamente después de una respuesta se denominan “contingencias” de reforzamiento.

Thorndike realizó investigaciones con un gato hambriento al que se encerraba en una jaula y se le ponía la comida fuera. El gato tropieza con el picaporte, sale de la jaula y come. Posteriormente el gato va eliminando movimientos dentro de la jaula hasta que la abre directamente y come. No se asocian dos estímulos sino su conducta con un suceso que tiene significado para él.

El sujeto aprende a asociar su propia conducta con un estímulo, acontecimiento o evento 0motivacionalmente significativo.

Skinner utilizó el reforzamiento para eliminar conductas no deseables o añadir conductas deseables. Así surgieron las diferentes “técnicas de modificación de conducta”, que se utilizan en los tratamientos de estimulación temprana. El “Moldeamiento” consiste en el reforzamiento gradual por aproximaciones sucesivas de las conductas simples que, globalmente, constituyen un comportamiento complejo que pretendemos instaurar en el sujeto.

Los niños y niñas, durante su desarrollo, aprenden de forma natural y espontánea estas pautas de comportamiento. Pero cuando existe una alteración del desarrollo, es decir, una discapacidad, pueden utilizarse este tipo de técnicas para instaurar aprendizajes que de forma espontánea no llegarían a lograrse, o se lograrían mucho más lentamente.

Bandura aplicó los mecanismos de aprendizaje descritos por Skinner al aprendizaje social. El niño y la niña, durante el desarrollo, observan a otros niños y, en su mente, reproducen, mediante la imaginación, esas situaciones, de forma que cuando viven una situación similar, reaccionan de la forma que han observado a otros; se trata de un aprendizaje “vicario” o “por delegación de otros”.

Para que se produzca este aprendizaje social, es necesario que se den procesos como la adquisición de la pauta de comportamiento, la ejecución de la respuesta aprendida del “modelo”, la retención en la memoria de la pauta, la reproducción de la misma pauta al cabo de un tiempo determinado... Mecanismos que se producen espontáneamente de forma natural durante el desarrollo, pero que debemos reforzar cuando existe una discapacidad.

Para que se produzca el aprendizaje de una pauta de comportamiento que consideramos útil para el niño, es decir, para que se adquieran habilidades en nuevos procesos de respuesta, es necesario que la conducta del modelo y la del observador sean contiguas; que exista una atención suficiente, que se dé una repetición de la conducta, que el observador pueda reproducir la conducta motriz que se pretende reforzar, y que exista suficiente motivación para ello. Se adquieren así “representaciones simbólicas” de la conducta – modelo, que quedan grabadas como imágenes en la memoria, y que después pueden ser reproducidas.

Conceptos básicos de las teorías de Piaget (monografías.com)

Jean Piaget es considerado el “padre” de la Psicología genética; a diferencia de los psicólogos conductistas, no busca esquemas lineales, “mecánicos” para explicar el comportamiento del sujeto, o el desarrollo psicológico del niño, sino que utiliza modelos mucho más complejos. Según su punto de vista, a lo largo del proceso de maduración el niño va pasando por diferentes etapas, marcadas por el desarrollo biológico; las experiencias de aprendizaje son procesadas de acuerdo con las características de la etapa evolutiva en la que se encuentre el niño; cuando se pasa de una etapa a otra se produce un “salto” cualitativo, de forma que las experiencias son procesadas con una mayor complejidad.

Piaget utiliza conceptos como esquema, estructura, organización, adaptación, asimilación, acomodación y equilibrio, que explican las características de cada etapa del desarrollo.

ESQUEMA: Representa lo que puede repetirse y generalizarse en una acción; es decir, el esquema es aquello que poseen en común las acciones, por ejemplo “empujar” a un objeto con una barra o con cualquier otro instrumento. Un esquema es una actividad operacional que se repite (al principio de manera refleja) y se universaliza de tal modo que otros estímulos previos no significativos se vuelven capaces de suscitara. Es algo similar al “condicionamiento clásico”.

Al principio los esquemas son comportamientos reflejos, pero posteriormente incluyen movimientos voluntarios, hasta que tiempo después llegan a convertirse principalmente en operaciones mentales. Con el desarrollo surgen nuevos esquemas y los ya existentes se reorganizan de diversos modos. Esos cambios ocurren en una secuencia determinada y progresan de acuerdo con una serie de etapas.

ESTRUCTURA: Son el conjunto de respuestas que tienen lugar cuando el sujeto de ha adquirido ciertos aprendizajes, a partir de la experiencia. Una estructura es un conjunto de esquemas de acción, o sea, de regulaciones y coordinaciones de las actividades del niño. La estructura no es más que una integración equilibrada de esquemas. Así, para que el niño pase de un estado a otro de mayor nivel en el desarrollo, tiene que emplear los esquemas que ya posee, pero reorganizadas en el plano de una nueva estructura.

ORGANIZACIÓN: Es un atributo que posee la inteligencia, que le permite emitir conductas diferentes en situaciones

específicas. Para Piaget un objeto no puede ser jamás percibido ni aprendido en sí mismo sino como parte de un contexto, que puede tener diferentes significados para el sujeto, entrando a formar parte de organizaciones de las acciones diferentes del sujeto en cuestión. La función de la organización permite al sujeto conservar en sistemas coherentes los flujos de interacción con el medio.

ADAPTACIÓN: La adaptación está siempre presente a través de dos elementos básicos: la asimilación (incorporando nuevas experiencias) y la acomodación (ajustando el comportamiento del sujeto a esas nuevas experiencias). El proceso de adaptación busca en algún momento la estabilidad y, en otros, el cambio, cuando el sujeto está “preparado” madurativamente para adquirir una nueva pauta de comportamiento..

En si, la adaptación es un atributo de la inteligencia, por el que se adquiere nueva información y también se ajustan los aprendizajes previos a esa nueva información.

La función de adaptación le permite al sujeto aproximarse y lograr un ajuste dinámico con el medio.

La adaptación y organización son funciones fundamentales que intervienen y son constantes en el proceso de desarrollo cognitivo; ambos son elementos indisolubles.

ASIMILACIÓN: La asimilación se refiere al modo en que un organismo se enfrenta a un estímulo del entorno en términos de organización actual. “La asimilación mental consiste en la incorporación de los objetos dentro de los esquemas de comportamiento, esquemas que no son otra cosa sino el almacén de acciones que el hombre puede reproducir activamente en la realidad” (Piaget, 1948).

ACOMODACIÓN: La acomodación implica una modificación de la organización actual en respuesta a las demandas del medio. Es el proceso mediante el cual el sujeto se ajusta a las condiciones externas. La acomodación no sólo aparece como necesidad de someterse al medio, sino se hace necesaria también para poder coordinar los diversos esquemas de asimilación.

EQUILIBRIO: El desarrollo cognitivo comienza cuando el niño busca un equilibrio interno entre la acomodación al medio que lo rodea y la asimilación de esta misma realidad para incorporarla a sus estructuras. El niño, al irse relacionando con su medio ambiente, irá incorporando las experiencias a su propia actividad y las reajusta con las experiencias obtenidas; para que este proceso se lleve a cabo las energías que “empujan” hacia delante y las que “mantienen” al organismo estable deben balancearse, conservándose así una estabilidad dinámica entre el medio externo y las estructuras internas de pensamiento.

Para PIAGET el proceso de equilibración entre asimilación y acomodación se establece en tres niveles sucesivamente más complejos:

1. El equilibrio se establece entre los esquemas del sujeto y los acontecimientos externos.
2. El equilibrio se establece entre los propios esquemas del sujeto.
3. El equilibrio se traduce en una integración jerárquica de esquemas diferenciados.

Tipos de Conocimientos:

Piaget distingue tres tipos de conocimiento que el sujeto puede poseer, éstos son los siguientes: físico, lógico-matemático y social.

El conocimiento físico es el que pertenece a los objetos del mundo natural; se refiere básicamente al que está incorporado por abstracción empírica, en los objetos. La fuente de este razonamiento está en los objetos (por ejemplo la dureza de un cuerpo, el peso, la rugosidad, el sonido que produce, el sabor, la longitud, etcétera). Este conocimiento es el que adquiere el niño a través de la manipulación de los objetos que le rodean y que forman parte de su interacción con el medio. Ejemplo de ello, es cuando el niño manipula los objetos que se encuentran en el aula y los diferencia por textura, color, peso, etc. El conocimiento físico es el tipo de conocimiento referido a los objetos, las personas, el ambiente que rodea al niño, tiene su origen en lo externo. En otras palabras, la fuente del conocimiento físico son los objetos del mundo externo, ejemplo: una pelota, el carro, el tren, el tetero, etc.

El conocimiento lógico-matemático es el que no existe por sí mismo en la realidad (en los objetos). La fuente de este razonamiento está en el sujeto y éste la construye por abstracción reflexiva. De hecho se deriva de la coordinación de las acciones que realiza el sujeto con los objetos. El conocimiento lógico-matemático es el que construye el niño al relacionar las experiencias obtenidas en la manipulación de los objetos. Por ejemplo, el niño diferencia entre un objeto de textura áspera con uno de textura lisa y establece que son diferentes.

Seriación: Es una operación lógica que a partir de un sistema de referencias, permite establecer relaciones comparativas entre los elementos de un conjunto, y ordenarlos según sus diferencias, ya sea en forma decreciente o creciente. La seriación pasa por las siguientes etapas:

Primera etapa: Parejas y Tríos (formar parejas de elementos, colocando uno pequeño y el otro grande) y Escaleras y Techo (el niño construye una escalera, centrándose en el extremo superior y descuidando la línea de base).

Segunda etapa: Serie por ensayo y error (el niño logra la serie, con dificultad para ordenarlas completamente).

Tercera etapa: el niño realiza la seriación sistemática.

Número: es un concepto lógico de naturaleza distinta al conocimiento físico o social, ya que no se extraer directamente de las propiedades física de los objetos ni de las convenciones sáciela, sino que se construye a través de un proceso de abstracción reflexiva de las relaciones entre los conjuntos que expresan número. Según Piaget, la formación del concepto de número es el resultado de las operaciones lógicas como la clasificación y la seriación; por ejemplo, cuando agrupamos determinado número de objetos o lo ordenamos en serie. Las operaciones mentales sólo pueden tener lugar cuando se logra la noción de la conservación, de la cantidad y la equivalencia, término a término. Consta de las siguientes etapas:

Primera etapa: (5 años): sin conservación de la cantidad, ausencia de correspondencia término a término.

Segunda etapa (5 a 6 años): Establecimiento de la correspondencia término a término pero sin equivalencia durable.

Tercera etapa: conservación del número.

El conocimiento social, puede ser dividido en convencional y no convencional. El social convencional, es producto del consenso de un grupo social y la fuente de éste conocimiento está en los otros (amigos, padres, maestros, etc.). Algunos ejemplos serían: que los domingos no se va a la escuela, que no hay que hacer ruido en un examen, etc. El conocimiento social no convencional, sería aquel referido a nociones o representaciones sociales y que es construido y apropiado por el sujeto. Ejemplos de este tipo serían: noción de rico-pobre, noción de ganancia, noción de trabajo, representación de autoridad, etc.

El conocimiento social es un conocimiento arbitrario, basado en el consenso social. Es el conocimiento que adquiere el niño al relacionarse con otros niños o con el docente en su relación niño-niño y niño adulto. Este conocimiento se logra al fomentar la interacción grupal.

Los tres tipos de conocimiento interactúan entre, sí y según Piaget, el lógico-matemático (armazones del sistema cognitivo: estructuras y esquemas) juega un papel preponderante en tanto que sin él los conocimientos físico y social no se podrían incorporar o asimilar. Finalmente hay que señalar que, de acuerdo con Piaget, el razonamiento lógico-matemático no puede ser enseñado.

Se puede concluir que a medida que el niño tiene contacto con los objetos del medio (conocimiento físico) y comparte sus experiencias con otras personas (conocimiento social), mejor será la estructuración del conocimiento lógico-matemático.

Ningún conocimiento es una copia de lo real, porque incluye, forzosamente, un proceso de asimilación a estructuras anteriores; es decir, una integración de estructuras previas. De esta forma, la asimilación maneja dos elementos: lo que se acaba de conocer y lo que significa dentro del contexto del ser humano que lo aprendió. Por esta razón, conocer no es copiar lo real, sino actuar en la realidad y transformarla.

La lógica, por ejemplo, no es simplemente un sistema de notaciones inherentes al lenguaje, sino que consiste en un sistema de operaciones como clasificar, seriar, poner en correspondencia, etc. Es decir, se pone en acción la teoría asimilada. Conocer un objeto, para Piaget, implica incorporarlo a los sistemas de acción y esto es válido tanto para conductas sensorio motrices hasta combinaciones lógicas matemáticas.

Los esquemas más básicos que se asimilan son reflejos o instintos, en otras palabras, información hereditaria. A partir de nuestra conformación genética respondemos al medio en el que estamos inscritos; pero a medida que se incrementan los estímulos y conocimientos, ampliamos nuestra capacidad de respuesta; ya que asimilamos nuevas experiencias que influyen en nuestra percepción y forma de responder al entorno.

Las conductas adquiridas llevan consigo procesos auto-reguladores, que nos indican cómo debemos percibir las y aplicarlas. El conjunto de las operaciones del pensamiento, en especial las operaciones lógico-matemáticas, son un vasto sistema auto-regulador, que garantiza al pensamiento su autonomía y coherencia.

La regulación se divide, según las ideas de Piaget en dos niveles:

Regulaciones orgánicas, que tienen que ver con las hormonas, ciclos, metabolismo, información genética y sistema nervioso.

Regulaciones cognitivas, tienen su origen en los conocimientos adquiridos previamente por los individuos.

De manera general se puede decir que el desarrollo ocurre con la reorganización de las estructuras cognitivas como consecuencia de procesos adaptativos al medio, a partir de la asimilación de experiencias y acomodación de las mis-

mas de acuerdo con el equipaje previo de las estructuras cognitivas de los aprendices. Si la experiencia física o social entra en conflicto con los conocimientos previos, las estructuras cognitivas se reacomodan para incorporar la nueva experiencia y es lo que se considera como aprendizaje. El contenido del aprendizaje se organiza en esquemas de conocimiento que presentan diferentes niveles de complejidad. La experiencia escolar, por tanto, debe promover el conflicto cognitivo en el aprendiz mediante diferentes actividades, tales como las preguntas desafiantes de su saber previo, las situaciones desestabilizadoras, las propuestas o proyectos retadores, etc.

La teoría de Piaget ha sido denominada epistemología genética porque estudió el origen y desarrollo de las capacidades cognitivas desde su base orgánica, biológica, genética, encontrando que cada individuo se desarrolla a su propio ritmo. Describe el curso del desarrollo cognitivo desde la fase del recién nacido, donde predominan los mecanismos reflejos, hasta la etapa adulta caracterizada por procesos conscientes de comportamiento regulado. Piaget considera el pensamiento y la inteligencia como procesos cognitivos que tienen su base en un substrato orgánico-biológico determinado que va desarrollándose en forma paralela con la maduración y el crecimiento biológico.

2.3. Bases psicopedagógicas. La educación infantil y su relación con la Atención Temprana. Implicaciones educativas del sujeto con necesidades educativas especiales. Las adaptaciones curriculares. La formación del profesorado de educación infantil

Atención temprana y educación infantil (Mila y Cabot, 1999).

Es muy importante para el niño y su familia que se pueda realizar la detección de las discapacidades lo antes posible, porque la detección precoz permite, que lo antes posible se realicen las acciones terapéuticas más adecuadas para cada caso.

Los aprendizajes deben producirse en la etapa de desarrollo adecuada; si se pierden momentos críticos del desarrollo, pueden perderse las oportunidades de experimentar situaciones de aprendizaje funcional y además establecerse un funcionamiento patológico del grupo familiar. Los padres pueden tener una serie de sentimientos de confusión, de impacto, que impide comprender la situación y que muchas veces los paraliza. Esta situación es altamente angustiante, y en un intento de controlarla, se desencadenan en ellos mecanismos de defensa, (como el pensamiento mágico omnipotente, la negación.....) mecanismos que de estereotiparse y hacerse rígidos pueden traer graves consecuencias, en cuanto impiden una adaptación activa a la realidad.

Los Servicios de Salud y de Educación deben disponer de dispositivos para detectar las discapacidades y las situaciones de riesgo cuando aparecen, y se debe derivar lo antes posible al niño y a su familia a un equipo interdisciplinario especializado, para que este inicie las acciones terapéuticas adecuadas para cada caso lo antes posible.

La forma de intervención correcta no es la de “enseñar” a una familia, de “enseñar” a una madre a ser madre, tampoco los terapeutas deben “dar un modelo” de relación a seguir. Mediante la “enseñanza” de lo que “debe hacer” o “no debe hacer” una madre, se tiende a señalar los fallos en la crianza, se marcan errores, y sin proponérselo el terapeuta culpabiliza a la madre, reafirmando los sentimientos de culpa.

La intervención temprana, además de los aspectos analizados, en relación al niño y a su familia, también debe incluir la integración del niño en el sistema educativo. Para ello, dado que no existen recursos oficiales para apoyar la integración, es necesario lograr una buena comunicación entre el equipo de atención temprana y los profesionales de la institución educativa, que permitan desarrollar estrategias en común a los efectos de sostener al niño y a la familia.

Algunas veces el equipo de atención temprana, en lugar de ser vivido como un apoyo, es vivido como un “perseguidor”: despertando inseguridades, ansiedades por “no saber lo que hay que hacer”, y del cual hay que defenderse.

Bases de la integración: familiar, escolar y social (Candel Gil, 1998).

Todos pretendemos que cualquier persona discapacitada alcance unos adecuados niveles de integración escolar y social. Cuando nace un niño discapacitado, o cuando se detecta un problema, los padres se encuentran ante una situación inesperada y difícil. Muchos autores han descrito los sentimientos que afloran en esos momentos: angustia, rabia, desesperación, desconcierto. El hecho de que los padres, y toda la familia, puedan contar con profesionales capacitados y comprensivos que les informan, les apoyen y les orienten, constituye un elemento de capital importancia para lograr una buena adaptación. En este sentido, los programas de atención temprana juegan un papel relevante, ofreciendo a los padres la ayuda que necesitaban nada más conocer la deficiencia o la necesidad de su hijo.

En el caso de los niños discapacitados, los patrones de interacción pueden estar distorsionados, unas veces por las conductas poco reforzadoras de los propios niños, y otras porque los padres están especialmente perturbados. Si no se

presta un apoyo adecuado a la familia, con mucha frecuencia se instalan, desde el principio, unas pautas de relación del niño con su entorno que no son beneficiosas.

Hay que considerar aspectos adaptativos que afectan al comportamiento: habilidades de competencia social, adquisición de hábitos de autonomía e independencia personal, habilidades de comunicación, etc. cuya adquisición requiere que la familia cuente con los recursos suficientes para afrontar la situación.

¿Cómo podemos pretender que haya integración escolar y social, si no hay integración familiar?.

Con demasiada frecuencia se detectan las necesidades educativas muy tarde, cuando el niño ya está en el primer ciclo de la Educación Primaria (en España, a partir de los 6 años de edad). En ocasiones, los padres han preferido esperar porque no daban importancia a la problemática de su hijo, al ser éste muy pequeño, desperdiciando así unos años preciosos. Esta tardanza dificulta, de forma especial la adaptación familiar, provocando la instauración de conductas erróneas: evitación, falsas expectativas, superprotección.

Es muy importante para los profesionales de la Educación *la prevención de las necesidades especiales*. No se trata, solamente, de detectar los problemas que puede presentar un niño en sus primeros años y tratar de remediarlos, sino, sobre todo, de ayudar a su familia a enfocar correctamente la cuestión para influir positivamente en el desarrollo integral de su hijo. Esto cobra especial relieve en el caso de los niños llamados de alto riesgo o de los niños sin patología evidente, ya que sus déficits no son muy llamativos y suelen pasar inadvertidos, dando la cara a edades más avanzadas, lo cual provoca un notable desajuste en el ámbito familiar y en las relaciones de los padres con su hijo y con los profesionales.

Así pues, los educadores tienen una responsabilidad especial en la prevención de necesidades especiales: cuanto antes se detecten éstas, mejor podremos ayudar a todos en su proceso de adaptación.

Actitudes de los profesionales y tolerancia a la diversidad. Algunos investigadores han centrado sus trabajos sobre la integración escolar en el efecto positivo que ésta ha tenido sobre el profesorado: la atención a la diversidad como motor de cambio en la escuela. Está claro que sin una actitud positiva por parte de los profesores, la integración escolar del niño está condenada al fracaso. A su vez, una sociedad poco tolerante y solidaria tampoco estará dispuesta a acoger realmente a sus miembros menos favorecidos.

Los alumnos con necesidades especiales tienen derecho a recibir una educación normalizada. Sin embargo, la manifestación práctica de esta afirmación pasa por un convencimiento de todos de que esto no sólo es beneficioso, sino que es posible. A veces se habla de integración escolar de una forma superficial, con la boca pequeña, conformándonos con la simple ubicación física del niño en el Centro escolar, sin más. Para algunos profesionales, tener alumnos con necesidades especiales en su aula supone una forma de aceptación de la realidad, con la que no están de acuerdo pero que tratan de asumir de forma resignada; para los padres supone un alivio y un consuelo el poder comprobar que su hijo discapacitado está con chicos normales. Hemos de dar un paso adelante y no quedamos ahí: el niño con necesidades es un alumno del Centro, y sus padres forman parte de la comunidad educativa, con todo lo que ello conlleva.

El trabajo con niños discapacitados plantea retos profesionales que requieren una actitud positiva y una preparación adecuada. No basta con querer mucho a estos niños; es necesario, además, estar suficientemente formado para hacer el trabajo con verdadero sentido profesional; conocer con detalle el material humano con que se trabaja; saber aprovechar los recursos del aula, siendo consciente de las limitaciones propias y del entorno; y tener un espíritu investigador y creativo que nos lleve a observar, a analizar y a buscar nuevas fórmulas y estrategias de intervención en beneficio de todos los alumnos, también de los que tienen necesidades especiales.

Conocimiento de las características de los alumnos con necesidades especiales. Aceptada hace tiempo la suposición de que se desarrollaban igual que las personas sin discapacidad, aunque a un ritmo más lento, se está insistiendo ahora mucho en la presencia de características específicas de las distintas deficiencias. Esto supone un nuevo reto: saber la forma en que el desarrollo del niño con discapacidad es diferente, y adaptar la respuesta educativa a esas particularidades. Los profesionales de la Educación con más experiencia habrán podido comprobar que no es lo mismo un niño con síndrome de Down, por ejemplo, que otro con un síndrome X frágil o con un síndrome de Williams. **No podemos hacer fotocopias de adaptaciones curriculares, de actividades o de propuestas de intervención.** Y todo ello sin perder de vista la presencia de diferencias individuales de que hacen gala los niños con discapacidad del mismo grupo etiológico.

Asimismo, la respuesta educativa tampoco puede ser uniforme para todas las familias, debido a las diferentes carac-

terísticas de cada una de ellas. Viene bien recordar en este punto los principios de igualdad (todos somos iguales), y de equidad (dar a cada uno lo que necesita).

La atención a la diversidad requiere un mayor esfuerzo, tanto presupuestario para ampliar recursos, como de planificación, ya que a veces naufragamos en la ambigüedad y en la dispersión...

Frecuentemente se plantean problemas en un Centro escolar que desbordan los aspectos meramente educativos, y convendría, entonces, que otros estamentos (Sanidad, Ayuntamientos) colaborasen en una solución que debe ser global. No podemos seguir con actuaciones parciales, de acuerdo con las competencias de cada organismo, sino que hemos de ser conscientes de que la respuesta al alumno con necesidades especiales debe ser generalizada.

La Administración, la familia y el profesorado, deben tener la capacidad de adaptación a las necesidades del alumno, a las posibilidades reales del Centro, a los recursos con que cuenta el profesor, a las circunstancias individuales de la familia, etc.

A continuación se citan algunos "errores" que (según nuestra opinión) se han producido en el proceso de integración escolar en España; conviene tenerlos en cuenta, para no reproducirlos en experiencias posteriores.

Las características que básicamente han definido *el proceso segregador al amparo de la integración* podrían cifrarse en:

- ✓ El efecto del "etiquetado" de los alumnos, que puede disminuir las expectativas que los profesores tienen sobre sus alumnos, puesto que centra su atención en clasificaciones y categorías como base para la opción de decisiones. Desde esta perspectiva, los alumnos son definidos no por lo que son capaces de aprender o necesitan, sino por las características que obstaculizan su aprendizaje, fruto del predominio de la perspectiva individualizada.
- ✓ El estilo de las respuestas didácticas: el hecho de centrar la atención en determinados niños de modo individualizado, ha supuesto que la población continuara siendo dividida en el propio sistema ordinario en "tipos de niños" a los que había que enseñar de modo distinto o incluso con maestros diferentes. Así, los niños considerados "especiales" necesitaban también formas especiales de enseñanza. Estamos ante un cambio de emplazamiento del alumno del centro específico al ordinario, que obligaba a reproducir los planteamientos de trabajo que allí se llevaban.
- ✓ Limitación de las oportunidades: el centrar la atención en ciertas características de los alumnos considerados individualmente ha traído consigo una forma de atención individualizada, que desembocó en muchas ocasiones en que el niño pasase demasiado tiempo trabajando solo. Hecho que no debemos olvidar que dificulta el estímulo intelectual de trabajo con otros y al no sentir el niño la confianza y el apoyo de los demás ante la realización de una tarea.

Otra cuestión a plantearnos bajo esta característica, que pretende hacernos reflexionar sobre la limitación de oportunidades que haya podido suponer la integración escolar, viene dada por la presencia y actuación del profesor de apoyo en el aula ordinaria, ya que según desarrolle su labor puede obstaculizar o favorecer la integración... Si su atención está centrada exclusivamente en el niño integrado, puede estar separándolo del resto de la clase y no facilitando su aprendizaje e integración. En cambio, la labor de este profesor dirigida a todos los alumnos reduce las dificultades de la educación.

El empleo de los recursos: el que un centro consiga el máximo de recursos para atender a la población escolarizada en él es un objetivo que entra dentro de las funciones de todo centro. Otra cuestión bien distinta es supeditar la actuación pedagógica del centro a la serie de recursos que considere necesarios para poder desarrollar su tarea. Normalmente, la mayoría de centros necesitan más recursos que los proporcionados por la administración, pero esto no debería ir ligado a depender totalmente de los recursos para actuar, sino que cada centro se planteará su actuación, atendiendo a sus propios recursos.

El tema de los recursos es un elemento que define, por tanto, el proceso pedagógico de un centro. En el proceso de integración ha habido centros que se han situado exclusivamente desde esta perspectiva, la cual ha condicionado su actuación, al pensar que la atención a los alumnos con deficiencias requiere muchos más medios de los que se dispone y sin los cuales no se puede trabajar.

La espera de estos medios y el no aprovechamiento de los medios presentes ha retrasado y dificultado en muchas ocasiones la atención de estos sujetos, desviándose el problema de lo que verdaderamente significa la atención a los mismos en ese contexto concreto.

Mantenimiento del statu quo (la situación actual): se piensa que el problema está en el niño sin considerar otros factores basados en procesos sociales, políticos y de organización más amplios, externos al individuo. Esta visión del pro-

ceso integrador ocultó, en un principio, que elementos tales como la organización y el currículo de la escuela fueran auténticas fuentes de dificultades para los niños escolarizados en ella y no se les sometió a la crítica, suponiendo que eran adecuados para la mayoría de los alumnos. Los resultados obtenidos en la evaluación de la integración llevaron a un análisis y reflexión, que pusieron de manifiesto la necesidad de una escuela diferente, de otra cultura de la integración.

Hacia un nuevo planteamiento de la educación especial. La educación especial no debería seguir considerándose como la educación de un conjunto determinado de alumnos, sino que su interés debería centrarse en considerar aquellas medidas y acciones desarrolladas en el ámbito escolar, con la finalidad de que el profesorado pueda dar respuesta a todos los alumnos escolarizados en los centros. Se trataría de dejar de considerar como problemas a los alumnos con deficiencias y a éstas como fuente de dificultades, para entrar en una dinámica de trabajo que nos permita aprender con ellas e integrarlas en la práctica ordinaria. Desde esta perspectiva, un problema produciría el efecto contrario, es decir, debería llevarnos a la búsqueda de “procedimientos para desarrollar una enseñanza en y para la diversidad, que no excluya a nadie, en el supuesto, claro está, de que aceptemos como éticamente valiosa esta opción frente a una enseñanza elitista y discriminatoria” (Echeita, 1994, 66). El viejo modelo médico de diagnosticar las deficiencias y establecer los métodos de enseñanza específicos, impartidos exclusivamente por especialistas como idea de la Educación Especial, debería quedar en desuso, porque denota una concepción centrada en el déficit, heredada del modelo médico y psicológico.

La integración escolar supone plantear la atención a la diversidad en el centro y en el aula de forma apropiada para la atención a las necesidades educativas de cualquier alumno, **no** para las necesidades educativas especiales de **algunos** alumnos. Lemas como “todos iguales todos diferentes” o “una escuela para todos” nos hacen reflexionar sobre el derecho a la educación, a la igualdad y a la diferencia.

Muchos centros y profesores (en España) se han quedado anclados más en el primer modelo que en el segundo, olvidándose de que si se pretende que la escuela dé una respuesta diferenciada a los alumnos en ella escolarizados, será necesario un cambio, una transformación de los principios y de las prácticas educativas.

Pero ¿qué está sucediendo?. Pues que este cambio, que conlleva una idea dinámica ligada a un proceso complejo, ha sido interpretado de manera inmovilista y no como un proceso de innovación educativa. Así, lo que en un principio pretendía el movimiento de la integración escolar ha quedado desvirtuado en parte. Quizás la regulación de la integración escolar como un proceso político-administrativo haya contribuido a ello, propiciando que la integración, que había surgido desde un planteamiento social, institucional y científico-técnico impulsado por padres, profesores e investigadores, esté quedando reducida a un único cambio: el propiciado y regulado política y administrativamente.

Probablemente, estemos ante un desfase entre los intereses y la manera de ver el cambio de la administración; la población afectada y sus padres que buscan soluciones de inserción escolar, social y laboral; los profesionales y el estamento científico-técnico. Quizás estemos ante el “efecto escaparate”, bajo el que las administraciones fundamentan el cambio centrado en conseguir la mejora de la calidad de vida, de asistencia, educación, etc., con los mínimos gastos, mínimos cambios y el mayor control en la “gestión de riesgos” (Castel, 1984).

Otro punto a considerar es el planteamiento en sí que sostuvo la integración escolar en sus inicios, es decir, una integración centrada en la atención al alumnado con necesidades educativas especiales... El poder científico-técnico ha asumido, de alguna manera, el papel otorgado por la administración detectando, clasificando y delimitando tales necesidades según unos criterios marcados por el modelo hegemónico y el escenario anglosajón. En definitiva, unos criterios reveladores de una sociedad inmovilista, sin deseos transformadores, una “sociedad satisfecha” productora de modelos de control científico-técnico de sus democráticas instituciones. Consecuentemente, las prácticas que los modelos segregados habían producido (centros específicos de Educación Especial), no han constituido el eje de los nuevos planteamientos educativos, sino que han sido las necesidades del ámbito disciplinar pedagógico y de sus concreciones curriculares las que han centrado el punto de interés... Esto sería extensivo incluso para aquellas personas con deficiencias graves y severas, que por mucho que aprendan en la escuela y en su casa nunca llegarán a tener la capacidad suficiente para vivir independientemente en su comunidad.

Hacia una escuela para todos. La aparición de la Ley Orgánica General del Sistema Educativo en España (1990) pretendía articular este cambio propiciando escuelas caracterizadas por el respecto a la tolerancia. El desarrollo de capacidades de cooperación, responsabilidad moral, tolerancia y solidaridad, como manifestación de un espíritu no discriminatorio hacia la diversidad, manifestado en los objetivos de la enseñanza obligatoria, así lo demuestran. Esto justificaría que alumnos con diferentes capacidades, lenguas, culturas o motivaciones distintas puedan compartir ex-

perencias en su escolarización, que tendrían su repercusión respecto a la integración social y laboral. Si en el ámbito escolar y familiar no se inicia el respeto hacia personas diferentes por las causas anteriormente citadas, difícilmente se desarrollarán estas actitudes fuera de la escuela y la edad adulta.

Tras cinco años de aplicación del programa de integración, desde la aparición del Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial de 1985, apareció la Ley Orgánica 1/1990 de 3 de Octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), con la finalidad de reforzar los principios de normalización e integración presentes en la Ley Social de los Minusválidos y en Decreto 334/1985 de Ordenación de la Educación Especial. Esta Ley ha introducido el ordenamiento jurídico del concepto de necesidades educativas especiales como alternativa al de deficiente, disminuido, discapacitado o minusválido. Mediante la expresión n.e.e. se pretende reforzar la idea de que ante cada alumno en desventaja es necesario decidir caso a caso las ayudas específicas que precisa en el contexto concreto en el que está ubicado, para que pueda acceder al currículo establecido. De esta forma y en continuidad con los planteamientos del Real Decreto 334/1985, la LOGSE contempla como objetivos de la educación de los alumnos con n.e.e. los mismos que para el resto del alumnado, al tiempo que establece el principio de adecuación o adaptación de las enseñanzas a las características de estos (art. 3). No son, por tanto, los alumnos con dificultades quienes tienen que adaptarse o “conformarse” a lo que pueda ofrecerles una enseñanza general planificada y desarrollada para satisfacer las necesidades educativas habituales de la mayoría del alumnado, sino que es la enseñanza la que debe adecuarse al modo y manera que permite a cada alumno particular progresar en función de sus capacidades y con arreglo a que sus necesidades sean especiales o no (Arnaiz Sánchez, 1995).

3. ÁMBITOS Y MODELOS DE INTERVENCIÓN: MODELO CLÍNICO, MODELO PSICOPEDAGÓGICO, MODELO COMUNITARIO

Recientemente se ha promulgado la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, que en su disposición adicional décimo-tercera se refiere a la protección de los menores de tres años:

*“Sin perjuicio de los servicios establecidos en los ámbitos educativo y sanitario, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia atenderá las necesidades de ayuda a domicilio y, en su caso, prestaciones económicas vinculadas y para cuidados en el entorno familiar a favor de los menores de 3 años ACREDITADOS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA... . En el seno del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se promoverá la adopción de un plan integral de atención para ESTOS menores de 3 años EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA, en el que se contemplen las medidas a adoptar por las Administraciones Públicas, sin perjuicio de sus competencias, para facilitar **atención temprana** y rehabilitación de sus capacidades físicas, mentales e intelectuales.*

Es la primera vez que se recoge el término “atención temprana” en el texto de una Ley de ámbito estatal. Se abre así una nueva etapa para la atención temprana, en la que cada Comunidad Autónoma habrá de llevar a cabo medidas que desarrollen esa previsión de la Ley. El Libro Blanco proporciona un marco teórico, basado en las recomendaciones de expertos de todo el Estado, para desarrollar esas previsiones.

La eficacia de la intervención debe medirse a través de una aproximación multidimensional que evalúe distintos dominios (esfera afectiva, competencia social, estado de salud, efectos sobre la familia, calidad de vida, etc.) (García Sánchez, 2002).

Guralnich (1997), presidente de la Asociación Internacional de Atención Temprana (ISEI), establece los siguientes principios generales:

- ✓ atender tanto las necesidades tanto del niño como de su familia;
- ✓ organizar una atención basada en comunidades locales, o al menos planteada cumpliendo un principio de cercanía al cliente (evitando en todo momento, a la familia, desplazamientos largos que pueden afectar a su calidad de vida o al funcionamiento de su dinámica familiar);
- ✓ disponer de equipos interdisciplinarios para atender las distintas necesidades que planteen los usuarios de los servicios;
- ✓ habilitar apoyos y servicios variados, tanto para el niño como para su familia.

Los profesionales de la atención temprana deben colaborar “en red” con los profesionales del ámbito sanitario, y del ámbito educativo. Para ello es necesario crear una cultura común, para superar el “choque” entre diferentes modelos de entender la discapacidad: el modelo médico, el modelo social, y el modelo educativo. Si la finalidad de la atención temprana es la plena participación de la persona con discapacidad en la comunidad, las intervenciones deben abarcar todos los ámbitos de la comunidad, y planificarse conjuntamente por todos los profesionales (médicos, maestros, terapeutas de at. temprana...) y SIEMPRE con la participación de los padres y madres.

En el Libro Blanco de la Atención Temprana se recomienda que los CDIAT. deben ser de fácil acceso a las familias, por lo que se potenciará que su ubicación sea próxima a otros servicios comunitarios, tales como Centros de Educación Infantil, Centros de Salud, etc. El equipo de profesionales de los CDIAT. tendrá carácter multiprofesional e interdisciplinario, abarcando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de cada niño o niña y los aspectos de su entorno: la familia, el centro educativo y la comunidad. Dicho equipo estará coordinado por uno de sus miembros.

El Equipo Multidisciplinar estará formado, al menos, por un especialista en apoyo familiar (licenciatura en Psicología, Pedagogía o Psicopedagogía), un especialista en desarrollo psicomotor (Maestro especialista en Pedagogía Terapéutica, o Ldo. En Psicología), un Logopeda y un Fisioterapeuta.

Los tres niveles de actuación de los CDIATS son los siguientes:

- ✓ **Prevención:** Para contribuir a una detección lo más precoz posible de los trastornos o situaciones de riesgo, y para que los niños y sus familias reciban cuanto antes la atención que precisen, los Servicios de Atención Temprana deben realizar acciones de carácter preventivo de forma coordinada con otros servicios que atiendan a los niños en esta etapa: fundamentalmente, sanitarios y educativos
- ✓ **Apoyo Psico-Social:** Consiste en entrevistas familiares u otras acciones para que la familia tenga una mejor comprensión de los problemas del niño y adecúe su entorno a sus necesidades. Acciones dirigidas al entorno educativo para evitar o aminorar los factores de riesgo social y favorecer los procesos de socialización y aprendizaje.
- ✓ **Intervención Terapéutica:** Sesiones individuales o en pequeño grupo de fisioterapia, estimulación, psicomotricidad o logopedia para atenuar o superar las disfunciones en el desarrollo, prevenir trastornos secundarios y atenuar o eliminar factores de riesgo ambiental en el entorno inmediato del niño

La prevención que se realiza desde los Centros de Atención Temprana es prevención “terciaria”, es decir, aquella que se realiza después de que se ha producido la situación de discapacidad, y cuya finalidad es paliar, en la medida de lo posible, las consecuencias de la discapacidad, con el objetivo último de lograr la plena autonomía personal y participación de las personas con discapacidad en la comunidad.

Pero también es necesario hablar de la prevención primaria y secundaria, que han de realizarse desde otros ámbitos de intervención. La prevención primaria se ha de realizar en la propia comunidad, mediante campañas informativas y otras acciones destinadas a contrarrestar los factores ambientales que influyen sobre las situaciones de segregación o marginación social, y en los servicios sociales y educativos (Centros de Servicios Sociales Municipales, Escuelas Infantiles y Centros de Atención a la Infancia), actuando sobre las familias en situación de alto riesgo social (familias disfuncionales o en situación de exclusión) y sobre el propio niño, proporcionándole un ambiente estimular adecuado a sus necesidades, en cada etapa del desarrollo.

En el ámbito sanitario ha de producirse la prevención secundaria, actuando de forma eficaz sobre los factores de riesgo de discapacidad, tanto biológicos como psicosociales, detectando lo más tempranamente posible las deficiencias y derivando los casos, cuando sea conveniente, hacia los centros de atención temprana.

4. PRÁCTICA PROFESIONAL Y EVIDENCIA CIENTÍFICA

Incorporar criterios de calidad a la asistencia prestada en los centros y servicios de Atención Temprana supone equivale a proponer un modelo de gestión que tenga entre sus objetivos la evaluación y la mejora continua de todas las dimensiones de la calidad, empezando por la calidad científico-técnica, entendida como la reducción de la variabilidad no justificada, aplicando la evidencia empírica previamente publicada, y contemplando la especificidad de la atención al niño, su familia y el entorno, manteniendo los tres niveles de intervención en prevención primaria, secundaria y terciaria, requiriendo de una efectiva coordinación interinstitucional.

Existen distintas clasificaciones de los grados de evidencia científica en función del diseño del estudio y del control sobre las variables identificadas en el tópico contrastado que se ejerza. Citamos aquí la clasificación de US Preventive Task Force (1993).

- I. Meta-análisis de ensayos controlados y aleatorizados.
- II. Ensayo controlado y aleatorizado de muestra grande.
- III. Ensayo controlado y aleatorizado de muestra pequeña.
- IV. Ensayo prospectivo controlado no aleatorizado. Controles coincidentes en el tiempo.
- V. Ensayos clínicos no aleatorizados retrospectivos. Controles históricos.
- VI. Estudio de cohortes Multicéntrico. Apareamiento.
- VII. Estudio de casos y controles Multicéntrico.

VIII. Estudios descriptivos. Comités de expertos.

IX. Casos clínicos

Si durante las décadas de los 80 y 90 la investigación en atención temprana se centró en comprobar la efectividad de las intervenciones, actualmente se están comparando entre sí diferentes metodologías de intervención, para poder planificar las actuaciones con criterios de eficiencia: obtener el mayor beneficio posible en términos de calidad de vida de los niños con el menor coste posible.

Incorporar “criterios de calidad” en Atención Temprana, supone proponer un modelo de gestión que tenga por objetivo la satisfacción de las familias atendidas con su grado de bienestar y que al mismo tiempo dé respuesta a las necesidades de los niños y niñas con discapacidad o en situación de riesgo, en términos de participación en la comunidad, y contemple la especificidad de la atención al niño, su familia y el entorno.

Otero (2003) define la calidad asistencial como: “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, y con el mínimo riesgo para los pacientes, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción de usuario”. En el ámbito de la atención sanitaria, la “calidad asistencial” es un concepto que va unido en mayor o menor medida a la práctica clínica. En 1951 el Colegio Americano de Cirujanos se fusionaron con el Colegio Americano de Médicos, la Asociación Americana de Hospitales, la AMA y Asociación Médica de Canadá para formar la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) . La “calidad asistencial” fue desarrollándose en EE.UU., casi exclusivamente, durante los años 60 y 70. A principios de los 80, la Organización Mundial de la Salud se marcó el objetivo de asegurar la calidad de la asistencia sanitaria en todos los Estados miembros.

Maxwell (1992) clasifica así las distintas dimensiones de la calidad asistencial:

- ✓ **Calidad científico-técnica.** Representa la competencia de los profesionales para utilizar de forma idónea los más avanzados conocimientos y recursos a su alcance, contribuyendo a la mejora del estado de salud de la población y a la satisfacción de los usuarios. Esta dimensión considera tanto la habilidad técnica como la relación interpersonal que se establece entre el profesional y el paciente. Es la dimensión más utilizada para medir la calidad de la atención sanitaria.
- ✓ **Efectividad.** Grado en que la atención sanitaria produce en la población el beneficio que en teoría debería producir, es decir, el que se obtiene tras una intervención en condiciones de aplicabilidad reales (eficacia es el resultado de una prestación en condiciones ideales). En calidad se suele medir más la efectividad que la eficacia. Hay que tener en cuenta que el objeto de un sistema de salud es mejorar el grado de salud de la población, y no solo generar servicios. Eficiencia. Es el grado en que se consigue el más alto nivel de calidad con los recursos disponibles. Relaciona los resultados obtenidos (beneficios) medidos por la efectividad, y los costes que genera el servicio prestado. La evaluación económica de los servicios sanitarios ha experimentado un gran desarrollo, y cada vez es más tenida en cuenta por los gestores de los servicios sanitarios
- ✓ **Accesibilidad.** Facilidad con la que la población puede recibir la atención que necesita. Esta dimensión contempla no únicamente barreras de tipo estructural (horario, distancia) y económico, sino también barreras organizativas, sociales y culturales. Dentro de esta dimensión se podría incluir la equidad (distribución justa de los recursos sanitarios entre la población).
- ✓ **Satisfacción.** Representa el grado en que la atención prestada satisface las expectativas del usuario. La satisfacción es un resultado deseable del proceso asistencial. Puede medirse mediante encuestas, que preguntan sobre la satisfacción en general, y sobre aspectos concretos. La metodología aplicada influye mucho en los resultados obtenidos: tipo de encuesta, forma de aplicación, tasa de respuesta, etc. Otra forma de evaluar la satisfacción es el análisis de las sugerencias y las reclamaciones presentadas. La aceptabilidad es la satisfacción más la adhesión del usuario (grado de colaboración del paciente, cumpliendo el tratamiento prescrito, etc.). La satisfacción se refiere a tres grandes aspectos: organizativos (tiempo de espera, ambiente físico), estado de salud logrado y trato personal recibido por parte de los profesionales sanitarios. Este último aspecto es fundamental. De hecho, puede darse insatisfacción del usuario con un alto nivel de calidad científica. El modelo de gestión de calidad total también tiene en cuenta el grado de satisfacción de los profesionales, los clientes internos (los clientes externos son los pacientes o usuarios).
- ✓ **Adecuación.** Es la medida en la cual el servicio se corresponde con las necesidades del paciente o de la población, mientras que continuidad supone ofrecer la atención de una forma ininterrumpida y coordinada.

Además de las dimensiones de la calidad asistencial, en el ámbito de la atención temprana también es necesario tener en cuenta las diferentes dimensiones de la calidad de vida (Schallock, 1996 II):

- ✓ Bienestar emocional: seguridad, ausencia de estrés, felicidad, éxito.
- ✓ Relaciones interpersonales: intimidad, afecto, familia, interacciones, amistad, apoyos.
- ✓ Bienestar material: prosperidad, alimentación, seguridad.
- ✓ Desarrollo personal: educación, habilidades, competencia personal, actividad útil.
- ✓ Bienestar físico: salud, nutrición, recreación, ocio.
- ✓ Autodeterminación: elecciones, decisiones, control personal, autogobierno.
- ✓ Inclusión social: aceptación, estatus, integración y participación comunitaria.
- ✓ Derechos: privacidad, acceso.

Ambos enfoques teóricos (calidad asistencial y calidad de vida) han confluído en los últimos años en la planificación de los recursos socio-sanitarios destinados a las personas con discapacidad.

En el ámbito específico de la atención temprana, hay que citar la experiencia del Grupo PADI (1996), que proponía los recursos que debían existir en un servicio de atención temprana: Unidad de evaluación, unidad de atención terapéutica, unidad de atención socio-familiar y unidad de dirección y administración.

La programación debería tener dos aspectos: la planificación de los recursos y la coordinación entre las diferentes unidades y la planificación de las intervenciones individuales con cada niño.

La experiencia del Plan Estratégico de la Federación Española de Asociaciones de Personas con Discapacidad Intelectual para el siglo XXI (Tamarit, 2004) incluía un Manual de Calidad de la Atención Temprana (FEAPS (2000) en el que se proponía una mejora de la calidad en dos aspectos fundamentales: los procesos de gestión y la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Ya hemos citado repetidamente el Libro Blanco de la Atención Temprana, en cuya elaboración participaron profesionales de todo el Estado con el apoyo del Real Patronato de la Discapacidad y que sin tener poder normativo ha influido de forma decisiva en la organización de los recursos de atención temprana en la mayoría de las Comunidades Autónomas.

En el Plan de evaluación de la calidad de los servicios socio-sanitarios de la Generalitat de Cataluña, incluidos los centros "d'atenció precoç" llevado a cabo con la colaboración de la Fundación Avedis Donabedian (ICASS, 2001) se construyó un sistema de indicadores con la metodología propuesta por la Joint Commission International que tiene un doble valor: proporcionar a profesionales y gestores un sistema de indicadores para la evaluación de la calidad de sus centros y aunar el modelo teórico de la calidad asistencial tradicionalmente ligada a los servicios sanitarios con el modelo de calidad de vida propuesto por Shallock para la atención a las personas con discapacidad, que se ha aplicado de forma generalizada en España gracias a la divulgación del modelo que ha liderado el Instituto de Integración en la Comunidad de la Universidad de Salamanca²⁵.

Millá (2003) propone las siguientes dimensiones de la calidad en la atención temprana:

- ✓ Calidad institucional: Planificación, coordinación, recursos, sectorización, formación e investigación.
- ✓ Calidad intracentros: Cualificación de los profesionales, objetivos, trabajo interdisciplinar, eficiencia, liderazgo, buenas prácticas, autoevaluación.
- ✓ Contexto familiar y social: Participación, responsabilidad, apoyo mutuo, motivación, normalización, recursos comunitarios y bienestar.

BIBLIOGRAFÍA

- AAMR. (1997) *Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo* (ed Esp.) Madrid, Alianza
- Arnaiz Sánchez, P. (1995). La reforma del sistema educativo en España: una ocasión para el cambio en la atención a la diversidad. Ponencia presentada en International Seminary-special Education on the XXI Century. Universidade do Porto.
- Bronffernbrenner, U.(1979) *Ecología del desarrollo humano* (Ed esp. Madrid: Paidós, 1987)
- Candel Gil, I. Artículo publicado originalmente en "Revista Síndrome de Down", 15: 131-134, 1998. Equipo de Atención Temprana. Dirección Provincial del Ministerio de Educación y Cultura en Murcia (España). Arnaiz Sánchez, P. (1997). Integración, segregación, inclusión. En P. Arnaiz Sánchez y R. de Haro Rodríguez (Ed.): *10 años de integración en España*. Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad, pp. 313-353.
- FEAPS (2000). *Manual de Buenas Prácticas en Atención Temprana*. Confederación Española de Organizaciones a favor de las personas con Discapacidad Intelectual. Madrid.

- García Sánchez, FA Reflexiones acerca del futuro de la Atención Temprana desde un Modelo Integral de Intervención
Publicación en la *Revista Siglo Cero* (2002), 32 (2), 5-14
- GAT (2001). *Libro blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de la Discapacidad.
- Guralnick, M.J. (1997) *"The effectiveness of early intervention"*. Baltimore. P.H.Brookes Pub. Co
- ICASS (2001). *Indicadors d'avaluació de la qualitat*. Centres de desenvolupament infantil i atenció precoç. Barcelona.
- Lewis M. Ed. *"Clinical Aspects of Child Development"*. Philadelphia. Lea and Febiger. 1982
- Mendez, Van Gorp y Cummings (1995) Curso de neurología de la conducta. Disponible en <http://oaid.uab.es/nnc/html/entidades/web/home/home.html>
- Maxwell, R. (1992). "Dimensions of quality revisited: from thought to action." *Quality in Health Care* (1):171-7
- Millá, M.G. (2003) La calidad en atención temprana. *Minusval*. IMSERSO. Nº especial marzo, pp. 71-74
- Monografias.com <http://www.monografias.com/trabajos16/teorias-piaget/teorias-piaget.shtml>
- Mila J y Cabot P "De la Atención Temprana a la Integración Escolar de Niños con Necesidades Educativas Especiales"
Ponencia presentada en el Congreso "Integración-Inclusión del Alumno con Necesidades Educativas Especiales".
Universidad de Salamanca, España – Febrero de 1999. www.chasque.apc.org/psicomot
- Otero MJ (2003) Errores de medicación y gestión de riesgos. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77: 527-540
- Grupo PADI (1996). *Criterios de calidad en centros de atención temprana*. Madrid, Genysi
- Rains, G.D. (2003) *Principios de Neuropsicología Humana*. McGrawHill
- Ricardo, S. <http://personal2.redestb.es/rammax/T1.htm>
- Rutter, M. Ed. *"Developmental Psychiatry"*. London: Heinemann Medical. 1980
- Schalock, RL (1996I) <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/DessNeurolInf.html>
- Schalock, R. (1996 II). *Quality of Life. Application to Persons with Disabilities*. Vol. II. M. Snell, & L. Vogtle Facilitating Relationships of Children with Mental Retardation in Schools.
- Tamarit, J. (2004). Calidad Feaps, en Canovas, F. y Pardavila, B. "La gestión de la calidad en los servicios sociales". Madrid, MTAS.
- Contenido en el Idioma Español de University of Maryland Medical Center . Retraso en el desarrollo - Información general. http://www.umm.edu/esp_ency/article/000991.htm
- Verdugo, M.A. (1997) *Investigación en discapacidad: Prioridades del futuro inmediato*. II Jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad. Salamanca.

Ficha 1.

SECUENCIACIÓN DEL DESARROLLO. DESVIACIONES DE LA NORMALIDAD

En el material base ya se ha resumido la diferencia entre crecimiento, maduración, aprendizaje y desarrollo, señalándose los llamados períodos críticos o sensibles que son los momentos en los que existe una especial predisposición para el aprendizaje de determinadas pautas de comportamiento, especialmente que Gessel observaba y medía el desarrollo mediante la comparación con el promedio de los niños de su edad, en cuatro áreas: conducta motriz, conducta adaptativa, conducta social y lenguaje. Presentamos a continuación un cuadro resumen de los logros esperables en el desarrollo de un infante como guía de evaluación previa (o de seguimiento) en un proceso de atención temprana.

RESUMEN DE LAS ETAPAS DEL DESARROLLO INFANTIL ¹				
EDAD	DESARROLLO PSICOMOTOR	DESARROLLO COGNITIVO	DESARROLLO DEL LENGUAJE	DESARROLLO SOCIAL
0 – 1 ½ meses				
3 meses	Cabeza : levanta. Uso de reflejos: Agarre, Babinski(pies), Moro(Susto), de caminar, natación, cuello tónico, ubicación. Movimientos generalizados(no los controla) visión en blanco y negro.(preferencia visuales) audición-memoria auditiva. Gusto- preferencia de lo dulce sobre lo amargo. Olfato-discriminación olfativa. Tacto- es más desarrollado. Sostiene la cabeza. Descubren sus manos. El Agarre ya no es reflejo (mas control) tomando objetos medianos. Se voltea ayudado por la cabeza. Visión: colores básicos (verde, rojo, azul y amarillo). Gusto: preferencias. Audición: buscan la fuente (familiar) ubican a sus padres. Movimientos más controlados.	Uso de reflejos (solo al principio). A partir del primer mes hasta el cuarto mes: reacciones circulares primarias: adaptaciones adquiridas (los primeros conocimientos se adaptan a una situación) Sus comportamientos se centran en su propio cuerpo. Repiten comportamiento placenteros que primero se presentan al azar (como succionar). Comienzan a coordinar información sensorial y no han desarrollado el concepto de permanencia del objeto.	Su lenguaje es el llanto (hambre, susto, dolor, coraje) va acompañado de ciertas reacciones motrices. Juegan con los sonidos del lenguaje (se divierten haciendo sonidos).	Los infantes están listos a responder a la estimulación. Comienzan a demostrar interés y curiosidad, y sonríen con facilidad a la gente. Confianza básica frente a desconianza (0 a 18 meses) El principal contacto físico es la alimentación la cual determina la calidad de la relación con el bebé. El interés del adulto hacia el bebé permitirá el desarrollo de la confianza básica proporcionándole seguridad y sociabilidad. Para el bebé es importante el CONTACTO. El bebé confía en sus capacidades y habilidades para interesar al adulto. Desarrollo emocional (0-6 meses) surge el interés, la aflicción (cuando hay dolor) el disgusto (frente a un sabor u olor desagradable) Los bebés pueden anticiparse a lo que sucede y se sienten decepcionados cuando no ocurre. Lo demuestran tornándose furiosos o actuando con cautela. Con frecuencia sonríen emiten arrullos y ríen. Esta es una época de despertar social y de intercambios tempranos recíprocos entre el bebé y la persona que lo cuida. Desarrollo emocional en los primero 6 meses: Ira, sorpresa, alegría, miedo, tristeza, timidez.
5 meses	Se sientan, discriminan mejor los sonidos (llaman su atención) se desplazan de una manera primitiva, se paran con apoyo; Utilizan mucho sus pies. Ven bien, buscan fuentes de sonido aunque sea nueva o diferente (ya no familiar solamente)	En el juego de las escondidas, el adulto se oculta y el bebé sonríe y ríe, comienza a sentir la expectativa de lo que sucederá después.	Sonidos consonánticos (gorgojeos), se entremezclan y expresan emociones como alegría y enojo.("gggs") Balbuceo (ga-ga/ma-ma) Utiliza gestos para comunicarse y realiza juegos gestuales.	
6 meses		El bebé sonríe ante la "llamada de alerta" del adulto antes que aparezca. (escondidas)		
7 meses				Los bebés hacen "juegos sociales" y tratan de conseguir respuestas de las personas. Ellos "hablan", tocan y halagan a otros bebés para conseguir que les respondan. Expresan emociones más diferenciadas, demostrando alegría, miedo, ira y sorpresa.
8 meses	Psicomotor grueso: Gatear, constituye un impacto enorme en el ser humano porque comienza la autonomía, ayuda al desarrollo neurológico y de coordinación, socialmente elige con libertad para desplazarse a donde quiera. La estimulación al gateo es importante (coordinan esquemas cruzados dos hemisferios cerebrales. Se sientan solos y se paran solos. Dan pasitos con ayuda. Psicomotor fina: Agarre se pasa objetos de una mano a otra, agarran y sueltan voluntariamente. Coordinan ojo-mano(mov. Voluntarios)	Sub-etapa de coordinación de los esquemas secundarios: Permanencia del objeto tienen conciencia de que una persona u objeto exista aunque no esté a la vista. En el juego del espejo ya saben que son ellos mismos. El comportamiento es más deliberado y coordinan esquemas adquiridos previamente, los cuales los utilizan para lograr metas. El bebé inicia el juego de las escondidas, habiendo una participación más activa (se cubre, se descubre y sonríe).		
9 meses			Imitación de los sonidos del lenguaje. Comienza a entender palabras (como no y su propio nombre)	Se relacionan muy estrechamente con la persona que mas los cuida, pueden manifestar temor a los extraños y actúan con cautela a nuevas situaciones. Hacia el año de edad comunican sus emociones con mayor claridad, demuestran variedad en sus estados de ánimo, ambivalencia y diferentes niveles en sus sentimientos.

¹ Trabajo realizado por: Gabriela Pérez Jiménez, Universidad Católica de Culiacán, Sinaloa, México. e-mail: gabyp@cln.megared.net.mx

RESUMEN DE LAS ETAPAS DEL DESARROLLO INFANTIL (Continuación)

EDAD	DESARROLLO PSICOMOTOR	DESARROLLO COGNITIVO	DESARROLLO DEL LENGUAJE	DESARROLLO SOCIAL
10 meses	Empieza a caminar. Psicomotricidad fina: agarre de pinza(anular y dedo gordo) que permite manipular más los objetos su coordinación es madura. Comen solos. Aumenta la curiosidad por descubrir el mundo que les rodea.		Lenguaje expresivo: se subdivide en: Gestos sociales como decir adiós, apuntar o dar los brazos Discurso lingüístico: Utilizan la Holofrase (una palabra para designar varias cosas) comprende de los 10 a los 14 meses.	
12 meses	Perfecciona su marcha, suben y bajan escalones/ jalan cosas/ se quitan las prendas	Reacciones circulares terciarias: Principio de la casualidad(hechos que causan otros) Interés y nuevos descubrimientos. Buscan alternativas en resolución de problemas (ensayo-error)		Exploran su ambiente, si están seguros se sienten confiados para demostrar su propia valía. Desarrollo emocional 18 a 24 meses: Empatía , desconfianza, y desconcierto
13 meses		No buscarán un objeto donde no hayan observado que alguien lo ocultó.	Gestos Representativos: señalan lo que quieren, siendo una comunicación más compleja: piden comida o agua, apuntan con el dedo.	Autonomía frente a vergüenza u duda: (18 a 3 años) El niño comienza a ser autónomo y la persona que lo cuida le marca límites, cuyo papel es la seguridad y enfocados al desarrollo del autocontrol, dando a su vez alternativas: 1. Reglas simples: de seguridad y comportamiento social 2. Actitud de los padres: son los modelos a imitar (cuidar hábitos y conductas que no quieran en sus hijos), permitir que se equivoquen y tener expectativas sin esperar que sean perfectos. Promover la autoestima.
14 meses			Gestos simbólicos: ya reconocen las imágenes guardadas en la memoria. Forman imágenes mentales (ya no juegan con el ensayo y el error sino que lo prevén en su mente)	
16 meses			Utilizan nuevas palabras (oyen e imitan palabras). Pasan de las 50 palabras a las 400 palabras. Comprende de los 16 a los 24 meses.	
18 meses	Corren, suben y bajan escaleras alternando, brincan en dos pies, se sostienen brevemente en un pie. Coordinación fina: pintan, hacen garabatos, juegan con plastilina	Combinaciones mentales: Se da el pensamiento simbólico(donde adaptan los símbolos a los objetos) la permanencia del objeto ya está desarrollada. Periodo sensitivo para imitar modelos Su sistema de símbolos les permite comenzar a pensar acerca de los hechos y a anticiparse a sus consecuencias sin recurrir a la acción. Demuestran sus propios puntos de vista.	Primeras frases u oraciones: Lenguaje telegráfico (en su estructura van a utilizar solo lo necesario) Comprende de los 18 a los 24 meses. Utilizan la gramática como verbos, hacen menos gestos y nombran mas cosas. Aumenta el nivel de comprensión y aprenden nuevas palabras casi a diario. Para los 36 meses dicen más de 1000 palabras y su dominio de la gramática es casi parecida a la de un adulto.	Se muestran ansiosos porque comprenden cuánto pueden separarse de quien los cuida; conscientes de sus limitaciones, la manejan con la fantasía, el juego y se identifican con los adultos. Autonomía (2-4 años) El negativismo se presenta como un poder personal y un ejercicio del control: descubren su auto-imagen y tienen autoconciencia. La voluntad o autodeterminación está a nivel cognitivo; esta situación es buena para desarrollar la autonomía. Lo importante es no entrar a una lucha de poder ni represión, sino dar alternativas e invitarlos a participar. Supervisar sus actividades y dar el andamiaje (apoyo temporal).

Ficha 2.

RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO

El concepto de recién nacido de riesgo neurológico se origina en Inglaterra en los años 60: *aquel niño que por sus antecedentes pre, peri o postnatales, tiene más probabilidades de presentar, en los primeros años de la vida, problemas de desarrollo, ya sean cognitivos, motores, sensoriales o de comportamiento y pudiendo ser éstos, transitorios o definitivos* (Ruiz Extremera y Robles, 1997; Poo, Campistol e Iriondo 2000; Ramos Sánchez y Márquez Luque, 2000). Según la OMS, entre un 3 y un 5 % de todos los embarazos se consideran de alto riesgo y aproximadamente el 12 % son de riesgo moderado. Estas cifras se correlacionan con los recién nacidos fruto de dichos embarazos: entre un 10-12 % de los recién nacidos precisan ingreso en la Unidad Neonatal y entre un 3 a un 5 % son de riesgo neurológico (Zamarriego y Arizcun, 1981; Ramos Sánchez y Márquez Luque, 2000).

Los criterios de mortalidad y morbilidad no son necesariamente cifras paralelas cuando se considera las repercusiones a mediano y largo plazo. Así, la incidencia de parálisis cerebral no ha variado o ha ido en aumento: 2/1000 nacidos vivos a los cinco años de vida (Ramos Sánchez y Márquez Luque, 2000).

Con la persistente caída de la mortalidad, especialmente notoria en los nacidos muy pretérmino, sobreviven muchos más neonatos inmaduros (el 80 % de los recién nacidos con peso inferior a 1000 gramos y el 96 % de los recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos)(3), con mayor riesgo de presentar secuelas psico-neuro-sensoriales, que oscilan entre un 25-40 % (Ruiz Extremera y Robles, 1997; Poo, Campistol e Iriondo 2000; Ramos Sánchez y Márquez Luque, 2000).

El recién nacido de riesgo neurológico va a precisar un seguimiento neuroevolutivo desde el nacimiento hasta la edad escolar, con el fin de detectar precozmente alteraciones en su desarrollo e iniciar una atención precoz. El seguimiento y la atención integral al recién nacido de riesgo neurológico, forma parte esencial de los programas de **Atención Temprana**, situándose dentro de la prevención secundaria de deficiencias (Ramos Sánchez y Márquez Luque 2000).

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS DE RIESGO PSICONEURO-SENSORIAL

Para la selección de los recién nacidos de riesgo neurológico, se siguen las pautas dadas en 1982 por el Comité de Perinatología del Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad, modificadas posteriormente por la Sección de Perinatología de la Asociación Española de Pediatría (Ramos Sánchez y Márquez Luque 2000). (Ver Tablas I-IV). Estos mismos criterios son los adoptados por el Grupo de Atención Temprana de España, publicados en el Libro Blanco de la Atención Temprana(GAT, 2000).

Existe, frecuentemente, una superposición, entre los factores de riesgo psico-neuro-sensorial, presentando mayor probabilidad de alguna minusvalía durante el desarrollo, aquellos lactantes con **múltiples factores de riesgo**. El acúmulo de riesgos no equivale a una suma, sino que se potencian (Poo, Campistol e Iriondo 2000; Ramos Sánchez y Márquez Luque 2000). Aunque no todos los factores tendrán el mismo peso específico, Así, algunos factores conllevan **un riesgo más elevado** de ocasionar una afectación del desarrollo o del comportamiento, que otros, así (Ramos Sánchez y Márquez Luque 2000): el peso al nacimiento, a medida que disminuye aumenta el riesgo de secuelas: <1500 grs. (5-10 %), < 1000 grs. (20 %), < 800 grs. (10-40%). Los niños nacidos en el límite de la viabilidad, tienen una morbilidad más alta y una mayor mortalidad. Además, tienen más probabilidades de presentar enfermedad

El **riesgo socio-familiar** hay que valorarlo siempre, ya que es quizás la variable de riesgo que más afecta a la mortalidad perinatal aguda y también a la morbilidad perinatal a largo plazo. El riesgo ambiental puede estar presente en los periodos pre-gestacional, gestacional y perinatal o ir presentándose a lo largo del seguimiento. Los problemas biológicos precoces hacen al niño más vulnerable al ambiente adverso (Poo, Campistol e Iriondo 2000; Ramos Sánchez y Márquez Luque, 2000).

En diversos trabajos realizados sobre cortes transversales, aproximadamente en un 15 % de las diferentes series, se asocia el riesgo socio-familiar al riesgo neurológico, bien en el momento del nacimiento o a lo largo de la evolución (Ramos Sánchez y Márquez Luque, 2000) Aquellos niños con factores de riesgo socio-familiar presentan con signifi-

cación estadística a la edad escolar, más alteraciones del desarrollo somático, del desarrollo cognitivo, más trastornos de la coordinación motora, de la organización psicomotriz y de la escolarización (Ramos Sánchez y Márquez Luque, 1997, 2000).

Al revisar la literatura se observan ligeras variaciones en los criterios seleccionados para la inclusión de un recién nacido en un Programa de seguimiento, pero existe unanimidad en que deben ser seguidos y al menos hasta la edad escolar (Ruiz Extremera y Robles, 1997; Ramos Sánchez y Márquez Luque, 2000, GAT, 2000).

BIBLIOGRAFÍA

- Bauer CR (1987). *Nuevas perspectivas en la evolución de los recién nacidos de muy bajo peso* En IV Curso Internacional de Medicina Perinatal. Pamplona; 1987. pp: 117-126.
- GAT, Grupo de Atención Temprana (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana* Ed. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. Documentos 55/2000. Madrid; 2000
- Poo P, Campistol J, Iriondo M (2000) Recién nacido de riesgo neurológico en el año 2000. Recomendaciones para el seguimiento, incorporación de nuevos instrumentos. *Rev Neurol* 2000; 31: 645-652.
- Ramos Sanchez, I, Marquez Luque A (1997). Unidad de seguimiento madurativo de recién nacidos de riesgo psico-neuro-sensorial. *An Esp Pediatr* 108: 106-108
- Ramos Sánchez I, Márquez Luque, A (2000) Recién nacido de riesgo neurológico. *VOX PAEDIATRICA*, 8(2):5-10
- Ruiz Extremera A, Robles C (1997) *Prevención, atención y seguimiento de niños en riesgo o con lesiones establecidas*. Granada: Comares.

Criterios de riesgo psico-neuro-sensorial
Tabla I. Recién nacido de riesgo Neurológico
<ul style="list-style-type: none"> ✓ R.N. con Peso < P10 para su edad gestacional o con Peso < a 1500 grs o Edad Gestacional < a 32 semanas. ✓ APGAR < 3 al minuto o < 7 a los 5 minutos. ✓ RN con ventilación mecánica durante más de 24 horas. ✓ Hiperbilirrubinemia que precise exanguinotransfusión. ✓ Convulsiones neonatales. ✓ Sepsis, Meningitis o Encefalitis neonatal. ✓ Disfunción Neurológica persistente (más de siete días) ✓ Daño cerebral evidenciado por ECO o TAC. ✓ Malformaciones del Sistema Nervioso Central. ✓ Neuro-Metabopatías. ✓ Cromosomopatías y otros Síndromes Dismórficos. ✓ Hijo de madre con Patología Mental y/o Infecciones y/o Drogas que puedan afectar al feto. ✓ RN con hermano con patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia. ✓ Gemelo, si el hermano presenta riesgo neurológico. ✓ Siempre que el Pediatra lo considere oportuno.
Tabla II. Recién nacido de riesgo sensorial: Visual
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ventilación mecánica prolongada ✓ Gran Prematuridad ✓ RN con Peso < a 1500 grs. ✓ Hidrocefalia ✓ Infecciones congénitas del Sistema Nervioso Central ✓ Patología craneal detectada por ECO/TAC ✓ Síndrome Malformativo con compromiso visual. ✓ Infecciones postnatales del Sistema Nervioso Central ✓ Asfixia severa
Tabla III. Recién nacido de riesgo sensorial: Auditivo
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hiperbilirrubinemia que precisa exanguinotransfusión ✓ Gran Prematuridad ✓ RN con peso < a 1500 grs ✓ Infecciones congénitas del Sistema Nervioso Central ✓ Ingesta de aminoglucósidos durante un periodo prolongado o con niveles plasmáticos elevados durante el embarazo ✓ Síndromes Malformativos con compromiso de la audición ✓ Antecedentes familiares de hipoacusia ✓ Infecciones postnatales del Sistema Nervioso Central ✓ Asfixia severa
Tabla IV. Criterios de riesgo socio-familiar
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acusada deprivación económica ✓ Embarazo accidental traumatizante ✓ Convivencia conflictiva en el núcleo familiar ✓ Padres con bajo CI/ Entorno no estimulante ✓ Enfermedades graves/ Exitus ✓ Alcoholismo/ Drogadicción ✓ Prostitución ✓ Delincuencia/ Encarcelamiento ✓ Madres adolescentes ✓ Sospecha de malos tratos ✓ Niños acogidos en hogares infantiles ✓ Familias que no cumplimentan los controles de salud repetidamente