

DEPARTAMENTO DE PSICOBIOLOGÍA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

**MODELO PSICOLÓGICO EN ATENCIÓN PRIMARIA:
PROTOCOLOS DE VALORACIÓN E INTERVENCIÓN
EN NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS**

Autor:

MARGARITA VIDAL LUCENA
Licenciada en Psicología

Directores:

Dr. FRANCISCO MIGUEL TOBAL
Universidad Complutense

Dr. ANTONIO MALDONADO RICO
Universidad Autónoma

1997

Al único poema

verso

posible

(a Juan)

Atardecer 1994.

A la memoria de Federica Montseny

AGRADECIMIENTOS

Al Servicio de Neonatología del Hospital Universitario San Carlos de Madrid, especialmente al Dr. Arizcun y al Dr. Alonso por hacer posible la realización de este trabajo, por la ayuda y colaboración prestada durante los dos años que duró la recogida de la muestra.

Al Dr. Miguel Tobal y al Dr. Maldonado directores de esta Tesis Doctoral por su ayuda y colaboración en el desarrollo de la misma.

A M^a Clement, Teresa y Thelma auxiliares de clínica del hospital con las que trabajé durante dos años. Ellas colaboraron en la recogida de la muestra, sus opiniones, intuiciones y discusiones facilitaron mi labor y me ayudaron en aspectos asistenciales. Me enseñaron a mantener la distancia necesaria que permite objetivar los resultados sin tecnificar a los sujetos.

Al Dr. Avellanosa, Ignacio, que me acompañó y colaboró durante la realización de este estudio. Su colaboración hizo posible la derivación de los casos que precisaron atención psiquiátrica. Es de agradecer la atención que prestó a los sujetos aún no perteneciendo a su zona, el interés y trato que dispensó a los mismos alentó e hizo realidad parte de este proyecto.

A la Dra. López Ornat, Susana, por su interés, apoyo y críticas constantes al trabajo. A los componentes de su equipo de investigación: Pilar, Rocío, Almudena, Celia y Javier por darme la oportunidad de plantear y discutir mis dudas en las reuniones semanales del equipo. Con ellos aprendí a dar importancia a la adquisición gramatical en las primeras edades.

A la Dra. Muñoz Tedó, por ayudarme en los inicios de este estudio.

A todos los componentes del Servicio de Información y Documentación SIIS, Elvira, Cristina, Karina, Carmen, Mónica y Manolo, por proporcionarme y facilitarme toda la documentación que precisé.

A José Luis Rivas, director de la revista *Minusval* del Ministerio de Asuntos Sociales por ayudarme en la búsqueda de datos para contrastar los resultados obtenidos.

A Chechu, que me comentó, buscó y me mantuvo al corriente de las novedades bibliográficas sobre el tema. Sus consejos como librero facilitaron la búsqueda bibliográfica.

A la Fundación Santa María por posibilitar la presentación de parte de la tesis en varios congresos.

Al Colegio de Psicólogos por darme la oportunidad de presentar este proyecto en varias sesiones educativas y clínicas.

A todos los componentes de Preescolar Na Casa que siguieron y me animaron desde Galicia a terminar la tesis.

A todos mis amigos, especialmente a Isabel que se desesperó por mi, a su compañía permanente.

A todas las familias que participaron en este estudio.

A los compañeros del ICCE: Antonio, Luis, Arturo, Javier que siempre estuvieron dispuesto a solucionar mis problemas con el ordenador. Especialmente a Javier Ayastuy que se convirtió por unos días en mi ordenador personal. A todos ellos que aliviaron la tarea de transcribir esta Tesis Doctoral.

A mis cuñados M^a Jesús y Jesús, que mejoraron y facilitaron la presentación de este trabajo.

Y finalmente, mi agradecimiento personal a Thelma, Teresa y M^a Clement.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: ATENCIÓN A LA INFANCIA	
1.1.- La infancia a través del tiempo histórico	4
1.2.- Atención al niño sano	5
1.3.- Atención al niño deficiente	8
1.3.1.- Estimulación temprana	15
CAPÍTULO II: LOS SERVICIOS DE SALUD	
2.1.- Los orígenes de los servicios de salud: Atención primaria	18
2.2.- El modelo médico en atención primaria	24
2.2.1.- El surgimiento de la pediatría	24
2.2.1.1.- La valoración pediátrica	28
2.2.2.- El surgimiento de la psiquiatría infantil	29
2.3.- El origen de la psicología	31
2.4.- El surgimiento de la psicología del desarrollo	33
2.4.1.- La valoración psicológica	38
2.4.2.- El origen de la valoración psicológica	40
2.4.3.- El problema de la normalidad	44
CAPÍTULO III: LA SALUD EN LA INFANCIA	
3.1.- Concepto de salud	50
3.1.1.- Concepto de salud infantil	50
3.2.- La prevención en la infancia	52
3.2.1.- Estrategias de prevención	55
3.2.2.- Críticas a la prevención primaria	59
3.3.- Factores de riesgo y factores de protección	60
3.3.1.- Clasificación de niños en riesgo	62
CAPÍTULO IV: PROPUESTA DE UN MODELO PSICOLÓGICO EN ATENCIÓN PRIMARIA	
4.1.- Propuesta de un modelo psicológico de atención, valoración e intervención al niño sano	65
4.2.- Revisión de las escalas y cuestionarios evolutivos	68
4.2.1.- Resultados de los análisis realizados	72
4.3.- Protocolos de valoración psicológica	88
4.3.1.- Protocolo de comunicación y lenguaje	91

4.3.2.- Protocolo de motricidad	103
4.3.3.- Protocolo de percepción-cognición	107
4.3.4.- Protocolo social-emocional	121
4.3.5.- Protocolo de maltrato infantil	130
4.3.6.- Protocolo de sexualidad infantil	136
4.4.- Intervención psicológica: Concepto de intervención	138
4.5.- Propuesta de intervención psicológica en atención primaria:	140

CAPÍTULO V: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

5.1.- Introducción: Hipótesis	143
5.2.- Método	144
5.2.1.- Sujetos	144
5.2.2.- Instrumentos de valoración	145
5.2.3.- Procedimiento	150
5.3.- Resultados	152
5.3.1.- Distribución de los sujetos según categorías	152
5.3.2.- Descripción de cinco casos intervenidos	164
5.4.- Niños añadidos al programa	174
5.5.- Discusión	176
5.6.- Conclusiones y revisión del estudio realizado	192
BIBLIOGRAFÍA	195

TABLAS

Tabla 1:	Total de sujetos en riesgo y sin riesgo
Tabla 2:	Sujetos en riesgo detectados en el programa
Tabla 3:	Sujetos del programa detectados por otros servicios
Tabla 4:	Número de sujetos situados en riesgo y tipo de riesgo
Tabla 5:	Distribución de los sujetos en riesgo ambiental
Tabla 6:	Distribución de los sujetos en riesgo familiar
Tabla 7:	Distribución de los sujetos en riesgo evolutivo
Tabla 8:	Distribución de los sujetos en riesgo de maltrato infantil
Tabla 9:	Total de sujetos intervenidos
Tabla 10:	Total de sujetos en sospecha de desviación
Tabla 11:	Sujetos en sospecha de desviación según áreas evolutivas
Tabla 12:	Números de sujetos intervenidos en el programa y número de sujetos derivados
Tabla 13:	Tipo de intervenciones realizadas en el programa
Tabla 14:	Número de sujetos en Estimulación en casa
Tabla 15:	Número de sujetos en Tratamiento mixto
Tabla 16:	Número de sujetos derivados a otros servicios
Tabla 17:	Edad de detección
Tabla 18:	Edad de detección e intervención de sujetos que precisan orientaciones específicas
Tabla 19:	Edad de detección e intervención de sujetos que precisan sesión educativa.
Tabla 20:	Edad de detección e intervención de sujetos que precisan estimulación en casa
Tabla 21:	Edad de detección e intervención de los sujetos que precisan tratamiento mixto
Tabla 22:	Detección de sujetos en función de las técnicas utilizadas: EOD y Protocolos de seguimiento
Tabla 23:	Tipo de prevención primaria: directa o indirecta
Tabla 24:	Resultados de la coordinación óculo-bucal
Tabla 25:	Distribución de los sujetos en función del comportamiento sueño-vigilia
Tabla 26:	Distribución de los sujetos en función de la alimentación

INTRODUCCIÓN

La idea de realizar un control sistemático a la población infantil sana surge al comprobar que en estimulación temprana se interviene a niños con deficiencias congénitas o hereditarias y a niños sanos que presentan trastornos de aprendizaje o de personalidad suficientemente graves para que se pongan en tratamiento en las primeras edades. Según los datos del Ministerio de Sanidad publicados en la *Guía para la detección precoz de las deficiencias del recién nacido y del niño* (1991), los niños con trastornos o deficiencias llegan tarde a tratamiento.

Algunas de las desviaciones y fracasos que llegan a estimulación temprana, a servicios especializados en las primeras edades se relacionan con el campo de estudio de la psicología (retraso o alteraciones del lenguaje, dificultades de aprendizaje, retraso psicomotor, conductas inadecuadas...).

Nos preguntamos si un control y seguimiento psicológico en los Centros de Atención Primaria permitiría detectar alteraciones o situaciones que puedan producirlas. Creemos que la presencia del psicólogo en el primer nivel de atención sanitaria permitirá detectar e intervenir desviaciones del desarrollo antes de lo que se está realizando.

Las investigaciones en psicología evolutiva, en psicobiología, neuropsiquiatría y específicamente las relacionadas con intervención temprana sostienen la idea de que el desarrollo no depende de factores biológicos, o de factores psicosociales sino de la interrelación de ambos factores, es obvio que el profesional de psicología debe formar parte en la evaluación y promoción de la salud psico-social.

Actualmente, la valoración psicológica se incluye dentro del programa de Atención al Niño y se realiza por profesionales sanitarios (pediatras, enfermeras, auxiliares).

Al estudiar la historia de la infancia y la historia de las ciencias de la salud podemos entender el porqué no se realiza la valoración psicológica conjuntamente con la pediátrica y la social. Según los datos actuales los trastornos no orgánicos en la infancia son muy frecuentes y se detectan tarde. Pensamos que una de las razones es la falta de prevención primaria psicológica en la infancia, ya que no puede ser considerada prevención primaria psicológica la realizada por otros profesionales que no sean psicólogos. Por eso creemos que el psicólogo debería formar parte del equipo de atención primaria pues no es suficiente con incluir pruebas o conceptos psicológicos para intentar prevenir deficiencias en la conducta.

El objetivo principal de la investigación es demostrar que la valoración psicológica de la población infantil sana previene, detecta e interviene precozmente desviaciones en el desarrollo distintas a las que se detectan en pediatría. Y que esta valoración para que sea eficaz debe ser realizada por un profesional de psicología y no incluyendo escalas o métodos de cribaje en la práctica pediátrica o la formación de los profesionales del primer nivel de asistencia sanitaria.

Estas son las razones principales por las que se ha iniciado este trabajo. Pero existen otras razones que se han ido añadiendo y apoyando la necesidad de una valoración psicológica. Entre ellas:

- La falta de información de los padres o cuidadores del niño sobre cuál es el desarrollo evolutivo esperado y qué puede considerarse desviación, simple trastorno evolutivo o respuestas sanas aunque aparezcan en forma de crisis o alteraciones en el desarrollo.
- La importancia de las primeras edades para habilitar el desarrollo.
- La importancia de los primeros años de vida en el ulterior desarrollo. Tanto si se toma una perspectiva evolutiva del desarrollo bajo el prisma de las teorías de la continuidad, de la discontinuidad o de las teorías de la continuidad-discontinua. Pues ninguna de ellas niega la importancia del desarrollo en las primeras edades, discrepan en cuanto a sí las experiencias tempranas son o no determinantes totales del desarrollo posterior, a los efectos que las experiencias tempranas tienen en el desarrollo posterior y a la posibilidad de cambiar dicha influencia en los siguientes períodos evolutivos, tanto por parte del sujeto como del ambiente.
- Cómo detectar desviaciones cuando las pruebas psicológicas han demostrado no ser tests adecuados para la primera infancia.
- La falta de datos sobre la demanda en la primera infancia, tanto oficiales como no oficiales.
- Los datos sobre demanda en edades avanzadas.
- La falta de estudios epidemiológicos que permitan establecer las necesidades prioritarias en la infancia.
- Cómo tratar o cuidar al niño sin interferir en su desarrollo.
- Cómo ofrecer la información para que sea eficaz.
- Las recomendaciones constantes desde todos los ámbitos para que se lleve a cabo la prevención, en la medida de lo posible primaria.
- El esfuerzo oficial y de organizaciones relacionadas con la detección temprana de deficiencias para informar a los padres y a los profesionales que trabajan con niños pequeños con el fin de intentar disminuir la incidencia de deficiencias o detectarlas cuanto antes.

Y otras razones y proyectos como el de Preescolar Na Casa, en Galicia, cuyo objetivo es la formación de padres en educación preescolar con el fin de ayudar a los niños y a los que les cuidan a evitar desviaciones o retraso escolar.

Y, sobre todo, la idea de que no es justo esperar a que el desarrollo de un niño se desvíe para poder intervenir, hay que intentar anticiparse o intervenir lo antes posible.

1.1.- LA INFANCIA A TRAVÉS DEL TIEMPO HISTÓRICO

En todas las épocas, incluida la nuestra, han existido actitudes positivas y negativas hacia la infancia. En función del predominio social de una de ellas se ha dividido la historia de la infancia en períodos o etapas que van desde la visión del niño como objeto de intercambio hasta la del niño protegido socialmente.

La mayoría de autores clasifican las relaciones adulto-niño por períodos de tiempo que marcan o enfatizan un modo de pensar, de criar y de tratar la infancia. Mause (1982), Platt (1981), Cobo (1983), Menéndez Osorio (1990), Rojas Marcos (1995) coinciden en que no existe una historia "longitudinal, homogéneamente progresiva y que concierna por igual a todos los niños del mismo país o de una misma cultura" Cobo (1983).

Teniendo en cuenta que no existe una linealidad progresiva y en sentido positivo de la actitud de la sociedad hacia la infancia, sino que en todas las etapas se mezclan y se arrastran concepciones de las etapas anteriores, es lógico pensar que si realizamos un gráfico aproximativo de lo que es y ha sido la historia social de la infancia se asemejaría a una curva senoide, donde el punto máximo en cada período sería la tendencia a una valoración cada vez más positiva del niño pero con grandes oscilaciones dentro del mismo período histórico. Desde la visión del niño sin capacidades y al que hay que proteger, hasta el extremo opuesto la del niño con capacidades próximas al adulto al que hay que exigir que sea adulto cuanto antes. Pero sí extraemos los aspectos positivos de la historia social y cuidados a la infancia, relativizando los períodos históricos y trazando las coordenadas principales que marcan los progresos en una sociedad, por ejemplo: posibilidad de vida del niño, trato que recibe, derechos... resulta linealmente progresivo y positivo.

En definitiva y "desde un planteamiento epistémico este proceso histórico de lo que significa la infancia para las ciencias sociales y para la psiquiatría en general, y las demás ciencias de la salud habría que plantearse desde lo que han venido representando los movimientos pro-salvación del niño surgidos en el último tercio del siglo XIX en plena hegemonía del estado protector" Menéndez Osorio (1990) y siguiendo a este autor el reto actual es pasar de "considerar la infancia como objeto de estudio, a que sea considerada como sujeto con todo

lo que ello comporta".

Este es, en definitiva, el paso histórico siguiente, el que de alguna manera corresponde a nuestra sociedad actual y a nuestra cultura occidental. El reconocimiento de la existencia del niño, como sujeto, con unas características propias y con unas capacidades específicas en desarrollo que le llevan a una forma peculiar de expresarse, sentir, relacionarse, percibir y en definitiva comunicarse con el entorno socio-cultural al que pertenece y en el que le ha tocado vivir. Este contexto socio-cultural debe permitirle desarrollarse como sujeto que es, niño, y ayudarle a construir su propia personalidad a la vez que la estructura.

Permitir que el niño se desarrolle como niño, y ofrecerle las oportunidades que sin impedir su desarrollo evolutivo, le acerquen a las exigencias de su cultura y de su sociedad no puede hacerse sin tener en cuenta la psicología neuroevolutiva y los conocimientos que ella nos aporta. Y no desde un ámbito de rehabilitación o reeducación, sino desde la vigilancia y control de lo que está sucediendo en un sujeto que crece con unas potencialidades biológicas que deben adaptarse a un ambiente determinado.

1.2.- ATENCIÓN AL NIÑO SANO

Es difícil especificar en qué momento se dirige la atención al niño sano, ya que entendiéndolo desde el contexto histórico es obvio que primero se considera al niño sano, sano para una sociedad y una cultura determinada, y después se diversifica al niño en normal o anormal, útil o inútil en función de las necesidades sociales. A medida que transcurre el tiempo histórico y las investigaciones se centran en el niño y sus desviaciones, la atención a la infancia, entendiéndola como intervención o tratamiento, se inclina y se esfuerza por valorar y tratar al niño deficiente. El mismo concepto de salud, como veremos más adelante se definía como ausencia de enfermedad o trastorno. Los que necesitaban ser cuidados y tratados eran por lo tanto los enfermos o los que padecían trastornos. A principios de siglo las investigaciones se centraron en las patologías infantiles más que en el desarrollo normal del niño. El interés científico por la infancia surge en el siglo XVIII, después del Renacimiento. El movimiento filantrópico surgido de los postulados de la Revolución Francesa defiende un sistema público de enseñanza que iguale las diferencias existentes entre las clases sociales. La necesidad de conocer el desarrollo y las capacidades de los niños para ayudarles educativamente impulsa la realización de estudios centrados en la primera infancia, (Delval y Gómez, 1988).

Con el surgimiento de la psicología evolutiva en el siglo XIX aumenta el interés por la

infancia, en edades cada vez más temprana y con un marcado afán por conocer el desarrollo normal del niño sano. "Las actitudes hacia los niños empezaron a humanizarse a principios de este siglo, gracias al despertar del interés en los misteriosos procesos que rigen su desarrollo psicológico", Rojas Marcos (1995).

Hasta el siglo XVIII el interés por la infancia era prácticamente nulo (Delval, 1988). Los niños eran considerados como sujetos en crecimiento con características semejantes a las del adulto y por lo tanto con las mismas necesidades, obligaciones pero no derechos. El niño como adulto en miniatura (Delval, 1988; Menéndez Osorio, 1990).

Durante muchos siglos no se consideró maltrato infantil pegar, castigar hasta la extenuación, matar, abandonar o mutilar a los niños. Salvo excepciones, estaban sometidos a las mismas normas sociales que los adultos, compartían el mismo tipo de vida social (Cobo, 1983). "Durante siglos las necesidades emocionales y afectivas de los pequeños fueron tan desconocidas como ignoradas" Rojas Marcos (1995).

No existían diferencias entre clases sociales en cuanto a actitudes hacia la infancia. Existía mayor dureza para sobrevivir en las clases sociales pobres pero la actitud predominantemente negativa hacia la infancia se extendía en todas las clases sociales (Scheerenberger, 1948) y en todas las culturas conocidas.

Repasaremos brevemente la historia de la infancia porque la evolución histórica de las actitudes hacia el niño nos ayuda a entender el trato y concepciones actuales hacia el niño (Menéndez Osorio, 1990).

La definición de niño sano y el trato que recibe está en función de las necesidades de producción, economía, supervivencia, creencias y conocimientos de una época.

Desde la perspectiva actual la historia de la infancia se presenta como una historia de crueldades pero entendiéndola bajo la relatividad de las condiciones de vida y conocimientos científicos representa la historia de la humanidad. No consideramos la historia humana como una historia de crueldades sino como una historia de avances en función de las variables que lo posibilitan: catástrofes naturales, dependencia de las condiciones naturales para vivir y avances científicos. Cuando el hombre necesita sobrevivir da importancia a lo físico, cuando el hombre desconoce como curar las enfermedades invoca las fuerzas sobrenaturales. En la medida que los avances lo permiten el hombre busca y protege a su especie. El infanticidio como forma de control de la población aumenta en épocas de crisis o depresiones morales y disminuye, aún siendo legal, en épocas de bienestar (Scheerenberger, 1984). En condiciones

de extrema dureza los más débiles son abandonados o aniquilados. En las épocas primitivas el niño sano es el niño fuerte y sin deficiencias físicas. El infanticidio ha sido una práctica común en todas las sociedades. Los primitivos abandonaban a los niños o los mataban por la carga que representaban en sus traslados, principalmente a las niñas y a los deformes físicos, los menos útiles para esos pueblos. En las civilizaciones antiguas, Egipto, Grecia, Roma, la necesidad de mano de obra para realizar los grandes monumentos culturales o para combatir en las constantes guerras a las que estaban sometidos los pueblos y los valores establecidos por su cultura marcaban el trato que recibían los niños. En Grecia la importancia dada a la inteligencia y a la belleza generalizó la práctica del infanticidio a todos los niños que no podían ser cuidados o no seguían los cánones establecidos por esa cultura. En Roma era legal matar antes de los 8 días a los niños deformes o a los que el padre repudiaba. Los niños eran propiedad del adulto y el interés del progenitor primaba sobre el de los niños. La mutilación con la finalidad de mendigar era una práctica habitual y defendida por el senado romano como forma de ayudar a los niños a mantenerse y no representar una carga social. En estas épocas aparecen leyes, iniciativas de gobernadores y períodos marcados por actitudes humanitarias hacia la infancia (Scheerenberger, 1984). El cristianismo en sus orígenes impulsó actitudes de ayuda al necesitado y a los niños. En la primera época de la Edad Media la Iglesia Católica impulsó obras de caridad y centros para asistir a los más necesitados pero las condiciones de los niños y enfermos empeoraron drásticamente durante la mitad del medievo. El deficiente y los enfermos fueron considerados como un castigo de Dios o endemoniados. La superstición y el dogmatismo religioso extremo marcaron un período de crueldad y deshumanización en la historia de la Iglesia católica. En esta época los monjes Sprenger y Kraemer (1487) publicaban *Malleus Maleficarum* donde exponían que las personas que no se beneficiaran de los medicamentos y no sanaran serían considerados endemoniados. Niños, enfermos, mujeres y sospechosos en general eran purificados en la hoguera por orden del Tribunal de la Inquisición.

Durante el Renacimiento mejoró la asistencia médica gracias a los grandes avances científicos de la época, mejoraron las libertades humanas y la educación. No obstante las condiciones de vida siguieron siendo deplorables para la mayoría de los hombres a pesar de que el Renacimiento impulsa un cambio de actitudes sociales que reflejan un progresivo aumento hacia el interés del bienestar del ser humano.

En el siglo XVIII la Revolución Industrial supondrá un nuevo impulso hacia los necesitados y legalmente marca un hito importante en la historia de la infancia, por primera vez se legislaba el trabajo infantil. Estos cambios en la actitud social dependieron tanto de actitudes positivas como de actitudes egoístas, esto es, no sólo en bien del niño, de ofrecerle un trato humano sino en beneficio de la economía y rendimiento laboral (Cobo, 1983; Vega, 1985).

Inglaterra fue el país pionero en legislación infantil pensando tanto en el rendimiento laboral como en el bienestar del niño. A partir de finales del siglo XVIII la legislación sobre la infancia aumenta considerablemente pero es a partir del siglo XIX y especialmente el siglo XX cuando surgen leyes que responden a un cambio de actitud general en cuanto al trato a la infancia.

Desde la perspectiva histórica podemos observar como las condiciones de vida, las actitudes y valores de las épocas, los avances científicos y los movimientos en favor del trato humanizado a los niños marcan el proceso histórico actual, "del infanticidio a la socialización y la ayuda, hay un largo camino y un importante cambio", Menéndez Osorio (1990).

VISIÓN DE LA INFANCIA A TRAVÉS DE LA HISTORIA			
PERÍODOS	CRITERIO	CLASIFICACIÓN	TRATO/SERVICIOS
Prehistoria	Sano	Útil	Inclusión vida social
	Defectuoso	Inútil	Infanticidio-Abandono
Edad antigua	Sano	Útil	Inclusión vida social
	Defectuoso	Inútil	Reclusión: Asilos/Hospitales
Siglo XVIII	Útil	Trabajador	Primeras leyes laborales
	Inútil	No trabajador	Asilos/Hospitales
Siglo XVIII	Normal	Educable	Escuela o formación
	Anormal	No educable	Trabajo o Asilos
Siglo XIX	Sano	Sano	Educ./Trabajo/Leyes protección
	Transtorno	Transtorno	Unidades Especiales/Hospitales
Siglo XIX	Normal	Educable	Escuela
	Anormal	No educable	Servicios Especiales/Hospitales
Siglo XX	Normal	Educable	Escuela/Prevención
	Deficiente	No educable	C. Específicos/Higiene mental
Siglo XX	Sano	Educable	Escuela/Prevención
	Defic/Trast.	Educable	Integración/Salud mental

1.3.- ATENCIÓN AL NIÑO DEFICIENTE

La actitud histórica hacia los niños deficientes se sitúa dentro de la historia de la infancia. Salvo excepciones, la línea general era la intolerancia y falta de interés por estos sujetos.

Podemos decir que la actitud dominante en todas las épocas fue negativa, con movimientos o esbozos esporádicos positivos.

"La concepción del retraso mental o niño deficiente ha variado en función de las necesidades de la sociedad, sus expectativas y su conciencia social" Scheerenberger (1984). Según este autor las sociedades primitivas, debido principalmente a sus circunstancias de pueblo nómada, al igual que las basadas en una economía agrícola y rural valoraban la fuerza física y una adecuada coordinación motriz y perceptiva por lo que consideraban sanos, útiles, a los niños que podían contribuir activamente al mantenimiento de su sociedad: luchar, cazar o trabajar en el campo. Lo más probable es que un niño con retraso mental leve no se diferenciase del resto de la población. En las sociedades que basaban su producción en la fuerza física fundamentalmente las niñas y los sujetos con deformidades físicas y sensoriales eran considerados innecesarios, inútiles. El infanticidio en estos pueblos, al igual que en las civilizaciones posteriores, era una práctica habitual por la carga que representaban esos niños.

Según Scheerenberger (1984) las condiciones de vida nómada explicaría la práctica generalizada de infanticidio. No obstante existen datos que revelan que incluso en las sociedades más primitivas como puede ser en el neolítico existieron actitudes positivas, aunque aisladas, hacia sujetos deficientes o inaceptables para su sociedad. Comenta este autor el caso de Shanidar I un hombre de Neanderthal deforme de nacimiento, ciego, manco y con otras deformidades físicas que murió a los cuarenta años, lo que hace suponer que fue cuidado y protegido por su grupo social de lo contrario no hubiese sobrevivido tanto tiempo. Estas actitudes positivas aisladas las encontramos en todos los períodos históricos.

La tónica general en todas las sociedades conocidas fue el infanticidio, el abandono, la mutilación y el abuso de los niños con deformidades. Lloid (1985) Rojas Marcos (1995), Cobo (1983), Pedreira (1990), Scheerenberger (1984), destacan a modo de ejemplo algunas prácticas que se han realizado a lo largo de la historia y por distintas culturas y civilizaciones que reflejan el trato social que han recibido los niños en distintas épocas.

En las civilizaciones conocidas del Próximo Oriente el niño deficiente vivía en condiciones de extrema dureza. En Mesopotamia la enfermedad y las deformidades o retrasos mentales eran considerados un castigo de Dios. No obstante el Código de Hammurabi representa un avance significativo en cuanto a conciencia social pues protegía a los niños, mujeres y esclavos a pesar de los duros castigos que establecía, aunque el código no hace referencia a los niños deficientes cabe esperar según Scheerenberger que tuviesen un trato variable pues en esa época teología, política y medicina tenían gran influencia en el gobierno del país. Según las tradiciones de los babilónicos el tipo de deformidad al nacer podía representar

bienestar o catástrofe para el pueblo y en función de ese pronóstico eran tratados los niños.

En Egipto, una sociedad culturalmente avanzada, los niños eran cuidados y recibían un buen trato, no existen pruebas de que practicasen el infanticidio o maltratasen a los niños, no obstante las diferencias entre las distintas clases sociales y las condiciones de vida de los esclavos y clases inferiores hace suponer que no todos los niños recibirían el mismo trato.

En Palestina las leyes recogidas en los Diez Mandamientos y en el Pentateuco difieren de las establecidas en otras civilizaciones ya que hacen referencia expresa al trato adecuado que deben recibir las personas disminuidas. En esta sociedad el aborto, el infanticidio, el celibato eran condenados pero en cambio los niños podían ser vendidos como esclavos.

En Grecia, civilización que ensalzaba la belleza y la inteligencia, los niños deformes, esclavos y débiles eran desechados. En Atenas los niños deformes eran abandonados o vendidos como esclavos.

En Roma los niños eran considerados propiedad del padre quien decidía matarlos, venderlos o mutilarlos. En el siglo 27 antes de Cristo Julio César estableció reformas sociales humanitarias, el gobierno proporcionaba alimentos a los necesitados y cuidaba de los niños abandonados pero el trato que recibían los pobres y los niños era extremadamente duro, a los niños les mutilaban para obtener más beneficios. La mutilación era considerada la mejor forma de ayudar a los niños a mantenerse, ya que un niño mutilado inspiraba mayor compasión, el senado romano consideraba que era mejor mutilar a los niños que dejarles morir de hambre y además los niños mutilados eran esclavos por lo tanto propiedad de quien los había comprado o adoptado.

En el siglo IV después de Cristo el cristianismo influyó decisivamente en un cambio de actitud hacia los más débiles y niños en general. Los niños y los necesitados estaban más cerca de Dios y por lo tanto representaban el bien.

Justiniano en el siglo VI después de Jesucristo creó un código de leyes en el que establecía que las personas retrasadas no podían ser castigadas con las mismas penas que las demás. Representa un gran avance en cuanto a conciencia social y trato hacia el retraso mental.

A principios de la Edad Media la Iglesia Católica impulsó obras de caridad y ayudó a los necesitados. A finales del Medievo el dogma religioso sustituyó las actitudes positivas por supersticiones. El deficiente era un castigo de Dios o un producto del demonio y merecían ser castigados con la muerte. Niños, mujeres, enfermos fueron principalmente los que

sufrieron crueles castigos desde torturas a la purificación que proporcionaba el fuego de la hoguera.

Durante el Renacimiento las condiciones de los pobres, enfermos, deficientes y niños siguieron siendo deplorables. Al perder poder la Iglesia los asilos que mantenía pasaron a manos del Estado y otros desaparecieron, lo que hizo aumentar el número de personas vagabundas y miserables. Las mejoras en educación, ciencia y libertades no llegó a la población deficiente. Tanto en la Edad Media como en el Renacimiento los deficientes servían de diversión y blanco de crueldades.

En el siglo XVI Inglaterra aprobó el Estatuto de los aprendices y dictó una serie de leyes de los Pobres en las que el Estado era responsable de la asistencia a los desamparados. Aunque las leyes no tenían un efecto inmediato en la población, marcan un paso histórico importante, inciden una vez más y reflejan los avances en la conciencia social.

En 1791 la Declaración de los Derechos Humanos del Hombre y del Ciudadano establece que los niños abandonados serán protegidos por el Estado. La falta de recursos económicos dejó sin efecto estas leyes y los niños eran depositados en orfanatos donde el índice de mortalidad alcanzaba el noventa por ciento.

En síntesis, desde la antigüedad hasta el Renacimiento las actitudes y comportamientos del hombre hacia el hombre reflejan un progresivo aumento de conducta prosocial.

Los avances científicos de esta época influirán decisivamente en el trato al deficiente y abrirán camino al entendimiento de las causas de la deficiencia y a una comprensión terrenal de la misma, desterrando poco a poco las ideas sobre causas sobrenaturales o supersticiones.

A finales del siglo XVII principios del siglo XVIII el médico Harris apunta la idea de la herencia en el desarrollo de enfermedades. Hofer, finales del siglo XVII aporta la primera clasificación sobre cretinismo. Duttel principios del siglo XVIII, publicó una monografía científica sobre los defectos congénitos. El filósofo Rousseau siglo XVIII, señaló la importancia de los sentidos en el desarrollo de la inteligencia. Pestalozzi y Fröbel y Pereira pedagogos del siglo XVIII siguiendo las ideas de Rousseau aplicaron métodos educativos a niños deficientes y pobres. A principios del siglo XIX Pinel publica un tratado sobre las enfermedades mentales.

Durante el siglo XIX los avances científicos en medicina marcaron nuevos avances en el campo educativo. Esquirol diferenció el retraso mental de la enfermedad mental. Seguin apuntó la necesidad de tener en cuenta los factores ambientales, el abandono, y las

deficiencias sensoriales como causas del retraso mental e insistió en la necesidad de buscar métodos adecuados para educar a los niños deficientes. Down estableció una clasificación étnica del retraso mental e insistió en la necesidad de educar a los deficientes. Itard elaboró una clasificación sobre deficiencias auditivas y su relación con las dificultades de lenguaje.

Como vemos, en el siglo XIX surgen experiencias e investigadores preocupados por la educación de los niños retrasados y las primeras clasificaciones sobre el funcionamiento intelectual y mental.

Durante el siglo XIX aparecen las primeras técnicas y métodos de medición. Weber defendía que la conducta humana podía medirse. Galton estudió las diferencias individuales y desarrolló técnicas de medición de la conducta humana, Munsterberg aplicó tests a escolares, Ebbinghaus elaboró pruebas para niños. A principios del siglo XX Binet-Simón (1905) publican la primera escala métrica que diferencia entre niños normales y subnormales.

Surgieron revisiones y críticas a esta escala y nuevas escalas de medición. Las críticas realizadas estaban centradas en los componentes verbales, culturales y en la influencia de los factores ambientales pero no prosperaron.

El descubrimiento de causas genéticas en el retraso mental a principios de este siglo propició que el papel de la herencia desplazara a los factores ambientales como causa del retraso mental. Los valores sociales, la crisis económica y los recientes descubrimientos sobre la herencia influyeron decisivamente en la Teoría de la raza, el ambiente no podía contrarrestar los efectos de la herencia por lo tanto la prevención precoz debía basarse en tomar medidas sociales. La esterilización y la segregación de los deficientes era la medida adecuada para erradicar el problema. A principios del siglo XX las medidas sociales de segregar y prohibir matrimonios entre débiles mentales fueron las medidas que creyeron adecuadas para erradicar la deficiencia. La ineficacia de estas medidas, la impopularidad de las mismas, la ineficacia de los tests para distinguir entre deficiente y no deficientes y el movimiento de Higiene Mental surgido en los Estados Unidos hicieron que a partir de los años cuarenta resurgiera el interés por los programas educativos y la importancia del desarrollo emocional y ambiental.

El impulso definitivo hacia el cambio de actitudes hacia el niño deficiente podemos situarlo en los años cincuenta. Las asociaciones de padres y los profesionales preocupados por la educación de los niños deficientes crearon servicios educativos individualizados e impulsaron leyes en defensa de la educación pública y la plena integración del niño retrasado en la sociedad. Fernald y Goddard que habían defendido la segregación de los niños disminuidos cambiaron de actitud a partir de los años cuarenta e insistieron en la necesidad de educar e

impulsar programas educativos para solucionar el problema de los deficientes mentales.

Entre los años sesenta y setenta los esfuerzos se centraron en acercar las instituciones que atendían a sujetos especiales y las que atendían a sujetos sin problemas. El movimiento integracionista representa esta tendencia, el Principio de Normalización expuesto por Mikkelsen en 1959 y desarrollado por Nirje (1968) y Wolfensberger (1972) subraya la necesidad de ofrecer unas condiciones de vida lo más próximo al estilo de vida del resto de los ciudadanos. En 1963 La Asociación Canadiense para la Deficiencia Mental propone el principio de sectorización, acercar los servicios a la comunidad donde habita el deficiente.

El movimiento integracionista es una filosofía o unos principios que pretenden humanizar al sujeto deficiente, deshumanizado en las épocas anteriores, considerarle una persona y ofrecerle las oportunidades adecuadas que le permitan desarrollarse e integrarse en la sociedad. Este movimiento surge a raíz de la segunda Guerra Mundial, de la posición crítica frente al diagnóstico tradicional de etiquetar y a la crisis de las corrientes educativas de los años sesenta. Los organismos en pro de los derechos humanos, las asociaciones de padres de niños afectados exigen leyes que terminen con la segregación de los considerados deficientes, estas demandas cristalizan en 1967 en el Simposio sobre los derechos legales de los retrasados mentales en Estocolmo y culminan con la Declaración de los Derechos generales y especiales de los retrasados mentales aprobados por la O.N.U. en 1977.

Alrededor de los años sesenta y paralelamente al movimiento integracionista existen otras corrientes que demandan la desinstitucionalización de los sujetos enfermos mentales. La antipsiquiatría en el ámbito de la salud mental demandará los mismos derechos para las personas consideradas perturbadas, los máximos representantes fueron Laing, Cooper y Bassaglia. En el ámbito escolar las corrientes antipedagógicas demandan un cambio radical en la institución escolar, Illich, Freire y Freinet.

A partir de los años setenta surgen experiencias de integración en numerosos países industrializados. Los países nórdicos fueron los pioneros en este tipo de experiencias. En Europa, Italia, estuvo en la vanguardia de las experiencias de integración. Estados Unidos y Canadá desarrollaron a partir de 1975 esfuerzos y numerosas investigaciones en este campo, (Broccolini, 1983). La mayoría de los países industrializados fueron desarrollando experiencias y legislación sobre la educación del deficiente. En España en 1978 aparece el Plan Nacional de Educación Especial donde se recogen los principios de Normalización, Sectorización, Individualización e Integración del deficiente y en 1985 el Decreto del 6 de Marzo regula finalmente el ordenamiento de la Educación Especial (Garrido, 1986).

Independientemente de las razones sociales que llevan a preocuparse y atender las

desviaciones infantiles, lo cierto es que los logros actuales parecen situarse en beneficio de los niños. Y aunque las actitudes negativas imperaron sobre las positivas, no hay que olvidar desde la perspectiva histórica el reconocimiento a los que se esforzaron desde diversos prismas y creencias por ayudar a estos sujetos. Lo interesante es que a pesar de la dificultad de cambiar las actitudes sociales, se constata una cierta tendencia al cambio de las mismas en sentido positivo para los niños deficientes, devolviéndoles el lugar que les corresponde por ser personas, estar y ser atendidos por la sociedad como uno más.

El niño en la historia de España

"Los niños expósitos fueron muy pronto objeto de legislación en nuestra historia", (Cobo 1983). Señalaremos los hechos históricos que simbolizan los logros de una época y reflejan el lento avance hacia el reconocimiento de los derechos del niño.

En el siglo XI, el Fuero Juzgo de los godos establecía que si un niño moría a causa del trato recibido los padres serían juzgados como si lo hubiesen asesinado. En el siglo XIII, Alfonso X en las Partidas decía que los padres que maltratasen a sus hijos serían castigados pero también y en consonancia con su época, permitía que los hijos fueran sacrificados en casos de asedio, guerras o penurias. En el siglo XIV, Pedro IV, creó el Tribunal tutelar de menores. En el siglo XV se creó en Valencia el primer asilo de niños conocido en España "Albergue para niños inocentes". A partir de esta época se abren asilos, incluso, hospicios en distintos puntos de España. En el siglo XVI, el Estatuto Aragonés, castigaba especialmente a los adultos que cometieran actos perversos con los niños. En el siglo XVII, Felipe IV, insistió y creó normas para educar a los niños expósitos en oficios con el fin de que pudiesen ser útiles pero prohibía que les enseñasen materias para instruirles. En el siglo XVIII, Carlos III, también en consonancia con su tiempo (época de la Revolución Francesa) impulsó centros para niños abandonados. La alta mortalidad infantil en estos centros y el trato inhumano hizo que el sucesor, Carlos IV, exigiera que se vigilaran los asilos.

Es a partir del siglo XIX cuando aparecen las primeras leyes de protección a la infancia. En 1878 se crea la Sociedad Protectora de los niños. Cabe mencionar a Concepción Arenal, cristiana, que dedicó grandes esfuerzos para proteger e impulsó la elaboración de leyes que hicieran realidad la protección social de los niños: En 1873 se prohibía trabajar a los menores de 16 años, en 1876 se dictaba por Real Decreto la creación de los jardines de infancia, en 1878 se prohibía la explotación de menores en espectáculos públicos peligrosos, en 1900 se establecía una ley que regulaba el trabajo de las mujeres y de los niños, en 1903 se prohibía explotar a los niños a través de la mendicidad, en 1904, Tolosa Latour, médico español, impulsa leyes de protección al menor y la creación del Consejo Superior de Protección a la

Infancia que en 1922 paso a tener dos secciones, una destinada a la protección infantil y otra el Tribunal Titular de Menores. En 1941 la ley de protección a la infancia de 1904 es sustituida por la Ley de Sanidad Infantil y Maternal, en 1942 aparecen leyes sobre el abuso infantil y el infanticidio. En 1946 se crea la Unión Internacional de Protección a la infancia, se crea U.N.I.C.E.F. y diversos organismos internacionales aparecen con el objetivo de proteger a los niños, con filiales en España.

También es a partir del siglo XIX cuando tienen lugar los primeros Congresos y Jornadas destinados a la Protección infantil: En 1887 se celebra en Cádiz el I Congreso Proteccionista a la Infancia, en 1914 tienen lugar la Asamblea Nacional de Protección a la Infancia y Represión de la Mendicidad Infantil, en este mismo año se celebra el I Congreso español de Pediatría, en 1926 se celebra en Madrid el X Congreso Internacional de Protección a la Infancia y la Maternidad, en 1928 se realizan unas Jornadas de Protección al Niño. A partir de esta época los congresos y jornadas dedicadas a la protección infantil y al maltrato han ido en aumento.

Tanto a nivel nacional como internacional el siglo XIX representa un cambio en la actitud social hacia el trato y cuidado de los niños. La leyes y los congresos reflejan la sensibilidad y el cambio de actitudes sociales con independencia de que no sean inmediatamente eficaces.

Este cambio de actitud impulsa, ya en nuestro siglo, la Declaración de la Carta de los Derechos del Niño (1959), movimientos, organismos no gubernamentales y asociaciones destinadas a ayudar a la infancia.

CLASIFICACIONES EN LOS DISTINTOS ÁMBITOS		
CRITERIO	CONCEPTO DEL NIÑO	
SOCIAL	Útil	Normal
	Inútil	Anormal
EDUCACIÓN	Educable	Educación ordinaria
	No educable	Centro Especial/Integración
SANIDAD	Sano	Prevención primaria
	Enfermo	Prevención secundaria/terciaria

LEGISLACIÓN SOBRE LA INFANCIA	
PERÍODOS HISTÓRICOS	LEGISLACIÓN
Anterior al siglo XVIII	Legislación general
Siglo XVIII	Legislación trabajo infantil
Siglo XIX	Aumentan las leyes laborales
Siglo XX	Derecho de los niños

Es indudable que la historia nos muestra que en todas las épocas se dan avances positivos que impulsan los avances del siguiente período pero nunca como en nuestro siglo se ha protegido tanto a los niños independientemente de los resultados obtenidos en su momento. No se puede negar que del infanticidio legal al Año Internacional del Niño (1979), y no del adolescente como se queja Cobo (1983), no podamos concluir que los avances son realmente positivos.

1.3.1.- Estimulación Temprana

La estimulación precoz surge alrededor de los años sesenta, las investigaciones, los programas educativos, las teorías psicológicas de principios de siglo y el creciente interés por ayudar al niño disminuido a integrarse en sociedad impulsa nuevos métodos educativos.

El término de Estimulación Precoz (uno de los más utilizados hasta los años 90), el de Atención Temprana y otros similares, hacen referencia al tratamiento o intervención global que reciben los niños con deficiencias o alto riesgo de sufrirla antes de los seis años. El objetivo de esta intervención, es potenciar al máximo las capacidades disminuidas y lograr una mayor adaptación y competencia social.

En 1965 el gobierno de Estados Unidos aprobaba el primer programa de Estimulación precoz el Head Start, García Martín (1984), Evans (1987), Bricker (1990), este proyecto ponía en práctica las ideas sobre educabilidad de la inteligencia en los niños deficientes. Por estas mismas fechas surgen en Europa experiencias de estimulación temprana dentro del ámbito sanitario.

Los primeros programas de estimulación precoz surgen de las teorías mecanicistas, de las investigaciones sobre la importancia de los primeros años de vida en el ulterior desarrollo del niño especialmente de orientación psicoanalista y de los estudios sobre la plasticidad cerebral. El término Estimulación hace referencia a la importancia de ofrecer estímulos adecuados que permitan obtener la respuesta deseada, este postulado claramente mecanicista subraya el papel

del ambiente en el desarrollo infantil. El término precoz está relacionado con la edad de aplicación de estos programas ya que la educación de los niños deficientes empezaba alrededor de los seis años (Sheerenbergen, 1984). Las investigaciones sobre el desarrollo cerebral y la posibilidad de influir en la especialización del mismo así como las teorías sobre la importancia de las primeras experiencias tempranas hicieron posible la creencia de los beneficios que podían obtenerse al aplicar programas en las primeras edades.

Al principio los programas estaban dirigidos al entrenamiento de niños en riesgo social (Evans, 1987) trataban de modificar las condiciones en las que se desarrollaban los niños en ambientes pobres. Después se aplicaron a niños deficientes.

La intervención temprana marca un nuevo avance en la consideración del sujeto deficiente y en las prestaciones que le ofrece la sociedad.

Los enfoques, métodos y programas en Estimulación temprana dirigidos en un principio a combatir la pobreza se han extendido a otras poblaciones. Actualmente están básicamente dirigidos a los niños que padecen algún déficit en su desarrollo.

2.1.- LOS ORÍGENES DE LOS SERVICIOS DE SALUD: ATENCIÓN PRIMARIA

En la primera parte se realizaba un esbozo del concepto de infancia a través del tiempo histórico para ayudarnos a comprender la situación actual en la que se encuentra la infancia y los servicios de salud mental. En este apartado intentaremos resumir brevemente cuales han sido los orígenes de los servicios de asistencia sanitaria, señalando las fechas y autores significativos de la época, omitiendo pero no olvidando a los que les acompañaron en esa tarea.

Scheerenberger (1984) considera que los primeros sanatorios surgieron en Europa: Fez (siglo VII), Metz (siglo XII), Bagdad (1173), Bethlen (1247) en Londres es el más antiguo de todos los que se conservan, Valencia (1408), Toledo (1483). Estos centros asistenciales acogían a todo tipo de personas: ingentes, enfermos mentales, niños abandonados, retrasados mentales. Pero en general durante siglos los niños fueron aniquilados o reclusos en monasterios, torres, cárceles o almacenes. Las condiciones de vida eran extremadamente duras. Existieron excepciones como es el caso del Hospital de Mansur en el Cairo a principios del Medievo o el programa de Gheel en Bélgica en el siglo VII, donde las condiciones de vida eran humanitarias en comparación con su época: régimen familiar, higiene, alimentación adecuada. En estos centros ingresaban personas con retraso mental o con conducta inadecuada según la valoración de la época. El primer intento serio de agrupar a los niños en asilos se realizó en Francia en el siglo XIX, recordemos que en el siglo XIX existía una gran preocupación tanto por la educación como por el tratamiento y origen de las enfermedades mentales. Falret fundó una escuela para niños idiotas en el sanatorio de la Salpêtrière en 1821, su discípulo Voisin continuó su obra de ayuda a los niños retrasados, creó un servicio para niños idiotas y epilépticos en 1833. Este servicio fue transferido en 1836 a Bicêtre del que se encargó Ferrus quien mandó organizar un servicio especial para estos niños ya que Bicêtre estaba destinada para los hombres enfermos mentales a diferencia de la Salpêtrière que era sólo de mujeres. Tanto Falret, Voisin como Ferrus estaban convencidos de la influencia de una mala educación en el desarrollo de la conducta de los enfermos que tenían a su cargo. Seguin trabajó durante un año en Bicêtre ocupándose de la educación de un niño mudo (Victor, el niño salvaje) allí hospitalizado. En 1851 Delasiauve se hace cargo del servicio de niños de Bicêtre, se preocupó especialmente por el método de educación de los niños retrasados, participó en la fundación

de la sociedad médico-psicológica en 1852. Cuando Delasiauve dejó el servicio se hizo cargo del mismo Bourneville en 1879 quien dirigió también la fundación Vallée e impulsó los servicios- escuela especiales para niños en estos asilos de adultos. En 1875 una inspección puso de manifiesto la necesidad de crear servicios especiales para niños en los hospitales, sólo una doce de hospitales contaban con estos servicios "servicios sobrepoblados, insalubres y sin equipo", Postel y Quérel (1993), "A despecho de los ideales y esfuerzos ejemplares de Chiarugi, Pinel y Tuke, la mayoría de los manicomios y sanatorios mentales de Europa siguieron siendo brutales e inaceptables", Scheerenberger (1984). Bourneville representa el inicio del tratamiento médico-pedagógico en Francia impulsado como acabamos de comentar por Falret, Voisin, Ferrut y Delasiauve. En esta época Seguin se había exiliado a Estados Unidos donde impulsó los centros médico-pedagógicos. En Europa empezaron a crearse centros de características semejantes a los originados en Francia, otras experiencias parecidas existían ya en otros países europeos, Goggenmoos en 1816 creó un asilo-escuela en Salzburgo, Guggenbuhl en Aldenberg pero ninguna de éstas y otras parecidas que se iniciaron en esta época en distintos países europeos llegaron a consolidarse. Este movimiento médico-pedagógico desemboca finalmente en la creación de la primera prueba métrica de Binet (1905) que revolucionó en su época "el pensamiento paidopsiquiátrico" Postel y Quérel (1993).

Huertas (1993), establece cinco etapas en la evolución de los servicios públicos destinados a la asistencia mental. Las resumiremos brevemente.

La primera etapa corresponde "al manicomio como institución predominantemente terapéutica" Los avances científicos y las ideas surgidas de la Revolución francesa determinan la idea de instituciones especiales para los trastornos mentales. La segunda etapa "El manicomio como institución de control social", la Ley de alineados de 1838 marca el inicio de esta etapa donde prevalecen los aspectos sociales de peligrosidad sobre los médicos-terapéuticos. La tercera etapa "Crítica manicomial y primeras alternativas", a principios del siglo XX aparecen las primeras críticas al manicomio y al encierro sistemático de los locos. La cuarta etapa "La psiquiatría comunitaria y el comienzo del desencierro", después de la Segunda Guerra Mundial la intervención del Estado en la Salud Pública y las políticas de bienestar, los avances científicos, la psiquiatría social, los movimientos socio-culturales de los años cincuenta y sesenta, el deterioro de los manicomios y la ineficacia de los mismos junto al movimiento antipsiquiátrico serán los factores decisivos para cuestionarse la eficacia de las instituciones cerradas denominadas manicomios. La quinta etapa "Salud mental y crisis económica", la crisis económica de los años setenta reduce la intervención del estado en política social favoreciendo la desinstitucionalización de los enfermos mentales.

El movimiento antipsiquiátrico durante los años 70 y 80 fue el máximo impulsor de el

desmantelamiento de los manicomios, culminaba así la denuncia de las condiciones y trato recibido por los enfermos mentales en siglos anteriores.

Lo más significativo de este movimiento psiquiátrico o antipsiquiátrico es la desintitucionalización de los enfermos mentales como alternativa a una institución psiquiátrica tradicional y al modo de entender la enfermedad mental. Este movimiento estaba apoyado por sectores de la psiquiatría comunitaria, políticos, intelectuales, artistas y por una parte de la sociedad que reclamaba un cambio social-político. El movimiento antipsiquiátrico debe entenderse desde el contexto sociocultural y político de los años 60. Un sector importante de la sociedad reivindica cambios profundos que transformen la vida política y social, el mayo del 68 representa o simboliza históricamente los ideales defendidos por profesionales, intelectuales y artistas que buscan alternativas a un modelo social que consideran inadecuado para la mayoría social. Y dentro de este marco histórico la antipsiquiatría reivindica la transformación de la política y práctica sanitaria, la transformación de los conceptos, criterios y tratamiento impuesto a los enfermos mentales. El mismo concepto de locura es criticado, el loco es considerado una víctima de su sociedad, una persona a la que se margina por no responder al modelo y pautas que marca el grupo social al que pertenece. Leopoldo María Panero, poeta anticonvencional de los años 70, como le llama García Fernández, reclama en uno de sus poemas el que otros entiendan la otra forma de vida, la locura, la diferencia, la marginación sin nombre: "puedan decir un día sobre ese frío/que no estuve loco". Así como el sufrimiento o la necesidad de ser como otros y no estar separado por "La locura: la última oración", "Quien pudiera, me dije, introducirse entre esa gente del pueblo como uno más, sin la máscara de una profesión o un nombre, y bailar igual que ellos y enamorar muchachas sin ruido de palabras ni estridencias de reputación y gloria, sino como un mozo guapo y recio, y nada más".

El movimiento antipsiquiátrico criticó duramente la psiquiatría tradicional como institución político-sanitario al servicio de un modelo social, fue por lo tanto una crítica profunda al funcionamiento social más que sanitario. "Independientemente de los éxitos o fracasos que tales iniciativas pudieran tener, los intentos de superación del asilo como espacio cerrado de segregación, llevados a cabo por combativos profesionales empeñados en negar la institución, encontraron su soporte intelectual en trabajos de filósofos, historiadores y sociólogos que pusieron a punto todo un discurso teórico, encaminado a descubrir la genealogía de un poder aplicado a un numeroso colectivo de individuos "diferentes" y/o "peligrosos". Las aportaciones de M. Foucault, R. Castel, E. Goffman o K. Dörner, entre otros, no sólo modificaron los enfoques habituales de la historia y de la sociología de la psiquiatría, sino que supusieron un importante punto de partida en los debates que, sobre la transformación de la asistencia psiquiátrica, dominaron el panorama político-sanitario de los años 70-80" (Huertas, 1992).

En este sentido la antipsiquiatría quiso transformar o acabar con un modelo político sanitario al servicio del poder institucionalizado que generaba locura. El movimiento antipsiquiátrico defendía desde un contexto histórico determinado la apertura de las puertas del manicomio no para desentenderse de los enfermos mentales sino para ocuparse de ellos desde otras alternativas, desde una institución-manicomio que deshumanizaba y maltrataba a los pacientes a una sociedad que participase en la humanización y trato a los enfermos mentales. Sus éxitos y sus fracasos impulsaron e impulsan debates sobre cómo mejorar la asistencia sanitaria y cómo entender la locura: "puedan un día decir sobre ese frío/que no estuve loco" (Leopoldo María Panero, Poesía 1970-1985). "El día, lucidez plena,/espera un pájaro o un grito" (Pere Gimferrer, 1980).

Huertas, sostiene que las reformas asistenciales progresistas y la crisis económica impulsan un sistema de Salud Mental que pretende ser progresista al situar a los enfermos mentales en su entorno social pero deja de serlo al no poder proporcionarle la asistencia adecuada fuera de las instituciones hospitalarias. En cierto modo es confundir la desinstitucionalización con la psiquiatría comunitaria o la reducción del gasto público con el bienestar.

Tizón (1992) considera que el modelo actual tiene su origen en la crisis internacional de sistemas y modelos sanitarios además de la crisis económica de los años setenta. "En efecto, el aparato sanitario había llegado a ser sentido como algo cada vez más lejano, encastillado, burocratizado, costoso, sanitariamente poco eficaz, alejado de la población". Estas circunstancias propiciaron que una serie de expertos de diversos países se reunieran para buscar soluciones a un sistema sanitario en crisis. En 1977 representantes de la Organización Mundial de la Salud, especialistas de distintos países y la UNICEF se reunían en el Primer Congreso Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Esta reunión conocida con el nombre de la conferencia de Alma-Ata significó un cambio de enfoque en Atención sanitaria, se establecían las bases de la Atención Primaria de Salud y se elaboraron una serie de objetivos a conseguir en el año 2000, lo que se conoce con el nombre de "Salud para todos en el año 2000" Sampaio-Faria (1990). Los expertos en salud proponen que el enfoque biológico de la salud debe ser sustituido por un enfoque global donde se recojan los aspectos sociales y psicológicos. La perspectiva biopsicosocial debe ser la guía para establecer modelos y programas de intervención. "La concepción social se ha tenido en cuenta en la teoría y la práctica desde hace más de un siglo pero la asistencia psicológica no se ha tenido en cuenta", Tizón (1992). Los estados miembros de la Región Europea de la OMS en 1980 aprueban una política común sobre salud, recomendando "cambios básicos en los programas de salud de los países, la estrategia recomendaba dar una mayor prioridad a la promoción de la salud y a prevenir la enfermedad no simplemente por los servicios de salud sino por todos los sectores que tuvieran alguna conexión, dando los pasos necesarios para mantenerla y

mejorarla, se debería impulsar el papel que individuos, familias y comunidades pueden desempeñar en el desarrollo de la salud; y que el cuidado primario de la salud debería ser el mejor enfoque para conseguir estos cambios", Sampaio-Faria (1990).

El concepto de Atención Primaria se difundió y definió en la Conferencia de Alma-Ata (1977): "La Atención Primaria de Salud es la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptados, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que el país pueda soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando la atención a la salud lo más cerca posible del lugar donde residen y trabajan las personas. Constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria", citado por Tizón (1990). La Salud Mental se incluye en La Atención Primaria de Salud integrando así los aspectos médicos con los psicológicos, los psiquiátricos, los psicosociales y psicopedagógicos y dando una especial importancia a la promoción, prevención y rehabilitación de la salud. La Atención Primaria de Salud Mental la realizan equipos especializados, el nivel de atención especializada lo realizan los equipos de Salud Mental vinculados a los Centros de Atención Primaria o a Unidades de Salud Mental sectorizadas, esto quiere decir según Tizón (1992) que si la Salud Mental, los aspectos psicológicos incluidos, la realizan equipos especializados es necesario que los equipos de Atención Primaria (médicos de cabecera, pediatras, enfermeras...) estén formados en aspectos básicos de salud mental para poder "filtrar", derivar adecuadamente los problemas mentales a los servicios especializados. Y se pregunta este autor si los médicos de cabecera, agentes básicos de la salud, están preparados para detectar problemas relacionados con el campo de la salud mental. Su opinión es que no lo están pero con una formación que les permita sensibilizarse con los problemas psicosociales y psiquiátricos de la población cambiará la situación y los equipos de Atención Primaria dejarán de omitir y negar la existencia de conflictos psicológicos y psicosociales que por otra parte y en la situación actual ayuda a mantener la demanda de los servicios de salud mental, pues como reconoce Tizón no existen actualmente servicios suficientes para atender la demanda que de "filtrarse" acudiría a las Centros de Salud Mental siendo imposible atenderla en estos momentos: "Y si la demanda es desbordante, cuando ofrecemos algo creíble, esto significa que aquella demanda la estaba "parando" alguien hasta entonces. Pues bien: ese alguien la mayor parte de las veces son los médicos de cabecera y los pediatras. Y más adelante añade: "En la clínica de Atención Primaria cotidiana, el equipo de asistencia básica, mientras no cambie mucho la actitud de

gran parte de los médicos y del sistema sanitario, todavía se encuentra en una posición excesivamente insegura y vacilante en los temas que tengan que ver con la psicología y la psicopatología. Como antes decíamos, el cambio tardará, pues depende de temas tan amplios como un cambio de selección de los futuros profesionales sanitarios (o, al menos de Atención Primaria) y, además, de la modificación de los curriculum de medicina y de postgrado ...”.

Nosotros creemos que tanto en la actualidad como en un futuro lejano o cercano no será posible la detección eficaz de problemas mentales por los médicos de cabecera o por los pediatras ya que la psicología no es una asignatura de una carrera, como tampoco lo es la medicina. Siguiendo ese planteamiento podríamos suponer que por incluir una o varias asignaturas de pediatría o de medicina general en el curriculum de Psicología sean capaces los psicólogos de derivar a los médicos especializados y sustituir así a los pediatras o a los médicos de cabecera en los Centros de Atención Primaria. Los avances científicos y la especificidad del objeto de estudio de la psicología hacen imposible ceñirla a una formación mínima dentro de una especialidad médica. Pero sí creemos imprescindible que el médico de cabecera y el pediatra tengan una formación más amplia de la que actualmente tienen de los aspectos psicológicos ya que eso permitirá realizar una asistencia sanitaria no tan biológica como la actual y no negar la existencia de conflictos psicológicos en la infancia tratables antes de que se cronifiquen. Estamos de acuerdo con Tizón (1992) cuando comenta que el psicólogo no está formado en aspectos asistenciales y eso dificulta la inclusión de terminología, programas, modelos psicológicos en los servicios de Salud pero eso mismo no dificulta la inclusión del profesional de psicología en los Centros de Salud Mental y tampoco debe dificultarlo en los Centros de Atención Primaria ya que al igual que el médico de cabecera y el pediatra carecen de formación adecuada en aspectos psicológicos pero pueden formarse, la psicología como disciplina también avanzará en programas y técnicas una vez se incluya plenamente en los Servicios de Salud General y Mental.

Desde esta perspectiva consideramos la inclusión del profesional de psicología en atención primaria, incluyéndolo en el primer nivel de asistencia llevando a cabo los aspectos psicológicos junto con los aspectos médico-pediátricos y sociales. Creemos que solamente así la línea asistencial será globalizadora tal y como propuso la Organización Mundial de la Salud en 1977. Y la atención será biopsicosocial ya que actualmente es bio-social con predominio sobre lo biológico.

Intentaremos resumir brevemente la historia de la pediatría y de la psiquiatría con el fin de entender la situación actual en este campo y el porqué no se ha incluido al profesional de psicología en el nivel primario de asistencia sanitaria.

2.2.- EL MODELO MÉDICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

2.2.1.- Los orígenes de la pediatría

Desde sus comienzos la Pediatría se interesó por el desarrollo infantil. Henke (citado por Hellbrügge y colaboradores, 1980) en su *"Tratado sobre el reconocimiento y curación de las enfermedades de los niños"* (1821) dice: "Los procesos del desarrollo, genuinos de la edad infantil, llevan consigo importantes cambios en todo el organismo y en el comportamiento mutuo de los diversos sistemas.... Con frecuencia sigue sucediendo que unos procesos evolutivos tan importantes pasan desapercibidos o son incorrectamente valorados en el tratamiento de las enfermedades de los niños".

La pediatría como especialidad médica aparece a principios de siglo y enseguida se interesa por el diagnóstico del desarrollo de las funciones psíquicas. Pero el interés por conocer y tratar la enfermedades y trastornos infantiles se remontan a los inicios de la historia humana. Existen datos sobre las enfermedades que padecieron los hombres primitivos y su forma de tratarlas: "Los fósiles y las piedras pulimentadas de aquel período indican que el hombre prehistórico sufrió las mismas enfermedades que aquejan al hombre moderno, incluidas las alteraciones del desarrollo y el metabolismo, los tumores, traumatismos e infecciones" Martí-Ibáñez (1959) citado por Scheerenberger (1984), la trepanación para curar la epilepsia y otras enfermedades ya se practicaba en el neolítico. Señalaremos brevemente la cronología y los autores representativos de los avances y conocimientos científicos relacionados con las enfermedades infantiles.

Los primeros textos dedicados a enfermedades infantiles se remontan a la época antigua. Uno de los textos más antiguos que se conservan es el Papiro Ebers (1500 a.C.), hallado en Egipto, en él se recomiendan una serie de recetas para tratar las dolencias de todo tipo de enfermedades: tumores, epilepsia, ayudas al parto, a la lactancia. También de esta época es el Papiro quirúrgico en el que se describen una serie de enfermedades y lesiones relacionadas con traumatismos de guerra y la curación adecuada a dichas lesiones. En dicho escrito se identifican las lesiones que causan deficiencia motora. Los tratamientos propuestos van de los fármacos a la curación espiritual. En el siglo III a.C. el documento anónimo conocido con el nombre de Alcibiades II describe ciertas enfermedades mentales y las denomina en función de la gravedad que presentan quienes la padecen, así los denominados locos son los más graves, y los lerdos los menos afectados, otras denominaciones que aparecen según la gravedad del trastorno son: inocentes, incapaces e imbéciles.

Hipócrates (siglo V a.C.) un de los grandes autores que influyó durante siglos en la práctica

médica dedicó algunos de sus Aforismos a la epilepsia y a las enfermedades de los niños. Criticó duramente a los que creían que la epilepsia era una enfermedad divina: "Me propongo hablar de la enfermedad que se ha dado en llamar sagrada (epilepsia). En mi opinión, no es más divina ni sagrada que cualquier otra dolencia; antes bien, responde a una causa natural, y su supuesto origen divino obedece a la inexperiencia de los hombres y el pasmo que en ellos suscita su peculiar carácter" citado por Scheerenberger (1984). Hipócrates proponía un tratamiento para esta enfermedad a base de curas climatológicas, alimentación, ejercicio y reposo. Galeno (siglo II d.C.) considerado el padre de la neurología experimental utilizó para sus investigaciones animales y describió una serie de trastornos motores relacionados con el cerebro y una clase de afasia neurológica. Sorano de Efeso (siglo II d.C.) es considerado el padre de la pediatría y ginecología, interesado especialmente en la educación y formación de los padres para una adecuada educación de los niños. Celso (siglo I d.C.) utilizó el término imbecil para describir a los sujetos con retraso mental y enfermos mentales. Proponía "la hipótesis del miedo", grilletes, cadenas, no alimentarles como tratamiento. Avicena, médico árabe del siglo II d.C., propuso curas para trastornos infantiles, entre ellos la meningitis y la hidrocefalia. Tuvo una gran influencia en la pediatría hasta bien entrados el siglo XVI, su obra Canon de medicina se enseñó en las universidades durante siglos. Maimónides, siglo XII relacionó las enfermedades mentales con un exceso de humedad en el cerebro. Baguellardus publicó en 1472 el primer trabajo conocido en pediatría sobre enfermedades infantiles. Metlinger afirmaba en 1497 que la hidrocefalia debía relacionarse con la conducta inmoral de las mujeres gestantes.

A partir del siglo XVI la medicina realizó grandes progresos y descubrimientos científicos que repercutieron en la forma de estudiar y entender la enfermedad infantil. Paracelso, médico suizo, estudió la relación entre retraso mental y la conducta observable y estableció distintos grados de trastornos de conducta. Patter estableció una de las primeras descripciones del retraso mental e introdujo el concepto de alineación mental para referirse a los trastornos mentales como el retraso mental. Este concepto duró hasta el siglo XX, a los médicos que se dedicaban a investigar los trastornos mentales se les llamaba alienistas. Paré, cirujano francés, estudió las deformidades graves de los niños (niños bicéfalos, niños-cabras). Phaer, el padre de la pediatría inglesa, recomendaba pócimas, amuletos para curar los trastornos mentales infantiles. Durante el siglo XVI podemos observar como medicina científica y curandera estaban mutuamente influenciadas, las creencias populares de siglos atrás y enlazadas al origen divino, mágico, astrológico de las enfermedades mentales derivaba en una curación normalmente mixta, entre los medicamentos empíricos y los ungüentos o pócimas de los curanderos. Muchos de los textos de los médicos del siglo XVI siguen haciendo referencia a tratamientos que actualmente nos parecen más de brujería que de ciencia "la hiel todavía caliente de un perro, sacrificado en el mismo momento en que el epiléptico es presa

de un ataque", "El cerebro de una cabra montés extraído a través de un anillo de oro" y otras muchas recetas de estas características para prevenir la epilepsia pueden encontrarse en los textos de los médicos del siglo XVI Scheerenberger (1984), Doménech (1995), Cobo (1983) y en forma de creencias populares aún existen en nuestro siglo. En plena Edad Media Paracelso se atrevió a criticar estas prácticas medicinales "las enfermedades mentales nada tienen que ver con el diablo o los malos espíritus" pero la ciencia no había avanzado lo suficiente para demostrar lo contrario.

Los autores interpretan de diferente modo este período histórico, Caparrós (1976) considera que en la época medieval "la historia se paralizó pero no se rompió", mientras que Postel y Quérel (1993) consideran que el período medieval servirá para reflexionar sobre la importancia de los espíritus en las enfermedades mentales y abrirá una nueva vía de investigaciones dedicadas a los endemoniados que culminará en los siguientes siglos en el intento de comprensión de las causas de los trastornos mentales.

La identificación y legislación del retraso mental en el siglo XIII impulsó una ley de custodia sobre las posesiones y herencia de los retrasados mentales que aprobó Eduardo II en el siglo XIV, en 1324. El inicio de la legislación e identificación que no clasificación de estos trastornos condujo al inicio de pruebas que ayudaran a identificarlos. El primer intento de valoración del retraso mental según la gravedad de su comportamiento lo realizó Fitzherbert en 1534, si los sujetos eran capaces de contar veinte peniques o decir el nombre de su padre no eran deficientes de lo contrario había que considerarles incapacitados. Swineburne en 1591 amplió la prueba añadiendo otro tipo de valoraciones como medir y nombrar los días de la semana.

Durante los siglos XVII y XVIII los avances médicos y científicos: el descubrimiento de la circulación de la sangre (Harvey, 1616), los progresos significativos en la comprensión del sistema nervioso (Willis, 1664), los avances en el conocimiento de la embriología (Wolff, 1759), el descubrimiento de la vacuna de la viruela (Jenner, 1798), influirán decisivamente en la forma de tratar y entender las enfermedades infantiles.

Los autores más representativos del siglo XVII dedicaron sus esfuerzos al estudio de los trastornos y enfermedades infantiles: Pemell dedicó una obra a las enfermedades de la cabeza, Sylvius relacionó el retraso mental y la epilepsia en su obra pediátrica *Praceous Medica liber Quartus* (1674) y dedicó parte de sus estudios al funcionamiento del cerebro infantil. Hoefler describió el cretinismo y lo relacionó con una inadecuada educación y alimentación. Duttel publicó una monografía dedicada a los defectos congénitos. En el siglo XVIII, Harris relacionó las enfermedades infantiles con la herencia y Whytt realizó la descripción más

completa sobre la hidrocefalia conocida hasta la fecha.

A pesar de los avances científicos las causas de la epilepsia y la hidrocefalia siguen siendo desconocidas.

Ya en el siglo XIX, Pinel representa la culminación de los conocimientos anteriores. Clasificó las enfermedades mentales y estableció la diferencia entre enfermedad hereditaria y congénita en su libro Tratado de la locura, 1801, defendió ante los representantes de La Comuna la liberación de los locos de las cadenas para ofrecerles un trato humano y una educación que les permitiese recuperarse. Es considerado, junto a su discípulo Esquirol, el reformador de los métodos y tratamientos de su época.

Durante el siglo XIX y principios del XX surgen los servicios médico-pedagógico, como hemos comentado en el apartado anterior dedicado a los orígenes de los servicios de salud mental. Los esfuerzos de Pereira (s.XVIII) continuaron durante el siglo XIX: Pestalozzi, Fröbel, Seguin, Pinel, Itard, Esquirol, Down, Ireland y West son algunas de las figuras más destacadas del siglo XIX que investigaron el retraso mental y las enfermedades infantiles, propusieron métodos educativos e iniciaron las primeras clasificaciones de retraso mental.

A finales del siglo XIX los conocimientos científicos y las nuevas orientaciones en educación, servicios asistenciales y un mayor conocimiento del desarrollo biológico en función de las edades impulsa definitivamente un nueva rama de la medicina, la pediatría, "La observación de las peculiaridades biológicas que comportaba todo este proceso evolutivo, hasta llegar a ser adulto autónomo, llevó a finales del siglo pasado y principios de éste al desarrollo de una rama de la medicina, la pediatría que parecía propia del niño y de otra, la puericultura, que intentaba desarrollar los medios profilácticos y de cuidados indispensables para el desarrollo del niño sano" Fernández Vargas y Navarro (1989).

Las primeras descripciones de la conducta infantil: Tiedmann 1781, Darwin 1877, Preyer 1892, Stern 1914 entre otras, son el precedente actual de las bases para el diagnóstico del desarrollo.

En 1914 tiene lugar el Primer Congreso de Pediatría en España. La valoración médica del niño sano es ya un hecho. Es a partir de mediados del siglo XX cuando la prevención de las enfermedades infantiles y la proliferación de servicios dedicados a la infancia se extienden considerablemente, Cobo (1983).

La publicación en 1925 de las escalas de Gesell, que medían la maduración y la integridad de un sistema de acción en desarrollo y el interés creciente por diagnosticar el desarrollo

infantil desde la primera infancia impulsó numerosos estudios e investigaciones médicas para diagnosticar y valorar el desarrollo del niño sano: Kusmauhl, André-Tomas, Barraquer, ...

2.2.1.1.- La valoración pediátrica

La valoración pediátrica realizada en los centros de Atención Primaria consta de varios apartados que intentaremos resumir brevemente, cada centro a su vez elabora sus propios programas de seguimiento. Los aspectos que suelen valorarse son los siguientes:

- Protocolo de detección precoz de metabolopatías: Un error innato del metabolismo produce algún grado de minusvalía. La fenilcetonuria y el hipotiroidismo son las más frecuentes. El diagnóstico precoz de dichas alteraciones del metabolismo reducen la probabilidad de padecerlas. En los primeros días de vida del niño se realizan las pruebas metabólicas o "del talón".
- Visita domiciliaria al recién nacido y a la puérpera: Se trata de valorar e identificar las necesidades y problemas de salud de la familia del niño. La visita la realiza la enfermera o matrona durante los diez primeros días después del parto, valora el medio ambiente, el estado general del niño y de la madre y da información sobre los cuidados del niño.
- Protocolo de visitas programadas: Estas visitas las realiza el médico-pediatra junto a la enfermera en el centro a partir del séptimo día y hasta los 14 años, el número de visitas depende del centro y de las necesidades del sujeto.
- Salud bucodental: Está incluida en el programa pediátrico para prevenir enfermedades dentales.
- Exploración del aparato locomotor: Reconocer los problemas comunes del aparato locomotor, exploración de las caderas, exploración del pie y exploración de la columna vertebral.
- Exploración neurológica y sensomotora: Test de Denver, se estudian minuciosamente las limitaciones motoras que puede sufrir un niño. El seguimiento del desarrollo estato-ponderal es una práctica rutinaria; pero no lo es tanto el seguimiento del desarrollo sensitivo, motórico y psicológico. Este seguimiento nos da una idea más completa de la evolución del niño normal, y nos permite la detección precoz de procesos patológicos que pueden ser detenidos o atenuados, mediante una atención temprana. El test de

Denver, constituye un valioso método para medir el desarrollo psico-senso-motor del niño desde el nacimiento hasta los 6 años. Es apto para ser usado en Atención Primaria, y puede realizarse en una consulta de 5-7 minutos de duración: no requiere especialización, sino un adiestramiento adecuado del personal médico o enfermería.

- Exploración sensorial: Descartar problemas visuales y auditivos.
- Valoración de la relación afectivo-emocional entre padres e hijos: Comprobar que la relación entre padres e hijo a nivel afectivo-emocional se desarrolla positivamente.
- Vacunaciones: Se ofrecen normas y contraindicaciones generales de vacunación y las pautas de vacunación.
- Alimentación: Se dan normas alimentarias para las diferentes edades.
- Prevención de accidentes infantiles: La mayoría de accidentes mortales se producen en el hogar. Es la primera causa de muerte en niños de 1 a 15 años. Se explican los principales accidentes en función de la edad y se dan las recomendaciones y orientaciones adecuadas para evitarlos.
- Estimulación neurosensorial: Se explica el desarrollo del juego en la infancia.
- Información-Formación: Se ofrecen distintas informaciones para que los padres o cuidadores sepan como atender al niño (alimentación, fiebre, vacunas, ropa...)

2.2.2.- El surgimiento de la psiquiatría infantil

Los trastornos y enfermedades mentales en la infancia han existido en todas las épocas como acabamos de ver en el apartado anterior dedicado al origen de la pediatría. En este sentido pediatría, psiquiatría, pedagogía y psicología tienen una raíz común. Aunque desde tiempos remotos se ha escrito y se han estudiado los trastornos mentales es sólo a partir del siglo XVIII cuando los esfuerzos por entender la mente infantil y sus desviaciones entra en una etapa de expansión y de interés científico tal y como lo entendemos desde la perspectiva del siglo XX. Los conocimientos anteriores, las ideas humanistas, los cambios económicos y laborales, los avances técnicos junto a un cambio de actitud social hacia la infancia propician un ambiente adecuado para nuevos planteamientos científicos acerca de los trastornos infantiles. El siglo XIX representa el inicio de las clasificaciones sistematizadas sobre enfermedades mentales, un avance en conocimientos, una búsqueda de los orígenes y causas

de la deficiencia mental y el surgimiento de métodos para instruir a los débiles mentales.

Como ya hemos apuntado en otros capítulos dedicados a la historia de la infancia, la actitud social dominante era menospreciar la infancia y como consecuencia el trato dado a los niños trastornados era aniquilarlos o encerrarlos junto a otros adultos considerados también inútiles para su sociedad. Pinel y Esquirol (s.XIX) se esforzaron por entender los trastornos mentales y cambiar la asistencia dada a los considerados locos. Estos autores son considerados los padres de la psiquiatría infantil sin olvidar a los que les precedieron en el surgimiento de esta rama de la medicina: Lobera de Avila (s.XVI) hace referencia en sus escritos al insomnio infantil y propone algún remedio para tratarlo (Doménech, 1987). Platter (s.XVI) realizó algunas clasificaciones de las enfermedades mentales y realizó estudios epidemiológicos, (Doménech, 1988). Durante los siglos XVII y XVIII los estudios se centran en la educación de los deficientes sensoriales: San Francisco de Sales, Amman, Pereira son algunos de los representantes de la reeducación de los sordomudos. Durante el siglo XIX y XX continúan los estudios y métodos de educación de los niños con trastornos: Itard, Seguin, Montessori, Decroly impulsaron servicios de reeducación y rehabilitación. Esquirol señaló la diferencia entre psicosis y retraso mental. En esta época pediatras y psiquiatras dedicaban parte de sus obras a las enfermedades mentales infantiles (Doménech y Ribas, 1991) las clasificaciones propuestas para adultos y niños eran parecidas: Filibiliou, Moreau de Tours, Gaubert, Preyer, Emminghaus son autores que influyeron decisivamente en el establecimiento de la psiquiatría infantil (Doménech 1987, 1988). En el siglo XIX podemos encontrar referencias a las depresiones infantiles y a las desviaciones de conducta (Polaino y cols., 1988) no obstante los temas más frecuentemente investigados seguían siendo la epilepsia y el retraso mental. A partir del siglo XX se amplía el interés por la psicopatología infantil y surgen nuevos estudios relacionados con otros temas además de los ya clásicos. La demencia infantil es uno de los temas que se inicia con el siglo XX: Sanctis, Heller, Bender, Kanner, Spitz, Bowlby, Mahler, Ainsworth son los autores representativos de estos temas. Las obras del creador del psicoanálisis Freud y los autores de orientación psicoanalítica A. Freud, Klein, Bion influirán decisivamente en el establecimiento de la psiquiatría infantil. Tanto es así, que durante este siglo la terapia predominante en los centros de salud ha sido y es de origen psicoanalítico, (Cobo, 1983; Lasa, 1990; Pedreira, 1990; Menéndez-Osorio, 1991 y Tizón, 1992). A mediados del siglo XX, alrededor de los años cincuenta, aparecen las teorías conductistas que rápidamente entran en colisión con las teorías psicoanalíticas. Pavlov, considerado el iniciador de la teoría conductista publicaba en 1941 *Psiquiatría y reflejos condicionados* (Hilgard, 1975), la fuerte expansión del conductismo y las repercusiones en las teorías del aprendizaje abren nuevas vías de trabajo e investigaciones dedicadas a las enfermedades mentales. En los años cincuenta se inicia la Terapia y modificación de conducta: Wolpe, Eysenck y Shapiro son los representante de la corriente en Gran Bretaña y Sudáfrica. Skinner, Dollard y Miller

y Mowrer de la corriente norteamericana. La evaluación conductual surge como enfoque opuesto a los constructos cognitivos y personales utilizados por otros enfoques como es el psicoanálisis, la Gestalt, las teorías del origen de la inteligencia de Piaget. Alrededor de los años setenta y ochenta el conductismo ortodoxo va reemplazándose por otros modelos que siendo conductuales emplean modelos cognitivos para explicar la conducta: Bandura, Mahoney, Meichenbaum, Kendall y Hollon representan esta nueva corriente de evaluación conductual (Fernández-Ballesteros, 1995).

Los enfoques del siglo XX y la diversidad y diversificación de temas es muy amplio y reciente para que podamos ofrecer una secuencia histórica que nos permita poner de relieve los aspectos más significativos de nuestra época (Doménech, 1995). Resumidamente podemos decir que el interés creciente por la psicopatología infantil y especialmente la relacionada con las primeras edades surge alrededor de los años ochenta. La proximidad de las fechas hace difícil una sistematización de los conocimientos, hechos y autores relevantes tal y como suelen presentarlo los historiadores.

Cabe señalar que el número de revistas especializadas, congresos, publicaciones e investigaciones es numeroso (Palacios, 1993). En este sentido al siglo XX se le conoce en psicología con el nombre del siglo del niño.

2.3.- EL ORIGEN DE LA PSICOLOGÍA

La psicología adquiere autonomía científica a finales del siglo pasado (Sánchez-Barranco, 1991).

Algunos autores afirman que la psicología científica es "una ciencia perfectamente asentada", (Pelechano, 1985) mientras otros autores piensan que la psicología es una disciplina multiparadigmática, lo que hace que en algunos sectores científicos se la considere como semiciencia (Caparrós, 1979). Según Caparrós la psicología se caracteriza desde sus orígenes por la "multiplicidad y heterogeneidad de corrientes y tendencias", en la actualidad la psicología evolutiva contemporánea "se caracteriza más por una pluralidad de enfoques que por el predominio exclusivo de uno de ellos", Palacios (1990). Esta multiplicidad de enfoques ha dificultado la identidad de la psicología como ciencia pero a su vez le ha permitido desarrollar un campo de conocimientos independiente de otras ciencias.

El surgimiento de distintas ramas de conocimiento es reciente en la historia de la ciencia, la pediatría aparece como especialidad a finales del siglo XIX, y la psiquiatría infantil a

mediados de siglo XX y la psicología a mitad del siglo XIX.

Wundt, médico-fisiólogo, fue el primer psicólogo reconocido como tal, ocupó la primera cátedra de psicología y en 1879 creó el primer laboratorio de psicología. Este hecho según Caparrós (1976) simboliza el surgimiento de la psicología científica. La filosofía, la fisiología y la medicina tenían planteados una serie de problemas que traspasaban el ámbito de sus conocimientos. El intento de entender al hombre en su totalidad cuerpo-mente desde la observación empírica superaba el ámbito de estudio de la medicina, que se ocupaba de conocer el cuerpo, el de la filosofía que se ocupaba del conocimiento del alma y el de la fisiología que estudiaba las sensaciones y su relación con los órganos correspondientes. El problema planteado en el siglo XVIII era el estudio de la conciencia humana de la que se ocupó la psicología. La psicología se definió como la ciencia que estudia la conducta y comportamiento, entendiendo como conducta "la experiencia o vivencia científicamente cognoscible" Caparrós (1976).

La conducta ha sido "conceptualizada de forma muy diferente a lo largo de la historia de la psicología" Vega (1985). Dos grandes corrientes definen la historia de la psicología: el subjetivismo (estudio de los procesos mentales) y el objetivismo (estudio del comportamiento humano). Durante décadas estos dos enfoques estuvieron enfrentados, a partir de los años ochenta se produce el acercamiento de ambos paradigmas (Fernández-Ballesteros, 1995).

En la actualidad el objeto de estudio de la psicología es la conducta. La diversidad de enfoques y teorías no se consideran antagónicas entre ellas, más bien se entienden como aportaciones desde diversos campos y perspectivas y aplicables a distintos ámbitos de intervención. Y de entre ellos el enfoque cognitivo es el considerado más fructífero (Vega, 1985); Palacios, 1990).

Sin entrar a discutir qué nivel científico ha alcanzado la psicología en este momento y teniendo en cuenta las críticas en este sentido, intentaremos resumir brevemente los logros y la trayectoria actual en la que se encuentra la psicología. Porque ello nos hará entender la dificultad de incorporarla a la asistencia sanitaria.

Nos referiremos básicamente a la psicología evolutiva por ser la que "comprende el estudio del desarrollo psicológico humano desde la fecundación del óvulo hasta la muerte", Pelechano (1985).

2.4.- EL SURGIMIENTO DE LA PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

Históricamente la psicología no se ocupaba de forma especial de la infancia ya que ésta no existía como tal. A partir del siglo XIX y XX el interés creciente por el período infantil queda patente a través de las diversas publicaciones, básicamente diarios o biografías que describían el desarrollo observado durante varios años en niños pequeños. Actualmente estas biografías no se considerarían científicas por no cumplir los requisitos necesarios para ser objetivables, pero indudablemente son el precedente de nuestros conocimientos y como tal hay que considerarlas válidas.

El creciente interés por el estudio de la infancia ha estado influenciado por el contexto socio-cultural y por otras disciplinas (Riegel, 1972; Von Bertalanffy, 1991). Pelechano (1985) considera que "sin llegar a reducir el conocimiento científico a lo socio-cultural, no cabe duda de que éste influye en el conocimiento científico, en su interpretación y aplicación por lo menos en líneas generales y en las aplicaciones sociales".

Según Pelechano el interés científico en los últimos ciento cincuenta años proviene básicamente de:

- El establecimiento de una "moral empática" y de exigencias pragmáticas que según Sears hacen que la sociedad apoye y quiera ayudar al niño en su proceso de socialización.
- La educación institucionalizada necesita conocer el desarrollo de los niños para poderles instruir adecuadamente.
- La importancia que adquiere la crianza infantil en la sociedad occidental.

La psicología del desarrollo, al igual que la psicología general, ha estado influenciada desde sus inicios por el contexto socio-cultural e histórico y por otras disciplinas (Von Bertalanffy, 1991), por los cambios sociales y culturales (Riegel, 1972), por los factores económicos y egoístas de la sociedad del siglo XVIII (Vega, 1985) y a su vez la psicología del desarrollo ha influido en el cambio de actitud de la sociedad hacia la infancia (Debesse, 1972). Según los historiadores de la psicología, las condiciones sociales, económicas, históricas, culturales y los conocimientos que la propia psicología aportó marcaron las pautas en la investigación y desarrollo de esta disciplina.

El origen de la psicología evolutiva como disciplina científica surge de los diarios y biografías realizados por conocidos científicos del siglo XIX en su afán por entender y conocer el desarrollo infantil en sus primeras etapas. Los orígenes inmediatos podemos situarlos en el

movimiento filantrópico del siglo XVIII influenciado por las ideas de la Revolución Francesa y principalmente el interés por la educación como medio para disminuir las diferencias sociales (Delval y Gómez, 1988). A finales del siglo XVIII, Campe impulsó la realización de diarios y biografías a través de la revista que fundó. La idea básica era obtener datos sobre el desarrollo físico y mental desde el nacimiento con el fin de poder conocer el desarrollo psicológico e intervenir a través de la educación. El primer diario publicado fue el de Tiedemann en la revista del movimiento filantrópico de Campe. Este diario aportaba datos sobre el desarrollo normal del niño, mientras que los artículos anteriormente publicados se ocupaban de las relaciones entre padres e hijos, la forma de tratarlos y el desarrollo.

Antes de Tiedemann, Heroard médico de la corte francesa había registrado el desarrollo de Luis XIII, Pestalozzi haría lo mismo con el hijo de este rey pero estos diarios no fueron publicados hasta el siglo XIX (Delval y Gómez, 1988).

Las nuevas tendencias y preocupaciones científicas junto a la dificultad y crítica del método por observación para estudiar la conducta hacen que el movimiento filantrópico y el interés por los diarios infantiles decaiga.

A mediados del siglo XIX resurge el interés por las biografías infantiles. El diario de Tiedemann vuelve a publicarse en Europa y Estados Unidos y los estudios sobre desarrollo infantil vuelven a tomar un nuevo impulso.

Taine en 1876 publica un artículo sobre el desarrollo del lenguaje que tuvo gran repercusión en su época e impulsó numerosas publicaciones de científicos que habían realizado observaciones pero no las habían publicado, entre ellos el diario de Darwin realizado cuarenta años antes de la obra de Taine. En 1882 Preyer publica *El alma del niño* considerada la primera obra científica de la psicología evolutiva.

A partir de estas obras la observación como método de investigación vuelve a considerarse válido para el estudio de la conducta, (Delval y Gómez, 1988).

A mitad del siglo XIX aparecen otras investigaciones que utilizan la experimentación como método para conocer el desarrollo. Kussmaul, médico alemán, utiliza en 1859 la experimentación para conocer las capacidades sensoriales del bebé. Wundt y Titcher estudiaban procesos simples a través de la introspección experimental, este método basado en el autoanálisis y autoobservación no podía ser aplicado a los niños pequeños. Ebbinghaus estudió a través de la experimentación la memoria pero su método tampoco era válido para niños muy pequeños. Kussmaul presentó el primer estudio experimental en recién nacidos.

En su tesis valoró la capacidad perceptiva visual-auditiva, la percepción del dolor, la discriminación de los sabores, la sensibilidad táctil, el olfato, la sensibilidad de temperatura y la sensibilidad muscular. La escala neonatal de Brazelton (1973) es el intento de normatizar las reacciones de los bebés emprendida por Kussmaul.

Los procedimientos estadísticos aparecen también a mediados del siglo XIX. Aparecen los cuestionarios Lange (1879), Hall y Quetelet (1835) a quien se considera el primer autor en utilizar la estadística para obtener datos.

Baldwin a finales del siglo XIX establece las bases del desarrollo cognitivo, su obra influiría en Piaget y Vigotski.

A principios de siglo XX aumenta el interés por la infancia, aparecen las primeras clínicas destinadas a tratar a los niños pequeños con trastornos y al estudio del origen de las alteraciones.

En 1911 Gesell abre la Psycho-Clinic. En 1917 surge el primer Instituto de Investigación del Desarrollo del Niño. Aparecen otros centros de investigación cuyos objetivos principales son estudiar el desarrollo infantil y la educación (Vega, 1988).

El estrepitoso fracaso de las pruebas psicológicas aplicadas durante la Primera Guerra Mundial para distinguir a los sujetos normales de los deficientes Scheerenberger (1984) y la creencia de que la educación podía mejorar la sociedad impulsó numerosos centros de investigación en Estados Unidos auspiciados por subvenciones estatales, fundaciones e iniciativas privadas. Entre 1920 y 1930 se iniciaron numerosas investigaciones, muchas de ellas longitudinales y que han tenido gran repercusión en la psicología evolutiva. En esta década surgieron nuevas técnicas de investigación, se crearon sociedades de investigación como la Society for Research y aparecen revistas especializadas en psicología evolutiva como Child Development (1933) una de las más reconocidas.

En esta época los estudios fueron básicamente descriptivos y normativos. Estos años se caracterizan por una gran recogida de datos.

La psicología evolutiva estadounidense estaba centrada en recoger datos y establecer procesos madurativos. La psicología general estudiaba fundamentalmente la influencia del ambiente. Surge el conductismo y el auge por explicar cómo aprenden los seres humanos las teorías conductistas centraron las investigaciones en el método experimental, (Fernández Ballesteros 1990).

Mientras que la psicología en Estados Unidos aportaba básicamente descripciones del desarrollo evolutivo, en Europa aparecen los autores que más influirán en las nuevas corrientes contemporáneas: Piaget, Vigostki, Wallon y Werner. Estos autores elaboran teorías que permiten interpretar los datos.

El distanciamiento entre las corrientes teóricas de la psicología estadounidense básicamente mecanicista y la europea principalmente organicista, marca el período entre los años veinte y cincuenta.

La psicología europea utilizaba métodos basados en la observación, doble estimulación y microgenéticos. Su interés era el razonamiento, los procesos psicológicos superiores. Mientras que la psicología estadounidense utilizaba la experimentación y su interés fundamental eran las conductas simples, (Pérez Pereira, 1995).

En los años sesenta la psicología evolutiva emplea métodos experimentales para estudiar los procesos superiores, el descubrimiento de los teóricos europeos por los investigadores estadounidenses dará un giro radical en las investigaciones de ese país. A partir de los años cincuenta resurge el interés por las primeras etapas del desarrollo infantil y empiezan a utilizarse métodos experimentales: Fantz (1958) estudia las capacidades visuales de los niños pequeños, Eimas (1971) trata las capacidades auditivas, Brown (1966) la memoria. Durante los años 60 el psicoanálisis, influenciado por la etología, utiliza la observación sistemática en ambiente natural como método para investigar la infancia: A. Freud, Spitz y Klein fueron los impulsores del psicoanálisis infantil.

En esta década la influencia de la etología impulsa estudios sobre el desarrollo afectivo, Bolwby y Ainsworth están considerados los pioneros en este campo.

A partir de los años setenta aparece la perspectiva del ciclo vital partiendo de los datos longitudinales de los años veinte y de estudios transversales este modelo propone la influencia en el desarrollo de las generaciones y de los aspectos socio-culturales.

El enfoque ecológico, cuyo máximo representante es Bronfenbrenner (1979) estudia los diferentes contextos de crianza y educación de los niños pequeños. La perspectiva transcultural y el análisis de secuencias microevolutivas marcan la diversidad de enfoques existentes en la actualidad.

A partir de los años 80 la psicología europea y la psicología estadounidense han roto el distanciamiento que las caracterizaba. El auge de las investigaciones estadounidenses viene

marcado por el apoyo gubernamental a las investigaciones, por el traslado de numerosos investigadores europeos durante la Segunda Guerra Mundial, los movimientos sociales de los años sesenta exigiendo igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos y la preocupación por la educación como medio para solucionar los graves problemas de una nación intercultural. Como consecuencia los investigadores centran su interés en el aprendizaje, Bruner, Ausubel, Flavell, Novak, y en los procesos mentales superiores y su aplicación en educación.

Si en los orígenes de la psicología evolutiva encontramos un marcado interés por conocer el desarrollo, sus trastornos, sus posibilidades educativas y rehabilitadoras en los años ochenta la aproximación entre psicología evolutiva y educación es cada vez mayor. A partir de los años ochenta surge un nuevo campo de aplicación, el de la Educación para la Salud.

En la actualidad nos encontramos con diversas propuestas que no llegan a ser aún teorías, como la ecológica, la etológica, la cognitiva-evolutiva y la del procesamiento de la información y la aproximación histórica-cultural que están haciendo un esfuerzo por entender el desarrollo del ser humano y creemos que aún tomando una perspectiva de ellas y no otras hay que estar atentos a todos los enfoques posibles que intentan explicar el desarrollo de la conducta en las diferentes edades.

En resumen, los tópicos de la psicología evolutiva, están en revisión o superados.

- Ya nadie se atreve a decir que lo que sucede en la infancia no es importante, pero tampoco nadie se atreve a afirmar que es irreversible.
- Las experiencias difíciles en la primera infancia no son determinantes en la historia futura, si las condiciones actuales permiten cambios positivos. Y esto es válido para lo intelectual, emocional y social.
- Es posible que las experiencias precoces sobre el desarrollo no sean las más determinantes, sino las más estables. Lo que suele suceder es que esas experiencias suelen ser continuas y es esta continuidad la que dificulta los cambios.

Para terminar decir que la Psicología evolutiva contemporánea "se caracteriza más por una pluralidad de enfoques que por el predominio exclusivo de uno de ellos", Palacios (1990).

Cabe destacar que dentro de las nuevas perspectivas actuales estamos asistiendo a nuevas aportaciones y explicaciones desde la psicología neurocognitiva, la cognitiva-evolutiva y la Psicología de la Salud.

El interés de la psicología general y específicamente de la psicología del desarrollo por la educación es patente desde la perspectiva histórica. El interés por el campo escolar a diferencia del interés por el ámbito de la salud marca la situación actual de la psicología.

2.4.1.- La valoración psicológica

La valoración psicológica de los niños sanos por el psicólogo no existe en la práctica del sistema sanitario. Por lo que no podemos ofrecer un programa, como expusimos en la valoración pediátrica, que resuma qué es lo que se propone en este ámbito.

No obstante se incluye dentro del Programa de Atención al Niño de los centros de Atención Primaria del INSALUD. Esbozada en distintos apartados: Exploración psicomotora (test de Denver), exploración sensorial, problemática social, estimulación neurosensorial, el juego.

Agradecemos el esfuerzo de los pediatras por incluir en su programa la valoración del desarrollo infantil desde la psicología. Nos satisface comprobar que se reconoce la importancia del desarrollo psicológico en la salud infantil. Y que sin esta valoración no se atiende al desarrollo global del niño, tal como afirman en su Programa de Atención al Niño: "El desarrollo es un proceso continuo y dinámico por el que el niño evoluciona de la vida intrauterina a la madurez: el peso, la talla, los sentidos, las capacidades motoras y las mentales. El seguimiento del desarrollo estado-ponderal es una práctica rutinaria; pero no lo es tanto el seguimiento del desarrollo sensitivo, motórico y psicológico. Que es necesario vigilar, porque nos da una idea más completa de la evolución del niño normal, y nos permite la detección precoz de procesos patológicos que pueden ser detenidos, o atenuados, mediante una atención temprana" (1993).

Los conocimientos que posee actualmente la psicología, van más allá de la simple elaboración de instrumentos y su aplicación a la población. Los instrumentos y técnicas que se utilizan, si bien por su sencillez y rápida aplicación son adecuados para la práctica clínica, y con un entrenamiento especial pueden ser aplicados por personal no especializado en esa materia, no son por ellos mismos buenos detectores sin una valoración específica de lo que ocurre en la sesión en la que son aplicados y de la valoración del psicólogo de la respuestas que da el niño y sus padres o cuidadores. Los instrumentos son técnicas sencillas de fácil aprendizaje pero no las teorías de donde surgen. Lo mismo sucede con los instrumentos de pediatría, el tener, por ejemplo, una tabla de signos neurológicos y el entrenamiento adecuado para llevarlos a cabo, no significa poder realizar una valoración neurológica del niño.

Queremos señalar que el conocimiento de las técnicas o instrumental de una ciencia

específica, no es más que el aprendizaje de dicha técnica pero no los conocimientos de dicha ciencia. Los datos que nos aporta cualquier instrumento son datos, no valoraciones ni interpretaciones. Datos a los que no se puede dar contenido cuando no se tienen los conocimientos para ello.

Todo ello sin tener en cuenta la crítica que a dichos instrumentos se les ha hecho durante estas últimas décadas porque entonces ni siquiera los datos resultan válidos. M. Bender en su ponencia *Tests Educativos y psicológicos que deberían ser aplicados en los primeros años de vida. Experiencias con niños de 0 a 2 años (1988)* afirma: "Es patente la necesidad de una valoración temprana y precisa del niño de alto riesgo o de aquel de quien se sospeche tenga deficiencias de desarrollo. Numerosos estudios que han proporcionado instrumentos para valorar a través de los años, han tendido a ignorar algunos de los puntos críticos mencionados en este trabajo. No hay necesidad de decir que el individuo al que se le asigna la labor de evaluador, no deberá estar solamente entrenado en el área de evaluación, sino que deberá tener un conocimiento fuerte e intenso del crecimiento y desarrollo humano". Y aunque reconoce que "... los instrumentos elaborados por autores como Bayley, Hunt y Uzgiris, Brazelton y otros, han hecho avanzar mucho en el campo del diagnóstico y terapia precoz." Termina concluyendo: "Permítaseme decir que hasta la fecha no hay ningún test omnicompreensivo que dirija la valoración de todos los tipos de niños deficientes".

No nos interesa discutir si el pediatra u otro personal sanitario, como recomienda el Ministerio de Sanidad y Consumo en su *Guía para la Detección Precoz de las Deficiencias del Recién Nacido y del Niño (1991)*, puede en su labor diaria valorar el desarrollo psicológico de los niños, con o sin instrumentos. Sino elogiar la iniciativa de que el desarrollo psicológico debe ser valorado para atender y promocionar debidamente la salud integral del niño. Y apuntar lo evidente, existe un profesional para esa labor.

Somos conscientes de las dificultades económicas y de los problemas de estructuración sanitaria que implica la asistencia psicológica dentro de la Seguridad Social y como hemos querido señalar en los primeros capítulos, después de repasar brevemente la historia de la infancia y de las disciplinas que se han ocupado de ella, entendemos el porqué de esta falta de asistencia. Pero creemos que en la actualidad la psicología y las demás ciencias que se ocupan del niño deben hacer un esfuerzo por trabajar interdisciplinariamente, desde los ámbitos que coinciden y en los que no coinciden y especializándose en el estudio de su objetivo. En nuestro caso, el objeto de estudio específico de la psicología es la conducta y el comportamiento, y en cuanto a la variable tiempo, los cambios que se producen en la evolución o desarrollo de la conducta.

En definitiva, esta falta de asistencia psicológica no se debe a la falta de conocimientos en psicología, sino a la historia del concepto infancia, a los movimientos culturales, a los condicionantes sociales y a los enfoques en cuanto a salud mental.

En la actualidad nada impide que este profesional forme parte del sistema sanitario: ni los enfoques económicos-políticos de sanidad, ni los conocimientos que posee se solapan con los existentes, ni los recursos actuales. Es más, creemos que este es un buen momento para reflexionar, puesto que los programas lejos de estar consolidados, están siendo elaborados.

La prevención primaria es defendida desde todos los ámbitos, y ésta no se podrá llevar a cabo en salud materno-infantil, sin la presencia del profesional de psicología. O aceptamos el término de salud con todas sus consecuencias: bio-psico-social o regresamos al concepto de salud tradicional: ausencia de enfermedad.

2.4.2.- El origen de la valoración psicológica

La definición genérica de desarrollo nos sitúa en los procesos de cambio que ocurren durante la vida humana. "Los cambios son: proceso de crecimiento y experiencias vitales significativas", Palacios (1990). Es a partir del siglo XVIII, aproximadamente, cuando la infancia y la adolescencia empieza a descubrirse como un período distinto al adulto y al que hay que dedicar una atención y enfoque diferente del que hasta entonces se le había prestado. También es en esta época cuando se da un papel importante a la educación. En el siglo XX, cristalizan en la mente de los científicos las ideas anteriores y se afianza definitivamente la idea de infancia como período distinto al del adulto y al que hay que dedicar esfuerzos e investigaciones que aporten datos sobre este momento evolutivo. Aparecen los modelos clásicos en psicología que intentan explicar este período, enfatizando sobre todo el proceso de aprendizaje.

Los primeros datos sobre desarrollo infantil surgen de las biografías de Darwin, Taine, Tiedemann, Preyer, Shirley, Gesell y otros autores nombrados en este capítulo.

El primer intento que se conoce de valorar el desarrollo en la infancia a través de pruebas es el de Fitzherbert en 1534, mediante unas preguntas sencillas clasificaba a los niños como retrasados o normales. Swineburne en 1591 amplió la anterior prueba añadiendo items de medida y de información. En el siglo XVIII el avance de los conocimientos permite sembrar el campo para la elaboración de pruebas a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX. Haller fisiólogo del siglo XVIII, aplicó el método empírico al estudio de los procesos mentales. Bell finales del XVIII y principios del XIX, diferenció los nervios sensitivos y motores, Wundt

a finales del siglo XIX ocupa la primera cátedra de psicología. En esta misma época Weber, Mueller, Fechner, Helmholtz estudian los procesos que rigen la sensación y percepción. Weber, en el siglo XIX, defendió que la conducta humana podía medirse. Galton a mediados del siglo XIX estudió sistemáticamente las diferencias individuales, desarrolló técnicas de medición, diversos instrumentos y aplicó la estadística de correlación a la conducta humana. En 1833 Feldman, médico alemán, establece las primeras normas evolutivas para valorar el desarrollo infantil. En 1835 Quetelet utiliza por primera vez la estadística para obtener datos sobre la evolución de la conducta humana. Munsterberg en 1841 aplicó una serie de tests a niños escolares. Kussmaul en 1859 valoró las capacidades del recién nacido utilizando la experimentación como método de investigación a diferencia de la observación como hasta entonces se venía haciendo, fue el primer intento de normatizar las reacciones de los recién nacidos. En 1869 la sociedad pedagógica de Berlín realiza un estudio para conocer lo que saben los niños antes de ingresar en la escuela. En 1879 Lange empleó un cuestionario para evaluar a los escolares. En 1894 Baldwin establece las etapas del desarrollo cognitivo, que influirán decisivamente en la teoría del biólogo suizo Piaget. Ebbinghaus en 1897 elaboró pruebas para valorar a los escolares, Hall, a finales del siglo XIX generaliza el empleo de los cuestionarios con el mismo fin. A finales del siglo XIX los médicos utilizaban pruebas basadas específicamente en el habla y lenguaje para evaluar a los sujetos y diferenciar entre los diferentes niveles de funcionamiento intelectual. A principios del siglo XX Oehrly y Kraepelin publicaron los resultados de la aplicación de pruebas de percepción y memoria en adultos. En 1905 Binet y Simon publicaron la primera escala para medir la inteligencia.

Binet y su alumno Simon, representan la culminación de los intentos preliminares de medir la inteligencia. Para la elaboración de la escala Binet utilizó una serie de observaciones que realizó con sus hijas sobre percepción, ilusiones ópticas, memoria y temores infantiles. Binet siguió revisando la escala métrica e insistió en 1907 en la poca validez de las clasificaciones médicas de entonces y en que la inteligencia no era un valor fijo e inmutable. La escala de Binet no tuvo grandes repercusiones en Francia donde la elaboró y aplicó por encargo de las autoridades educativas, pero sí la tuvo en Estados Unidos. Goddard, que tuvo gran influencia en la evaluación del retraso mental en esta época la revisó en 1908. Terman la revisó en 1916 y elaboró el Stanford-Binet. En 1937 Terman y Merrill presentaron una nueva revisión de dicha prueba, e introdujeron el término de Coeficiente Intelectual ideado por Stern (1914) para medir la inteligencia. Kuhlman en 1911, también revisó la escala de Binet e insistió en la poca validez del instrumento para medir la inteligencia de los niños entre tres y doce años, en la dificultad de pronosticar en función de los resultados obtenidos en la primera infancia y la necesidad de tener en cuenta las diferencias socioculturales.

Las escalas de Binet se aplicaron en las escuelas a partir de 1912. La mayoría de los

profesionales terminaron aceptando la constancia del C.I. y la utilización de instrumentos para medir la inteligencia. Las críticas y manifestaciones sobre la necesidad de ser cautelosos con los datos no prosperaron. En 1915 Portens, australiano, introdujo en Estados Unidos el primer test "acultural", el test de Laberinto. En 1916 Doll elaboró una serie de pruebas basadas en la rapidez de ejecución para estimar la inteligencia.

Las teorías de principios de siglo sobre la herencia y la utilización de pruebas psicotécnicas para clasificar a los niños con retraso terminaron con el movimiento médico-pedagógico orientado a la educación como terapia para ayudar a los niños deficientes y prevaleció la segregación como forma de prevenir el retraso mental. Las pruebas psicotécnicas fueron uno de los instrumentos más empleados para dicha segregación. La utilización masiva de pruebas psicotécnicas durante la Primera Guerra Mundial y la Segunda planteó otra vez el problema de medir la inteligencia utilizando solamente pruebas métricas con un alto contenido verbal y sociocultural. A mediados de siglo, durante los años cincuenta, surge la evaluación conductual como respuesta a las deficiencias de la evaluación psicológica de la época y con el firme propósito de rechazar los sistemas diagnósticos de clasificación, pero alrededor de los años setenta la evaluación conductual termina participando en la elaboración del DSM, (Fernández-Ballesteros, 1995).

En esta misma época, principios del siglo XX, se desarrolla en Estados Unidos una serie de investigaciones para conocer el desarrollo en las primeras edades. Aparecen las primeras clínicas destinadas a investigar y tratar los trastornos infantiles. En 1911 Gesell abre la Psycho-Clinic. En 1917 y por iniciativa de Hillis, ama de casa preocupada por la salud y desarrollo de los niños, se funda el primer Instituto de Investigación del Desarrollo del Niño y Centro para la investigación y Bienestar Infantil. Durante esta época se desarrollan numerosos estudios longitudinales y nuevas técnicas de investigación. En esta misma época en Europa se están gestando las teorías organicistas que tendrán gran influencia a lo largo de este siglo: Werner, Piaget, Wallon, Vigotski. Estos psicólogos europeos dedican sus esfuerzos a entender los procesos complejos de la conducta humana, sus teorías no influirán en Estados Unidos hasta los años sesenta cuando se produce el acercamiento entre mecanicistas y organicistas y es a partir de los años ochenta cuando definitivamente la psicología europea y estadounidense convergen. A partir de los años sesenta se produce el acercamiento entre teorías cognitivas y conductistas. El intercambio de enfoques y las nuevas tecnologías permiten abordar experimentalmente el estudio del recién nacido y la conducta de los bebés (Eimas, Brown, Mehler, Fantz,...) Es también en esta época cuando las teorías psicoanalíticas utilizan nuevas técnicas para el conocimiento del desarrollo infantil (A. Freud, M. Klein, Spitz). Surgen nuevos enfoques: el ecológico, cuyo representante es Bronfenbrenner (1979), enfoque transcultural, Slobin, Schieffelin y Ochs, el procesamiento de la información, Turing,

Case, enfoque etológico, Bolwby, Ainsworth.

Todos estos enfoques y sus aportaciones a la psicología del desarrollo supone en definitiva una nueva forma de entender, valorar y evaluar la primera infancia.

Uno de los autores más representativos de nuestra época y cuya teoría sobre el origen del conocimiento ha impulsado numerosas investigaciones y revolucionado totalmente el concepto de inteligencia y por ende la forma de valorarlo es Jean Piaget. Este biólogo interesado en el origen del conocimiento, obtuvo numerosos datos biográficos de sus hijos y elaboró numerosos experimentos con el fin de describir la evolución de los procesos cognitivos. Piaget junto a Vigotski son los psicólogos que han marcado las nuevas corrientes en psicología cognitiva y en la forma de evaluar la adquisición de los conocimientos en la infancia.

Desde otro enfoque Freud y sus teorías revolucionaron el campo de la psicología evolutiva, analizó los aspectos emocionales, destacando la importancia de las primeras etapas de la vida. "No siendo psicología científica, el psicoanálisis influyó decisivamente en la psicología evolutiva, sus aportaciones, como la de otros enfoques incidió de forma positiva y negativa en la visión o conocimiento del desarrollo infantil" Vega (1985).

Las primeras escalas o instrumentos de evaluación de la primera infancia surgen a partir de los años veinte: Gesell y Amatruda (1921), Catell (1940), Bayley (1949), Brunet-Lezine (1951) Prechtl y Beintema (1964), Denver (1967), Casati-Lezine (1968), Bell (1970), Brazelton (1973), Uzgiris y Hunt (1975). La mayoría de estas escalas han sido revisadas y actualizadas, Bender (1988).

Como acabamos de exponer el conductismo, la antropología, la psicología comparativa, el mensurativismo normativo han tenido cabida e influido directamente en el estudio del desarrollo del niño y en la evaluación de la conducta del mismo. La psicometría y el mensurativismo aportaron la construcción de instrumentos para valorar el nivel psicológico evolutivo. Lo común de las diversas escalas de desarrollo es que defendían, frente al conductismo, la existencia de unas dimensiones independientes de las influencias ambientales que podían considerarse indicadores evolutivos de maduración.

La utilización de una normativa frecuencial para definir la normalidad y la anormalidad, sin estudios suficientes de validación y con una aceptación generalizada de dichos instrumentos ha llevado al psicólogo a ser visto como especialista en tests evolutivos, sin tener en cuenta las teorías o enfoques que propiciaron la construcción de dichos instrumentos.

Todos estos enfoques, como ya hemos explicado, nos sitúan en los años setenta en el modelo del ciclo vital un campo ya claramente definido: conocer la evolución de la conducta, y una actitud de sumo cuidado a la hora de realizar valoraciones acerca de la misma, la exigencia de que dichas valoraciones no pueden ni deben basarse en la mera aplicación de instrumentos de desarrollo, a la vez que deben tener en cuenta las aportaciones actuales de la psicología y de otras ciencias.

La elaboración y aplicación de instrumentos para evaluar al sujeto en función de la norma estadística llevó finalmente a la discusión del concepto de normalidad.

2.4.3.- El problema de la normalidad

Podríamos resumir de las diferentes lecturas que del concepto de normalidad nos dan autores desde diversos campos, que la normalidad no existe. Ajuriaguerra al hablar de lo normal y lo patológico lo dice claramente: "La normalidad en abstracto no existe: hasta cierto punto la normalidad es una creación dentro de las posibilidades dadas y de las adquisiciones adquiridas. Y citando a L. Kubie añade: "podría pensarse que la salud es un estado raro, sin llegar a ser patológico".

El principal problema es cómo diferenciar entre desviaciones que están dentro del límite de lo normal y las que se van a considerar como situaciones en riesgo, o considerar cualquier desviación de la norma central como posible situación en riesgo, tanto las que se desvían por debajo como por arriba de la norma. Pero entonces no tendrían sentido las diferencias individuales, ni los criterios utilizados para establecer la tendencia central de una población puesto que la mayoría de ella se desviaría.

Otro problema que nos encontramos con más frecuencia de la esperada según varias investigaciones es que a veces las pautas atípicas no son desajustes, sino diferencias individuales necesarias para que ese sujeto se desarrolle adecuadamente, o son crisis evolutivas pero no trastornos. Esto explica el hecho de que actualmente se hable de psicopatología del desarrollo "el hecho de que el niño es un ser en continua evolución, con pautas de comportamiento muy versátiles que siendo normales y estando ajustadas a una determinada etapa evolutiva, sin embargo, pueden considerarse alteradas si se presentan en otra etapa evolutiva" Polaino-Lorente, 1990. O bien, la aparición de trastornos específicos según la etapa de desarrollo en la que se encuentre el sujeto (Bragado, 1994). Son trastornos, son crisis necesarias para ajustar su comportamiento a las exigencias del entorno, o son tendencias que aún dando por debajo de la media suponen un desarrollo por encima de la misma pero que no puede detectarse con instrumentos de medición, son conductas o

comportamientos que producen desfases en el desarrollo pero no trastornos como puede ser el caso de los niños prematuros y niños deficientes o son diferencias individuales y en ocasiones el desarrollo se estabiliza pero no se estanca, lo que se conoce como períodos de silencio, para seguir avanzando nuevamente sin dificultad. Son muchas las preguntas que podemos hacernos antes de hablar de anormalidad en las primeras edades.

De ahí, que sea necesario la curva individual junto a la normativa con el fin de ajustar los resultados y tener mayor certeza de lo que está ocurriendo.

Por lo tanto, nos parece más adecuado, vigilar y aceptar las diferencias individuales del desarrollo siempre que no desvíen al sujeto de la cultura y sociedad a la que pertenece. Y ésta es otra de las cuestiones más difíciles de valorar en la primera infancia; qué aspectos son los que debemos considerar que pueden dificultar la adaptación social y qué aspectos de la cultura en la que está inmerso un niño deben posponerse e introducirlos en momentos adecuados para que no perturben el desarrollo. ¿En qué momentos deben ser introducidas ciertas normas, reglas morales, valores culturales?. Existen muy pocos estudios relacionados con las normas o costumbres que una sociedad pretende introducir en los más pequeños y los efectos que producen en la maduración y desarrollo del niño. Las investigaciones en este tema se relacionan básicamente con la adquisición del control de esfínteres en las primeras edades (Levine, Ajuriaguerra...) y sus posibles patologías. Otros estudios se centran en los hábitos tempranos en alimentación y sueño y sus repercusiones en el comportamiento infantil. Y más recientemente las investigaciones se centraron en la escolarización temprana y sus efectos en el desarrollo del niño. Varios investigadores (Lewis 1976, Honzik 1976, McCall 1979, Zelazo y Kearsley 1980, Clarke-Stewart 1990).

Si aceptamos predecir en función del nivel actual alcanzado, especialmente antes de los dos años, estamos desestimando las influencias posteriores del ambiente y el potencial cerebral en desarrollo.

Ya hemos apuntado anteriormente el peligro que ha supuesto para la psicología y el psicólogo el establecer escalas normativas, pues restringen el conocimiento de lo que se estudia e investiga y puede repercutir negativamente a la hora de clasificar a los niños y más en edades evolutivas tempranas.

Tanto la psicología como la pediatría, están de acuerdo en la dificultad que supone predecir en función de una normativa estadística en los primeros años de vida (Bender 1988, Hellbrügger 1980, Flehmig 1988, Touwen 1981, Brazelton 1994, Silva 1995, Domenech 1995). Todos los niños tienen una curva de desarrollo y de maduración individual y si bien

puede ser distinta a la distribución de la norma no por ello puede deducirse que es anormal.

Más fiable y predecible es establecer parámetros individuales y comprobar si el desarrollo o la maduración presenta desviaciones respecto a su propia curva individual.

Por lo tanto, la dificultad de establecer un pronóstico fiable, especialmente en las primeras edades, nos lleva a la necesidad de realizar un control y seguimiento de la población infantil sana. La valoración y seguimiento individual de los niños proporciona información sobre su propio desarrollo, que a la vez puede ser comparado con el desarrollo esperado según las normas establecidas y esto permite resultados más fiables y precisos que los que proporcionan la escalas evolutivas o los tests de diagnóstico en una etapa determinada.

Existen principalmente dos tipos de problemas que impiden dar con certeza un diagnóstico y clasificar al niño dentro de una patología determinada en las primeras edades.

- Uno se relaciona con el problema de la normalidad, qué es lo normal en el desarrollo infantil y qué variaciones podemos considerar como normales o desviadas dentro del desarrollo. La falta de investigaciones psicológicas en las primeras edades no permite establecer con certeza lo que debe ser considerado normal o desviación.
- El otro problema se relaciona con la necesidad de predecir el futuro desarrollo en función del actual. No se puede considerar que un repertorio inicial determinado nos pueda predecir cómo será el desarrollo futuro. Niños con un buen repertorio inicial terminan necesitando intervención temprana a edades no tan tempranas. Y niños con un repertorio inicial bajo pobre no necesitan intervención. Entre otras razones porque no existen medidas fiables para la valoración del potencial inicial y porque son muchas las variables que influyen en desarrollo.

Sin duda alguna la falta de criterios fiables sobre qué debemos considerar normal o patológico en las primeras edades es una de las dificultades para poder detectar a sujetos que precisan intervención, pero no dificulta que los niños se desvíen. El Ministerio de Sanidad Y Consumo en 1991 ofrecía el siguiente dato: "El 60,36% de los niños atendidos en los Centros de Atención Temprana llegan a ellos después de los tres años de edad. Este dato pone de manifiesto la necesidad de incidir en los profesionales sanitarios, y concretamente en los pediatras, enfermeras de familia y médicos de familia de las zonas rurales, concienciándoles de la necesidad de permanecer alerta al cuidado de la población de alto riesgo, y en el estudio de los signos de alarma que pueden ayudar a detectar precozmente una deficiencia. Las primeras exploraciones del neonato pueden ser decisivas. Pero también el seguimiento de su posterior desarrollo psicosensomotor". El 30% de los niños derivados a Salud Mental

presentan trastornos emocionales en las primeras edades asociados al motivo de consulta pediátrica, menos de la mitad son detectados por el pediatra y derivados a Salud Mental Infantil (Garralda y Bailey, 1990). "la mayoría de los casos con trastornos emocionales de la infancia van a continuar sin recibir tratamiento adecuado, lo que va a ocasionar un incremento de la tasa de morbilidad en la edad adulta, un incremento de las tasas de delincuencia y, por consiguiente, un incremento del coste social" Rodríguez-Sacristán, Pedreira, Menéndez y Tsiantis (1995).

El Ministerio de Sanidad y Consumo recomienda mayor atención de signos de alarma en la población de alto riesgo, para que se pueda llevar a cabo la Intervención temprana cuanto antes. Si además, tuviera en cuenta a toda la población infantil y no sólo a los de alto riesgo es probable que el número de niños que necesitan atención temprana aumentará significativamente.

El Ministerio de Sanidad siguiendo las recomendaciones del Directorio Europeo de Salud Mental de la OMS (1990) propone entrenar a los profesionales de atención primaria y ofrece para intentar remediar esta situación una Guía de Detección Precoz de las Deficiencias del Recién Nacido y el Niño. Esta Guía contiene información para estar atentos al desarrollo evolutivo infantil del recién nacido hasta los seis años. Recomienda aplicarla a todo tipo de niños y no solamente a los de alto riesgo. Intenta así, realizar un control y seguimiento a toda la población infantil desde la pediatría y medicina en general, sin tener en cuenta la necesidad de que este control se lleve a cabo por los profesionales del campo a estudiar o vigilar y cayendo en la presunción de que el desarrollo psicológico puede medirse y valorarse sólo con instrumentos.

Son muchas las preguntas que todavía debemos hacernos si queremos intentar remediar la situación: ¿es posible detectar con los instrumentos actuales?, ¿qué detectan estos instrumentos?, ¿cuáles son los criterios para derivar e intervenir?, ¿qué sujetos debemos derivar a Estimulación Temprana y cuáles a Salud Mental o a los Equipos Psicopedagógicos?, ¿esperamos a que se establezca el trastorno o lo derivamos cuando sospechamos que pueden producirse?, ¿hay suficientes profesionales para atender la demanda que se produciría de derivar a niños con trastornos leves, no hablemos ya de los sospechosos de desviarse?. Si en este momento se atendiese a la población infantil que necesita por lo menos una valoración psicoafectiva específica los servicios de Salud Mental según Tizón (1992) se colapsaría.

Es acertado formar a los profesionales que en estos momentos atienden a la población infantil sana en el sistema sanitario pero está lejos de ser la solución a la detección precoz de desviaciones en la primera infancia. Creemos más adecuado reestructurar los servicios de Atención Primaria como primer paso para lograr soluciones a este grave problema.

Lamote de Grignon (1982) comenta que el 75% de las causas de retraso mental se atribuyen a causas desconocidas o factores ambientales. Si consideramos que con las técnicas actuales de medicina no se puede determinar el origen orgánico de algunas deficiencias pero suponiendo que en el momento que avance la ciencia médica y se pueda diagnosticar lo que en este momento se desconoce, es probable que disminuya el número de deficiencias con causa desconocida pero no creemos que el 75%, y si además tenemos en cuenta que el número de causas de deficiencia de origen psicosocial aumenta, es lógico pensar en la necesidad de incorporar al profesional de esta área.

Hellbrügge et al. (1980) afirman que "el desarrollo consiste en dos procesos biológicos fundamentales: crecimiento y diferenciación." El examen pediátrico consiste básicamente en explorar el crecimiento y el adecuado funcionamiento del organismo humano. Actualmente la pediatría adopta una visión del desarrollo más amplia, incluyendo aspectos sociales y psicológicos en la valoración infantil con el fin de obtener un diagnóstico más completo y real del niño. "el pediatra y el psicólogo infantil aprenden a utilizar los mismos conceptos y, basándose en ellos, trabajar conjuntamente en interés del niño" Hellbrügger (1980).

Touwen, neuropediatra, insiste en la necesidad de realizar dos valoraciones distintas pero complementarias: una exploración o valoración neurológica y una valoración del desarrollo. Touwen (1981), establece una clara diferencia entre desarrollo y maduración. Desarrollo lo define como "el aumento del número de capacidades, resultado de una interacción entre las propiedades del sistema nervioso y las experiencias ambientales". Y maduración como "las variaciones que tienen lugar en la estructura física del sistema nervioso". Según Touwen la distinción entre estos términos no se debe a un afán de clarificación semántica, sino a la necesidad de "subrayar el papel activo del organismo respecto de su entorno y la estimulación que deriva de éste". Y añade, que utilizarlos como sinónimos implica una forma de entender el sistema nervioso infantil. La concepción tradicional de que el recién nacido y lactante son seres inmaduros, frente a otro tipo de argumentaciones que sostienen que el recién nacido y el lactante son maduros para su momento evolutivo y sólo si se compara con el adulto pueden verse como inmaduros. Hay que entender al niño y estudiarle como un sistema determinado en desarrollo. Defiende que la programación genética puede verse afectada por las experiencias a las que es sometido un sujeto. Y cita a Tabardy y Tardieu que afirman que la experiencia y el aprendizaje "son necesarios para que el sistema nervioso muestre su potencial". Touwen dice. "podría afirmarse que el papel genético de la maduración del sistema nervioso está limitado a un "anteproyecto", con instrucciones más o menos precisas según la región del cerebro. Dado un cierto grado de maduración, el aprendizaje y la experiencia desempeñan un papel importante en la consecución de las capacidades funcionales". Finalmente nos recuerda que se desconoce todavía el proceso normal de

aprendizaje en circunstancias normales, por lo que debemos ser cautos a la hora de valorar dichas situaciones.

En definitiva, tanto desde la pediatría actual como desde la psicología es necesario realizar una valoración conjunta pediatra-psicólogo para obtener una visión global del desarrollo infantil.

3.1.- CONCEPTO DE SALUD

Existe un acuerdo prácticamente total en cuanto a la definición del concepto salud.

Siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial para la Salud, por salud se entiende "un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente de ausencia de afecciones y /o enfermedades".

Vega y García (1976) definen la salud como "El producto resultante de la armónica interrelación e interdependencia biológica, psicológica y social del hombre con su ambiente". Así definida, la salud abarca al ser humano en su totalidad al tener en cuenta las capacidades mentales y situando al hombre en sociedad.

En definitiva, la salud no se promueve desde la intervención médica, sino desde una perspectiva de trabajo global que atienda los aspectos médicos, sociales y mentales. Si aceptamos esta definición, la enfermedad y los trastornos, no se originan por deterioro físico, sino en relación a la globalidad del sujeto así definido, sin cuestionarnos la prioridad de lo físico, mental o social. La convergencia entre estos tres aspectos y su inseparabilidad es lo que da lugar a un grado óptimo de bienestar. El daño o deterioro en cualquiera de estos aspectos humanos altera el equilibrio que debe existir para lograr lo que se ha acordado llamar salud.

Si en la definición del concepto salud es difícil encontrar discrepancias, por el nivel de abstracción de sus términos, en la realidad o práctica tiene prioridad el concepto tradicional de salud, esto es, ausencia de enfermedad o trastorno, y desde esta perspectiva médica se realiza básicamente la intervención. Relegando a un segundo plano el aspecto mental y social y en ocasiones obviándolo (Tizón, 1992). Promocionar la salud, tal como la define la OMS, sólo es posible si se realiza una valoración global-conjunta de lo físico mental y social.

3.1.1.- Concepto de salud infantil

La definición de Salud, que acabamos de comentar, no se refiere a edades específicas, y por lo tanto el bienestar físico, mental y social debe promocionarse en todas las edades. El tópico

de que el niño pequeño no sufre, no siente, no piensa, no manifiesta sus sentimientos pues no debe tenerlos, nos aleja de procurarle otros cuidados que no sean los físicos, aunque estos cuidados físicos estén envueltos de afecto. Pero más allá de proporcionarle cuidados técnicos humanizados parece ser que existe una barrera histórico-social que impide ver al niño como niño. Las necesidades físicas que necesita por ser niño, también las tiene y también son específicas y peculiares en cuanto a su mundo mental y social. El bienestar no se logra atendiendo a lo que se considera necesidades prioritarias del individuo, la supervivencia. El concepto de salud tradicional, no enfermar, parece más difícil de superar en estas edades que en otras. Difícil de entender, si como apuntábamos en el capítulo I, existen unas corrientes que ensalzan la importancia de las primeras edades como determinantes máximos del desarrollo infantil. Corrientes que se entroncan con las teorías de principio de siglo (Freud, Piaget, Vigotski...). O corrientes menos extremas, que sin negar la importancia del desarrollo temprano lo sitúan dentro del marco del ciclo vital intentando no desvalorizarlo ni sobrevalorarlo.

El concepto de salud infantil se enmarca dentro del concepto de salud y no cabe distinguir o buscar una definición distinta. Pero sí es necesario concretizarlo y ajustarlo a las necesidades específica de la infancia.

Las líneas del programa a seguir serán las mismas: promocionar la salud atendiendo a los aspectos preventivos que la favorecen. Los recursos, las técnicas y las estrategias pueden variar en función de las necesidades de esta población pero no la consideración del término salud.

Ferrero, asesora ejecutiva del Ministerio de Sanidad y Consumo en 1991 afirma que la salud de los niños ha sido tratada bajo el concepto tradicional de salud, "... un niño tiene salud en la medida que están ausentes de su cuerpo cualquier clase de patología. En esta línea se ha planteado tradicionalmente la formación del personal sanitario que está más preparado para intervenir ante la enfermedad (curar, reponer lo que ha sido lesionado) que para promocionar la salud del individuo.", y continúa diciendo: "El concepto de Salud Infantil que deseo predomine en mi exposición tiene mucho más que ver con la promoción de la salud, con la prevención y por lo tanto con la educación que con la intervención ante la enfermedad, además todos estaremos de acuerdo con la importancia que tiene ver la salud como algo global, integrando lo físico y lo psíquico sin que domine uno sobre otro. En los primeros años de vida del niño esto es de una evidencia tal que no requiere aquí de mayor explicación".

Para poder promocionar la salud en la infancia debemos establecer el "perfil de salud infantil"

que creemos más óptimo, y ajustar las intervenciones a la realidad del medio, aproximándonos en la medida de lo posible a lo que hayamos considerado grado máximo de salud. En este sentido, habrá que tener en cuenta las "necesidades y demandas de salud del niño, expresadas por él mismo, su familia o el grupo social en que vive" L.M.Alvarez (1991).

Para establecer el perfil de salud infantil, es necesario tener en cuenta las características físicas y psicológicas que definen la infancia. Y respetar los procesos evolutivos que marcan, configuran y constituyen al sujeto como niño y no como adulto. La sociedad debe dar respuesta a las necesidades del niño y de la familia y si quiere proteger y cuidar a los niños es necesario según López (1996) "proponer una teoría de las necesidades de la infancia y organizar la sociedad para que cubra estas necesidades"

La labor básica y fundamental en salud infantil es comprender al niño como un todo bio-psico-social, esto hace posible la aceptación de la salud mental infantil y por lo tanto crear los servicios necesarios para promocionarla y atenderla y no sólo para tratar trastornos o desviaciones de conducta como son los actuales servicios de Salud Mental Infantil, término que refleja la dificultad para aceptar que el niño es un todo biopsicosocial y no un sujeto biosocial que se convierte en biopsicosocial cuando padece trastornos. La separación de los servicios de Atención Primaria y los de Salud Mental Infantil implica la separación de lo mental de lo biopsicosocial.

3.2.- LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD EN LA INFANCIA

La tendencia de los programas de salud a nivel internacional tienen como objetivo mantener la salud previniendo enfermedades o trastornos. "La promoción del Desarrollo Psicosocial es considerada por diferentes grupos de expertos de la OMS (1982, 1984, 1985, 1990, 1991 y 1992) como actividades de Prevención Primaria en la Salud Mental, lo que constituye prácticamente la única actividad específica de los profesionales de Atención Primaria y de Salud Mental Infantil en este campo" Rodríguez-Sacristán, Pedreira, Menéndez y Tsiantis (1995).

Los servicios dirigidos a mantener la salud deben estar compuestos por profesionales formados en las disciplinas que aportan los conocimientos concretos que se requieren para promocionar la salud en su aceptación actual, biopsicosocial. El equipo interdisciplinar es el encargado de plantear las acciones de promoción y prevención. La interdisciplinariedad significa la interrelación de los conocimientos de diversas disciplinas con el fin de comprender

un fenómeno determinado. el conocimiento que se obtiene por interdisciplinariedad aumenta la probabilidad de una mayor comprensión del hecho estudiado. De este conocimiento multidisciplinar se desprenden las acciones que se concretizan en actividades y recursos necesarios y disponibles que permitan obtener el objetivo propuesto. El equipo de trabajo debe estar compuesto por profesionales formados en el campo específico en el que van a actuar. En el campo sanitario el fin es obtener y mantener un grado óptimo de bienestar biopsicosocial. Las disciplinas que deben participar son sin duda múltiples por lo abstracto del concepto salud y la complejidad del mismo. Si hablamos de disciplinas y no de especialidades que pueden ocuparse de la salud y concretizamos partiendo de la definición del concepto salud tenemos, que la disciplina encargada de comprender lo biológico es la medicina y en salud biológica infantil, la pediatría. La disciplina encargada de estudiar la salud psicológica es la psicología y en cuanto a los aspectos psicopatológicos la psicología y la psiquiatría infantil. Los aspectos sociales son tratados en la práctica por los asistentes sociales.

Si nos preguntamos que profesionales deben formar parte de los equipos de salud primaria que atienden a la población infantil dentro del sistema sanitario que es donde se inician las acciones para mantener la salud, caben tres posibilidades: incluir al psicólogo en los equipos de salud primaria, incluir al psiquiatra ampliando su formación en conocimientos del desarrollo psicológico o formar al pediatra en aspectos psicológicos.

Los programas de salud nacionales e internacionales optan por formar al pediatra y a los profesionales del primer nivel asistencial, (Tizón, 1992; Pedreira, 1995). Priorizan así la salud biológica y minimizan en la práctica el aspecto psicológico que forma parte de la definición de la salud, convirtiendo el concepto de salud en bienestar biosocial, ya que lo psicológico queda incluido como mera formación en los conocimientos pediátricos.

De igual forma el término de Salud Mental queda reducido al ámbito de la psicopatología, es como si lo mental no existiera hasta que no se trastorna. El término Servicios de Salud Mental que pertenecen al segundo nivel de asistencia sanitaria, hace referencia a los servicios destinados al tratamiento de los trastornos y alteraciones mentales. Estos servicios están compuestos entre otros profesionales por psicólogos, no reconocidos como personal sanitario. Por lo tanto la Salud Mental o Salud psicológica no existe hasta que no se trastorna, mientras tanto forma parte de lo biológico o lo sociológico, no se sabe muy bien a qué profesionales hay que formar para mantener la Salud la llamaremos psicológica ya que la mental queda recogida en los servicios especializados. Formar a los médicos de familia, a los pediatras, a las enfermeras, a las auxiliares o quizás un poco a todos e irles manteniendo formados para promocionar y prevenir los trastornos psicosociales, término poco adecuado si se quiere

prevenir los trastornos psicológicos en general.

La Salud Mental que en definitiva es la Salud Psicológica, recibe en los programas actuales atención especializada. Al denominar Salud Mental a un servicio especializado cuyo objetivo es tratar alteraciones mentales el concepto de Salud propuesto por la OMS queda desfigurado y otra vez biologizado.

La salud como bienestar biopsicosocial implica salud mental, no trastorno mental. La salud y su componente mental no puede ser separado en un servicio especializado y además denominado Salud Mental, es el no va más de la contradicción, los trastornos mentales son una parte de lo Mental, ni siquiera de la Salud Mental porque es Salud, bienestar, o es trastorno.

La salud y su componente Mental no puede ser separado en un servicio especializado y además denominado Salud Mental. La Salud Mental en sí misma es bienestar, no recuperación del bienestar. La OMS y los programas sanitarios entran en contradicción con el concepto teórico y abstracto de Salud por ellos propuesto, al contemplar la salud psíquica, salud mental como trastorno. Esto es, desde el ámbito de enfermar y curar, desde la patología.

Proponemos que el término de Salud Mental desaparezca para denominar a los Servicios especializados en trastornos infantiles o adultos y que se cree un servicio de Salud Mental en Atención Primaria que es donde se promueve la salud mental y deben prevenirse los trastornos psicológicos.

La psicopatología infantil pertenece a los servicios especializados, no la salud mental, entendida como el estado óptimo de bienestar psicológico y no como el tratamiento de los trastornos.

En definitiva, es necesario cambiar el nombre actual de los servicios especializados en tratamientos de los trastornos mentales, ya sea de niños o adultos. Y que se creen unidades de Salud Mental en los Servicios de Atención Primaria para atender la demanda psicológica antes de que se trastorne, o sea, para atender a la Salud mental y no a la patología.

Existen en la actualidad servicios de pediatría y servicios sociales en Atención Primaria pero no existen servicios psicológicos que son a nuestro entender los que deben ocuparse de la salud mental, entendiendo por servicio de salud mental infantil la promoción y mantenimiento del bienestar psicológico desde el nacimiento hasta el final de la infancia. Estos servicios

junto a los actuales son los que deben llevar a cabo los programas de promoción y prevención de la salud infantil.

Desde 1990 se están implantando programas de promoción y prevención de la salud infantil en distintos países de Europa con el objetivo de sensibilizar y entrenar a los profesionales de atención primaria en la detección de problemas psicosociales con el objetivo de tratar de disminuir o tratar precozmente los problemas psicológicos y dificultades en la infancia.

La idea básica que define el término de prevención es la de actuar antes de que aparezcan las enfermedades y trastornos e intervenir una vez que éstos se hayan establecido.

En este sentido se establecen tres niveles de prevención en función del momento en que se actúa, prevención primaria trata de evitar la aparición de los trastornos, la prevención secundaria trata de evitar que se cronifiquen los trastornos y actúa en las fases iniciales de los mismos y la terciaria trata de evitar secuelas invalidantes una vez se ha instalado la enfermedad.

3.2.1.- Acciones preventivas

Para que la prevención sea eficaz y rentable es necesario planificar las acciones y los recursos que se van a utilizar y establecer prioridades.

Lo más penoso es la falta de recursos y la distribución inadecuada de los mismos. "No podremos lograr todo lo que deseamos, estando obligados a elegir. Ello implica ordenar prioridades y asignar los recursos hacia aquello que la sociedad valora más, y hacerlo al menor coste, sacando así el mayor provecho a los recursos, es decir, siendo eficientes económicamente".

Hay que destacar que lo que "la sociedad valora más" depende de muchos factores, y que alguno de ellos condicionados por distintas variables culturales y la falta de información y divulgación de temas específicos no asegura que lo que se valore más sea lo más rentable, justo o eficaz.

La prioridad a la hora de establecer estrategias de intervención se aborda en función de: la frecuencia de los problemas, la gravedad de los mismos, la tendencia creciente y la facilidad de prevenirlos utilizando los recursos existentes o modificándolos, cuando se predice que nuevas líneas de actuación disminuirían la probabilidad de aparición de consecuencias adversas.

En 1978 se elaboró en España el Plan Nacional de Prevención de Subnormalidad, se establecían las líneas generales a seguir y se insistía en la necesidad de la aplicación inmediata de acciones preventivas y normas de cumplimiento obligatorio para que dicho Plan funcionara y fuera eficaz: "Yo tengo que decir que cuando uno está convencido con base suficiente en la idea de que "aquello" es bueno y hay un consenso general de que efectivamente es bueno y esa bondad se ha visto ratificada por las experiencias y expertos de otros países. ¿ Por qué tanta timidez, por qué tanto temor al qué dirán?. Hay cosas que si no se hacen de cumplimiento obligatorio no se conseguirán, no seamos ingenuos" Arizcun (1981).

En esta misma línea Tarjan (1986) escribía en la revista Siglo Cero: "Como el planeamiento de los programas de prevención es un proceso dinámico que tiene que utilizar cada fracción de información nueva, y como el planeamiento estratégico se realiza mejor en los más altos niveles gubernamentales, siempre he sugerido el establecimiento de una comisión nacional permanente...". Más adelante afirmaba que existen dos maneras de desarrollar o implantar un plan de prevención: enfoque legislativo y enfoque educativo o la combinación de ambos.

Retomando las palabras de "asignar los recursos hacia aquello que la sociedad valora más", el Hospital Universitario San Carlos de Madrid realizó un estudio relacionado con una posible campaña de salud para la prevención primaria (1987). Las palabras claves más reseñadas en los resultados fueron: salud, prevenir y vida. La salud y la prevención serían prioritarios si se quiere seguir una política de recursos económicos que favorezcan los valores sociales. Junto a esta política de favorecer las actitudes sociales debe existir un plan general de prevención que marque las acciones que deben llevarse a cabo y este plan deben realizarlo los expertos en el campo de la salud.

Parece conveniente combinar las necesidades sociales con las propuestas realizadas por los expertos y valorar si los recursos son empleados eficientemente o es necesario cambiar de acciones y estrategias preventivas.

El criterio de eficiencia económica es el utilizado para seleccionar qué alternativas de acción para la salud serán prioritarias a la hora de distribuir los recursos.

Los estudios realizados en España sobre prevención y costo muestran que la relación prevención costo/beneficio es realmente barata si se compara con la relación costo/tratamiento. Iguales resultados se comprueban al revisar las investigaciones de este tipo en otros países.

Fierro (1972) insistía en la necesidad de prevenir la deficiencia mental y comentaba: "Se

quería encontrar el determinante último y adecuado de la deficiencia en cualquier sitio menos en la sociedad misma. Dispensaban así de escrutar los determinantes sociales de la deficiencia mental, disculpaban a los individuos, sobre todo, a la sociedad. Pero al tremendo precio de precintarse en el fatalismo lo que estaba en manos del hombre modificar".

Royer (1977), citado por L. de Grignon (1988), estima que: "a finales de siglo entre el 70% y el 80% de los motivos de consulta en la infancia en los países europeos serán de naturaleza psicosocial".

Corominas (1971) en su artículo "Bases para una política preventiva", afirmaba: "Aunque la acción se inicie, a causa de su urgencia, por la prevención terciaria, hay que llegar lo más pronto posible a la primaria, que es la más importante, en cuanto a sus efectos y sus resultados, y por lo tanto, la más preventiva de las tres".

Los estudios realizados en prevención primaria han demostrado su eficacia a nivel preventivo y económico, aunque la mayoría de ellos se han realizado en el campo de la medicina (pruebas metabólicas, vacunas...) y después de comprobar su eficacia se han aplicado a la totalidad de la población.

Estas estrategias de prevención deben conjugarse con otras acciones que permitan tratar al individuo en su conjunto biopsicosocial. La prevención debe coordinar esfuerzos, estudios y resultados desde distintos ámbitos y áreas de conocimiento. Tison y Lebrun (1981) señalan los beneficios de la prevención recordando que: "Lo esencial en cuanto a las mejorías obtenidas en los últimos años proviene de una cantidad preventiva sistemática. Es indispensable el trabajo en equipo y que el trabajo sea comprendido por todos. Esta prevención comienza antes del nacimiento y requiere varias especialidades en colaboración y vigilancia ulterior".

Este enfoque o actuación en medicina neonatal debe ser aplicado también a la psicología. Es necesario reconocer la labor preventiva que junto con el médico-pediatra puede realizar el psicólogo neuroevolutivo. Indudablemente, Tison y Lebrun al referirse a la necesidad de especialidades para realizar la prevención, se refieren a las especialidades médicas, puesto que están describiendo procesos patológicos evitables o prevenibles desde su ámbito de acción que es la medicina.

Si la prevención es un instrumento, una política o unas estrategias para promocionar la salud, habrá que realizarla desde los distintos aspectos que ésta abarca y puesto que uno de ellos es lo mental o psíquico es necesario que el psicólogo forme parte de los equipos de prevención

primaria.

Rojas Marcos (1993) afirmaba en una mesa redonda organizada por la Conferencia Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales: "En mi experiencia, el enfermo mental es más víctima que causante de la violencia. El y sus familias son víctimas de la violencia institucional, porque las instituciones no se responsabilizan de su tratamiento y apoyo", más adelante respondiendo a la pregunta de qué se puede hacer, dijo: "Hay que hacer prevención en los niños. Para los que ya sufren trastornos, el tratamiento es difícil y pesimista. Por lo tanto hay que influir en las familias, que es donde se crean personalidades antisociales".

La manera menos intrusiva de influir en la familia es ayudándola a conocer el desarrollo evolutivo, informando y orientando sobre procesos y acciones que influyen negativamente en la estructura mental de los niños y ofreciéndoles la posibilidad de un seguimiento psicológico que permita vigilar el desarrollo evolutivo de sus hijos.

La promoción de la salud y la prevención primaria la pueden realizar los padres formados en aspectos que puedan influir en la salud de sus hijos a través de acciones determinadas como pueden ser los programas de Educación para la salud dedicados a padres con el objetivo de que estos asuman en su vida cotidiana estilos de vida que permitan a los niños observar modelos correctos en cuanto a conductas familiares y recibir información adecuado sobre comportamientos específicos que disminuyen el riesgo de contraer enfermedades o accidentes infantiles.

La promoción y prevención primaria también pueden realizarla profesionales formados en campos específicos o profesionales especializados en campos específicos. Así tenemos que la prevención primaria puede ser llevada a cabo a través de servicios indirectos o servicios directos. Los servicios indirectos suelen realizarlos personal sanitario no especializado como son enfermeras y auxiliares que asesoran sobre conductas y acciones que deben realizarse para tratar de evitar ciertos problemas. Mientras que los servicios directos los deben realizar profesionales especializados en el campo específico que se quiera prevenir. El asesoramiento se centra en aspectos más especializados, intentando resolver dudas y problemas. El asesoramiento específico en el ámbito psicológico debe llevarlo a cabo un profesional de psicología.

Resumiendo, la prevención comienza en la infancia y en la familia en una población infantil sana y mediante un equipo interdisciplinar en la que se incluya al psicólogo en los primeros niveles de asistencia.

3.2.2.- Críticas a la prevención primaria

La prevención primaria está "orientada a las condiciones y causas que generan un problema"(Gaetano di Leo, 1990). La prevención primaria presupone que existe un riesgo potencial de aparición de problemas en una población o sujetos determinados. Para tratar de evitar que los problemas se establezcan, clasificamos la población según indicadores o factores de riesgo y planteamos las acciones a seguir en función de las causas o condiciones que pueden originar dichos problemas.

Esta tendencia a situar a la población, familia o sujeto en riesgo, puede, paradójicamente, terminar desviando a esos sujetos a los que se intentaba prevenir.

Gaetano di Leo (1990) señala varias críticas que hay que tener en cuenta al trabajar en prevención primaria y riesgo social:

- El situar a los sujetos en riesgo puede llevar a acelerar la situación que tratábamos de evitar.
- Al clasificar a los sujetos en riesgo y no riesgo aumenta la probabilidad de intervención en los de riesgo y disminuye en la de no riesgo.
- Existe una tendencia a etiquetar a los sujetos en riesgo más rápidamente que a los de no riesgo.
- Buscamos y establecemos propuestas que lleven a la intervención.
- Corremos el riesgo de pasar de una actitud preventiva a una actitud controladora.
- La actitud controladora puede llevar a la intervención necesaria pero también a la innecesaria.

Para contrarrestar los efectos negativos que pueden establecerse trabajando en prevención primaria, este mismo autor propone:

- Separar claramente riesgo de desviación.
- No intervenir si no hay seguridad aún a riesgo de errores.
- Cualquier conducta diferente a la esperada no indica que se inicia la desviación o problema esperado en un sujeto o población. Es necesario analizar y valorar la realidad en la que aparece, la actitud del profesional y la actitud de los demás antes de intervenir.
- Tener en cuenta que el seguimiento es una intervención en sí, ya que analiza el desarrollo en su contexto, lo cual permite reflexionar antes de decidirse a realizar otro tipo de intervención más específica.

3.3.- FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

El concepto de riesgo en salud se define como la probabilidad estadística de que aparezca la enfermedad o trastorno en aquella población o individuos expuestos a características o factores que entendemos o conocemos que producen consecuencias negativas en la salud.

Los factores de riesgo son las condiciones o características que pueden desestabilizar el desarrollo o desencadenar patologías.

Los factores protectores son aquellas circunstancias o características individuales o grupales que contribuyen al desarrollo evolutivo armónico o disminuyen la probabilidad de que los factores de riesgo alteren o desencadenen patologías.

En promoción y prevención primaria es necesario trabajar con factores de riesgo y factores protectores.

En la primera infancia el estudio de factores de riesgo y protección es reciente, al igual que las investigaciones sobre factores específicos y su relación con trastornos o patologías.

"La psicopatología de las primeras etapas de la vida constituye un fenómeno reciente, que podemos situar en las últimas décadas de este siglo", Doménech (1995).

El interés por la psicopatología infantil y la prevención e intervención precoz de los trastornos también es reciente. Este interés por prevenir e intervenir impulsa estudios sobre factores de riesgo, protectores, signos de alarma y estudios epidemiológicos en la infancia, (Cobo, 1983; Doménech y Polaino-Lorente, 1990; Bragado, 1995 y Doménech, 1995).

Este interés se debe principalmente, como hemos expuesto en otros capítulos, a los conocimientos aportados por la medicina, psiquiatría, psicología evolutiva, al interés social y científico por la infancia, a la necesidad de elaborar instrumentos de evaluación adecuados a las primeras edades, a los programas de salud impulsados por la OMS a partir de los años ochenta y al aumento de la supervivencia y como consecuencia a un aumento de la morbilidad en la primera infancia.

Diferentes proyectos y estudios epidemiológicos se van realizando con el fin de establecer y valorar las situaciones capaces de provocar trastornos en la infancia, Tsiantis y Macri (1995) presentan una serie de investigaciones que estudian factores de riesgo y de protección en función de las características del niño (temperamento y sexo), de factores parentales y familiares (tipo de vínculos y relaciones interpersonales) y factores sociales y ambientales

para terminar comentando la dificultad actual de hacer un "retrato-tipo" de niño de riesgo y de niño elástico o menos vulnerable. Señalan la importancia de considerar la interacción entre factores, la multicausalidad más que los efectos de factores aislados.

Durante décadas se consideraron dos tipos de factores de riesgo fundamentalmente, el biológico y el ambiental (Sameroff, 1978) y dentro de los riesgos ambientales la familia como causa directa de los trastornos, "Otro riesgo es considerar toda la psicopatología de un bebé como consecuencia de los padres", Doménech (1995). La tendencia actual es considerar la incidencia de varios factores en el origen del desencadenamiento de la enfermedad. "El desarrollo de patologías depende más de la multicausalidad de factores que de uno solo" Sameroff y col. (1994), y los factores protectores que amortiguan o frenan la aparición de los de riesgo. Los autores coinciden en considerar tres grupos de riesgo y protección: Las características del niño, los factores paternos y familiares y los factores sociales y ambientales, (M^aJ. Rodríguez, 1997).

Para elaborar programas efectivos y acciones de intervención eficaces preventivas es necesario trabajar con factores de riesgo y de protección que nos ayuden a reelaborar los programas y su aplicación en función de la población, familia y niño en la que se apliquen.

El objetivo de trabajar con factores de riesgo y de protección es el de mejorar o mantener la salud disminuyendo la incidencia de aquellos factores que puedan interferirla. Permite establecer las necesidades existentes en una comunidad y establecer prioridades de atención en función de la incidencia de uno u otros factores en una población o individuos concretos.

Los factores de riesgo son "las características o circunstancias determinables de una persona o grupo de personas, que según los conocimientos que se poseen, asocia a una probabilidad mayor de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso. Los factores de riesgo son observables e identificables antes de producirse el acontecimiento que predicen", Escuela Andaluza de Salud Pública (1990).

Un indicador de riesgo es "Aquel factor (personal o ambiental) que asociado a una determinada enfermedad, hace que la presencia de la enfermedad sea más frecuente en aquellas personas que poseen ese factor, que en las que no lo poseen siempre que la presencialidad de ese factor anteceda a la aparición de la enfermedad" Polaino-Lorente (1990). Teniendo en cuenta, como especifica Polaino-Lorente, que no siempre una asociación entre fenómenos significa que haya una relación causal pero su presencia nos hace suponer la posibilidad de desencadenar una enfermedad.

Actualmente se recomienda en los primeros niveles de promoción y prevención de la salud trabajar con factores de riesgo y factores de protección ya que ayudan a localizar a la población susceptible de desarrollar patologías y permiten establecer programas y acciones específicas destinadas a contrarrestar los efectos que dichos factores pueden producir. "El conocimiento de los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de la psicopatología y de los factores de protección que promueven el desarrollo armónico de los niños es importante no sólo para identificar individuos y grupos de alto riesgo, sino también para desarrollar estrategias efectivas de intervención y diseñar programas preventivos", Tsiantis y Macri (1995).

El concepto de riesgo trata de esclarecer que niños deben ser considerados con mayor probabilidad de padecer alteraciones en su desarrollo. El concepto de riesgo en niños indica que si bien el niño presenta un funcionamiento normal en su desarrollo si sigue estando en las condiciones tal como se presentan actualmente tiene un alto grado de probabilidad de que su desarrollo sufra disarmonías. Esto es, los factores que intervienen en el momento actual sitúan al niño en una mayor probabilidad de que su desarrollo se desvíe que en el caso de que estos factores no interviniesen.

3.3.1.- Clasificación según tipo de riesgo

Riesgo biológico: Niños con un historial médico de lesión o trastorno del SNC diagnosticados durante el período prenatal, perinatal y neonatal o de desarrollo temprano.

Riesgo ambiental: Niños con altas probabilidades de que algún factor o algunos factores o condiciones del medio social o físico, o ambos, interfieran la aparición de sus pautas normales de desarrollo.

Cabe destacar, que durante la primera infancia los problemas de origen biológico son más alarmantes, más evidentes y causan más impacto una vez establecidos. Mientras que los problemas ambientales que sufre el niño son actualmente menos evidentes, o menos reconocidos y por lo tanto pasan desapercibidos al ser infravaloradas sus consecuencias. Aunque a medida que el niño avanza en edad los efectos de un ambiente inadecuado producen diferencias significativas en su repertorio conductual que no se evidencian en niños cuyo ambiente no presenta estas deficiencias.

Sameroff (1981) resaltaba la importancia de los factores ambientales a la hora de predecir el desarrollo normal del niño. Afirmaba que los factores que mejor predicen el desarrollo en la actualidad son los de tipo social y no los factores de riesgo biológico. En 1994 Sameroff y

col. resaltan la multicausalidad en la alteración o aparición de patologías.

Es mejor hablar de "redes causales" que de indicadores de riesgo, especialmente en psiquiatría ya que las alteraciones son multifactoriales (Polaino-Lorente, 1990).

Existe también el riesgo evolutivo, Cobo (1983), este riesgo a diferencia del ambiental o del biológico apunta a las características que aporta el individuo como sujeto de su propia evolución, independientemente de su medio y de su constitución biológica pero íntimamente ligados a ella.

Esta variable o factor intraindividual, podría explicar porqué en ambientes y constituciones genéticas no consideradas en riesgo se establecen patologías o desviaciones en el desarrollo. Es importante por lo tanto que las clasificaciones futuras lo tomen en cuenta pues así se da entidad a lo que llamamos sujeto activo en el proceso de desarrollo.

Los factores de riesgo sirven para identificar a la población susceptible de intervención. Como hemos explicado, la dificultad de identificar qué población está expuesta a riesgo se debe a la falta de criterios de clasificación que nos permita determinar qué niños o qué población infantil se beneficiaría con una intervención antes de que se desviaran.

Es necesario realizar estudios epidemiológicos que en este sentido aporten nuevas informaciones sobre la población a considerar en riesgo.

Consideramos tres factores de riesgo: ambientales, biológicos e individuales o evolutivos.

- Riesgo ambiental: referente a las condiciones del medio socio-familiar.
- Riesgo biológico: referente a las características del organismo.
- Riesgo evolutivo: referente a las características, contenidos y elaboración individual de las estructuras mentales en desarrollo.

Signos de alarma

Unido al criterio de riesgo aparece el de signo de alarma. Entendiendo por Signo de Alarma: las manifestaciones, el síntoma o la señal de que algo anormal ocurre en el desarrollo o maduración del niño. Es la contrastación de que está alterado o se está alterando el proceso de desarrollo de un individuo.

Brines et al. (1988) señalan que: "Existe actualmente dificultad para valorar la función normal y patológica de las regiones más críticas del sistema nervioso central, las que más a menudo

son lesionadas por los acontecimientos perinatales... Pero el mayor conocimiento de la función normal y alterada permite hablar de signos de alarma y éstos permiten establecer un tratamiento precoz".

El desarrollo neurológico manifiesta un grado de crecimiento continuo pero dispar según sus estructuras. Así, las estructuras subcorticales manifiestan un grado de desarrollo mayor en el recién nacido que las estructuras corticales. Esto se traduce en que la semiología neurológica refleja fundamentalmente la condición funcional de estas áreas.

La incompleta maduración del sistema nervioso del recién nacido hace necesario la vigilancia y seguimiento del mismo con el fin de detectar posibles desviaciones que por no estar aún en funcionamiento no es posible valorarlas. En este sentido la utilización de signos de alarma permite analizar más detenidamente la conducta del niño. Al tener en cuenta indicadores que señalan una gran probabilidad de desviación de la conducta esperada resulta posible intervenir antes de que ésta se manifieste o cronifique.

El signo de alarma es la manifestación de alteraciones en el desarrollo actual o futuro, es un concepto clínico para poder realizar la intervención precoz (Doménech, 1993).

Los signos de alarma, al igual que los factores de riesgo, tienen el peligro de provocar una intervención innecesaria, ya que las peculiaridades del desarrollo del recién nacido y lactante y la incompleta maduración del sistema nervioso dificulta la interpretación de los mismos, siendo necesario tener en cuenta otros factores que completen la información obtenida a través de ellos. Pero si a los signos de alarma unimos los factores de riesgo biológico, ambiental o evolutivos que pueden interferir el desarrollo del niño es posible que la decisión de intervenir sea más acertada, sin necesidad de esperar a que la conducta evolucione y manifieste patología o normalidad.

**4.1.- PROPUESTA DE UN MODELO PSICOLÓGICO DE ATENCIÓN,
VALORACIÓN E INTERVENCIÓN AL NIÑO SANO**

Proponemos un modelo de atención a la infancia desde la psicología y que obviamente debe ser llevado a la práctica por psicólogos, con el objetivo de promover la salud mental, prevenir e intervenir precozmente alteraciones o trastornos en el desarrollo del niño. Proponemos que el profesional de psicología trabaje junto al pediatra y los profesionales del primer nivel de asistencia sanitaria en los centros de Atención Primaria, que delimiten sus funciones y que realicen un programa conjunto y una valoración única del estado evolutivo y circunstancias que rodean al niño. "Debe aplicarse en la actualidad una batería de pruebas dirigidas por equipos interdisciplinarios" Bender (1988), "El problema está, entre otras cosas, en cómo evaluar cada uno de los componentes biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en cada una de las enfermedades y, por supuesto, en los estados de salud. La respuesta sólo puede venir por la vía de aceptar la interdisciplinarietà... Es urgente desarrollar programas de colaboración interdisciplinar", Belloch y Olabarría (1993).

Conscientes de la dificultad de valorar y diagnosticar en la primera infancia utilizando los instrumentos actuales de evaluación, escalas de desarrollo y de los tests de screening, hemos elaborado unos protocolos de seguimiento, valoración e intervención psicológica del desarrollo en la primera infancia que nos permitan situar el desarrollo del niño en su momento actual.

Proponemos un modelo de seguimiento, valoración e intervención psicológica flexible que una vez llevado a la práctica debe ajustarse a las necesidades de los centros donde se aplique.

Modelo de atención psicológica en la primera infancia

Elaboramos un modelo de atención psicológica en la primera infancia con la intención de realizar un control del niño sano, un seguimiento que valore la continuidad del desarrollo en sentido positivo, ya que "la salud es un proceso evolutivo y no una situación estática" Nieto (1987).

El objetivo es promover, prevenir y detectar en fase asintomática posibles desviaciones del desarrollo. Partimos de que la psicología posee conocimientos teóricos y prácticos que le permiten enfrentarse a esta tarea de evaluación del niño sano.

Para llevar a cabo este objetivo proponemos un modelo que comprenda:

- Seguimiento
- Valoración

Seguimiento

Un desarrollo inicial sano no asegura la continuidad del mismo, son numerosas las variables que pueden incidir y desviar a un sujeto sano de nacimiento. El desarrollo en las primeras edades se produce de forma muy rápida por lo que es conveniente establecer un calendario de visitas que permita controlar la aparición de las conductas esperadas en estas edades. Durante el primer año de vida se producen numerosos cambios evolutivos en poco tiempo, esto supone que el número de visitas deberá corresponderse con los momentos en los que se espera se vayan a producir logros significativos. En el segundo año de vida el desarrollo se lentifica y los períodos de tiempo en los que se producen logros significativos son más amplios.

Teniendo en cuenta que los cambios evolutivos que marcan hitos importantes en la conducta del individuo se distribuyen de forma irregular en el tiempo será conveniente realizar un calendario de visitas que se corresponda con esa irregularidad temporal. Por lo tanto se realizarán un número mayor de visitas durante el primer año de vida para poder detectar problemas de desarrollo, mientras que en el segundo año de vida no será necesario programar el mismo número de visitas.

Calendario de visitas:

Primer año de vida

- 1º semestre: 5 visitas, una al mes y repartidas de la siguiente manera: 1m-2m-3m-4m-5m
- 2º semestre: 2 visitas, una cada trimestre y repartidas de la siguiente manera: 9m-12m-

Segundo año de vida

- 2 veces al año: 18m y 24m

Tercer año de vida

- 2 veces al año: 30m y 36m.

A partir del tercer año de vida

- Una vez por año

El calendario de visitas es orientativo y podrá cambiarse en función de las necesidades del sujeto:

- En el caso de que se constate normalidad, la siguiente visita corresponderá a la programada según la edad cronológica establecida en el calendario de visitas.
- En el caso de que se considere situación de riesgo mínima se darán las orientaciones pertinentes y se seguirá el mismo calendario ya programado.
- En el caso de que la probabilidad de riesgo sea mayor se programarán las visitas que se crea conveniente.
- Cuando se considere sospecha de desviación o alteración se programarán visitas de tratamiento en sesiones educativas.
- Si se constata desviación o alteración se intervendrá inmediatamente. La intervención puede realizarla el mismo profesional, un profesional distinto o ambos. En casa o en los centros.

Valoración psicológica

La valoración psicológica debe tener en cuenta todos los factores que pueden incidir de forma positiva y negativa en el niño. Por lo tanto debe registrar, sistematizar y analizar todos los aspectos que puedan favorecer o interferir el desarrollo.

Es necesario utilizar los conocimientos que las diversas teorías psicológicas nos aportan para explicar adecuadamente la realidad. No se trata de construir teorías o aportar nuevos datos teóricos sino de intentar llevar a la práctica los conocimientos teóricos y relacionarlos con los de otras ciencias.

Los aspectos que debe tener en cuenta la valoración psicológica quedan comprendidos en los siguientes apartados:

A) Historia clínica

La historia clínica la realizarán conjuntamente el médico-pediatra, el psicólogo y los profesionales sociales. Cada profesional aportará los datos significativos para la valoración

del niño y su entorno.

B) Exploración psicológica

La realiza el psicólogo. Explorará las áreas clásicas del desarrollo infantil: motricidad, lenguaje, socialización y percepción - cognición. Atendiendo a otros aspectos que puedan resultar interesante para la exploración y no estén recogidos en estas áreas.

C) Instrumentos

Los profesionales de psicología pueden elegir las técnicas o instrumentos que crean más oportunas para su trabajo en un centro específico y que pueden variar según las necesidades de la población de la zona, así como la necesidad de recoger información sobre las demandas más frecuentes.

Las técnicas adecuadas para este tipo de trabajo son:

- Cuestionarios de observación
- Protocolos de observación y seguimiento de la conducta
- Pruebas de diagnóstico para diferentes edades
- Criterios de clasificación: CIE-10 ó DSM-IV

4.2.- REVISIÓN DE LAS ESCALAS EVOLUTIVAS Y CUESTIONARIOS

Revisamos las escalas de desarrollo existentes en el mercado español con la finalidad de elaborar el protocolo de desarrollo infantil de cero a dos años que nos iba a servir de instrumento de valoración. Queríamos saber qué logros significativos recogen dichas escalas y cómo los agrupan. Consultamos diversos organismos oficiales, buscamos en las actas de congresos relacionados con la evaluación de la primera infancia, realizamos una búsqueda bibliográfica relacionada con los instrumentos de valoración en recién nacidos y lactantes y preguntamos en las casas especializadas en la venta de tests psicológicos (TEA, MEPSA, EOS, ICCE Y CIOS) para conocer cuáles eran los instrumentos más utilizados en estas edades. A partir de la información obtenida revisamos solamente las escalas o pruebas más utilizadas en nuestro país.

Pudimos constatar que existen varias pruebas que se pueden utilizar entre los cero y los dos años de vida. Nos sorprendió la proliferación de calendarios, folletos, programaciones

relacionados con estas edades que han surgido a partir de 1990, aproximadamente, y que son divulgados con el objetivo de realizar un seguimiento evolutivo y poder detectar desviaciones en el curso del desarrollo, según suelen especificar sus autores en la introducción de los mismos, señalando todos ellos que no sean utilizados para el diagnóstico. También revisamos estas propuestas de secuencias evolutivas.

El Ministerio de Educación y Ciencia realizó en 1988 un estudio para obtener información sobre las necesidades y demandas de los profesionales de los Equipos Multiprofesionales. La encuesta recoge las pruebas más utilizadas, material, tipo de intervención y necesidades más urgentes de dichos profesionales. Los resultados los agrupan por áreas, por ejemplo: área cognitiva, área del lenguaje, área perceptiva...

Comentaremos, a modo de ejemplo, sólo los resultados de alguna de las áreas del cuestionario utilizado por el MEC.

En el área cognitiva se utilizan pruebas psicométricas tradicionales de evaluación. El desarrollo psicomotor de la primera infancia de Brunet-Lezine aparece en un 40% de las encuestas, se le concede una elevada adecuación, pero no suele ser utilizado. No se utilizan instrumentos para evaluar el funcionamiento de los procesos cognitivos que a su vez son los considerados más adecuados para establecer la intervención. El MEC cree que puede ser debido a la poca disponibilidad de estas pruebas o bien al desconocimiento de las mismas.

Las conclusiones relacionadas con el área del lenguaje apuntan hacia una dispersión de pruebas utilizadas, a la poca utilización de las mismas y a un alto porcentaje de pruebas de elaboración propia.

La evaluación del área perceptiva hace referencia a la percepción visual, no se mencionan otras pruebas que evalúen otros canales perceptivos, exceptuando audición, que se nombra en el área de lenguaje. La prueba más utilizada es el Bender.

En el área de psicomotricidad la prueba más utilizada es la de Ozeretsky, de uso frecuente y valorada entre elevada adecuación y relativamente adecuada.

En el área de maduración y aprendizaje la prueba que obtiene un mayor porcentaje es el BOEHM (conceptos básicos).

En el área de socialización se utilizan pocos instrumentos estandarizados, se menciona el PAC y un cuestionario para padres, éste se utiliza prácticamente siempre y es de elaboración

propia.

En cuanto a los instrumentos de intervención psicopedagógica utilizados por los equipos y relacionados con las primeras edades se nombra la guía Portage y el material de Estimulación Precoz de Zulueta-Moya. Siendo la guía Portage la que se utiliza frecuentemente. Cabe destacar que son también utilizados para la evaluación.

De los resultados de esta encuesta realizada por el MEC podemos concluir que los equipos psicopedagógicos no utilizan pruebas de desarrollo general, que un instrumento clásico como el Brunet-Lezine para evaluar el desarrollo no se suele emplear y en cambio se utiliza una guía de desarrollo como la Portage para la evaluación del desarrollo en las primeras edades.

En cuanto a la asistencia hospitalaria, no encontramos una encuesta parecida a la que realizó el Ministerio de Educación, por lo tanto las referencias a los instrumentos más utilizados no puede ser tan pormenorizada como la que acabamos de realizar en el ámbito escolar. Tampoco podemos presentar datos, porcentajes de la utilización de instrumentos estandarizados o de elaboración propia que se aplican para valorar a los niños pequeños en hospitales o centros de atención primaria del INSALUD.

Sólo conocemos, a través de los distintos libros consultados, los instrumentos que recomiendan los profesionales que trabajan en atención primaria o el que recomienda el Ministerio de Sanidad y Consumo en su Guía de la detección precoz de deficiencias del recién nacido y del niño (1991). El instrumento más recomendado es el Denver, no sabemos si es utilizado frecuentemente, o solamente es recomendado y empleado por algunos profesionales sensibilizados en el tema de prevención primaria. No encontramos ponencias, conferencias, simposios que presentarán los resultados de la aplicación de dicho instrumento en España. Encontramos varios escritos donde se nombraba y comentaba el Denver y un artículo en Anales de Pediatría, 1989 de González de Aledo, donde se comenta los beneficios de su utilización en la asistencia pediátrica para la detección precoz de deficiencias en el desarrollo.

En los programas de Atención al Niño de los centros de Atención Primaria, también se nombra este instrumento como el que puede ser empleado para la detección precoz de deficiencias, lo cual es lógico puesto que es el que recomienda el INSALUD en su Guía de detección de deficiencias.

El test para diagnóstico o valoración más nombrado en los distintos congresos relacionados con la primera infancia y en medios hospitalarios es el de Brunet-Lezine. Los informes-diagnósticos que nos llegan de organismos relacionados con la asistencia sanitaria utilizan

para su evaluación el Brunet-Lezine, es de suponer que sea el tests más utilizado en los medios sanitarios. Pero no tenemos datos para comprobarlo.

Existe actualmente una proliferación de ponencias y artículos en revistas especializadas de la Escala Neocomportamental de Brazelton, no hemos podido comprobar su utilización frecuente en la práctica sanitaria, sí para investigación en ámbitos hospitalarios, (Maganto, 1995; Jirón, Costas, Botet y Cáceres 1996).

Y finalmente señalar que han aparecido diversos instrumentos de evaluación y detección de deficiencias en las primeras edades: Haizea-Llevant (1991), Battelle (1997), Guía del Desarrollo (Murcia, 1995), Detección de Deficiencias y Estimulación Temprana (1994) que se definen como instrumentos de prevención y tratamiento de las deficiencias y están pensados para que los profesionales sanitarios y educadores puedan detectar precozmente desviaciones en el desarrollo infantil. Pretenden ser útiles para realizar un cribaje de la población infantil sana que precisa diagnóstico o una evaluación más completa. Todos los autores insisten en la falta de información de los profesionales que trabajan con niños pequeños sobre las secuencias evolutivas esperadas en las primeras edades que son las que permiten detectar y prevenir alteraciones en el desarrollo.

En definitiva y después de una lectura pormenorizada de dichos instrumentos llegamos a la conclusión de que todos ellos persiguen: sensibilizar a los profesionales de la importancia de la valoración psicológica en la población infantil sana para prevenir alteraciones en el desarrollo y ofrecer instrumentos sencillos que identifiquen a los sujetos que tienen mayor probabilidad de desviarse.

Todas las pruebas o listados de secuencias de desarrollo revisadas, a excepción de los instrumentos clásicos de valoración: Gesell, Brunet-Lezine, Bayley..., pueden ser aplicadas por personal no especializado y muchas de ellas están dirigidas a padres.

Nosotros hemos revisado los tests clásicos más utilizados en España y los instrumentos de valoración aparecidos recientemente. Incluimos la revisión de la Guía Portage puesto que está siendo utilizada en las primeras edades para evaluar (ver encuesta del MEC antes comentada).

Solamente comentaremos algunas de las escalas y algunas de las guías revisadas. Las más utilizadas o que presentan alguna novedad con respecto a las demás, ya que en general todas siguen el mismo esquema de valoración y utilizan los mismos items. Por lo tanto las conclusiones que aquí presentamos sirven para las demás.

4.2.1.- Resultados de los análisis realizados

Hemos revisados las escalas evolutivas que hemos encontrado en diferentes libros de psicología evolutiva o de medicina, escalas de desarrollo que proponen los autores de dichos libros pero no las añadimos pues no aportan datos nuevos y algunas de ellas hacen referencia a aspectos parciales del desarrollo.

Las escalas de desarrollo revisadas y comentadas son las siguientes:

- Brunet-Lezine
- Haizea-Llevant
- Denver
- Método de Munich, Hellbrügge
- Escala Observacional del Desarrollo (EOD)
- Guía para la detección precoz de las deficiencias del recién nacidos y del niño
- Flehmig
- Portage
- Inventario de desarrollo Battelle (IDB)

Escalas y cuestionarios de desarrollo revisados

- Gesell
- Período sensoriomotor (Test de Piaget)
- Bayley
- Escala de Comportamiento Neonatal de Brazelton
- Lamote de Grignon
- Desarrollo psicomotor primer año de vida, Coriat
- Gassier
- D. Wallon
- Hanson
- Illingworth
- Calendario Catalán del desarrollo
- Guía de desarrollo de Murcia
- Guía de desarrollo de Castilla-La Mancha
- Brazelton
- Lebovici
- Zulueta
- Programa ARYET
- PAC
- Cuestionario social de Simón

- Protocolos de valoración en Salud Mental Infantil, Pereira (1995).

Para facilitar la lectura de la revisión hecha utilizamos el siguiente esquema de trabajo:

- Edad de aplicación
- Áreas que trabajan
- Aspectos evaluados en las distintas áreas
- Distribución de los items por áreas
- Items significativos no utilizados

Revisamos los items hasta los dos años, para poder realizar el protocolo de valoración que empleamos en este estudio.

El criterio utilizado para valorar los items que componen las áreas de las escalas evolutivas ha sido el siguiente:

- Área Motora: Deben evaluar el desarrollo de las capacidades motoras y la posibilidad de adaptarse y manejar motrizmente el entorno.
- Área Cognitiva: Deben evaluar la capacidad de obtener, retener y analizar la información.
- Área Social: Deben evaluar la capacidad de interactuar con el entorno.
- Área del Lenguaje: Deben evaluar la capacidad de iniciar o mantener la comunicación con el entorno y la adquisición de símbolos lingüísticos y reglas gramaticales propias de la lengua.

BRUNET-LEZINE

El análisis que realizamos a esta escala es más exhaustivo que el del resto de las pruebas. Es uno de los tests clásicos en psicología infantil, en la encuesta del MEC aparece como el más fiable por los profesionales pero el menos aplicado, los informes que recibimos de los centros hospitalarios utilizan esta prueba.

Edad de aplicación: 0 a 6 años

Áreas que trabaja: de 0 a 2 años

- Psicomotriz _____ 41 items
- Cognición _____ 54 "
- Socialización _____ 34 "
- Lenguaje _____ 20 "

Aspectos evaluados en las distintas áreas

Área psicomotriz. Esta área evalúa la motricidad gruesa. Emplea 41 items para valorarla y los reparte del siguiente modo:

- 7 de control cefálico
- 2 de movimiento
- 10 de desarrollo de la mano a nivel global
- 4 de sedestación
- 16 de marcha
- 2 de extensión e incorporación del cuerpo

Área perceptivo-cognitiva. De los 54 items dedicados a valorar la percepción-cognición:

- 18 valoran la cognición
- 9 la motricidad fina
- 23 visión-audición y capacidad manual

Área social. De los 34 items dedicados a esta área:

- 11 se relacionan con la socialización
- 10 evalúan la cognición
- 7 evalúan la motricidad fina
- 6 evalúan el lenguaje

Área lenguaje. 20 items

- 18 relacionados con el lenguaje
- 2 relacionados con la cognición

Los 18 items de lenguaje se reparten en 15 items de expresión y 3 items de comprensión. Los items de lenguaje valoran un lenguaje repetitivo, imitativo, receptivo. No valora la interacción lingüística. No dedica ningún item al lenguaje gestual.

HAIZEA-LLEVANT. ESCALA DE DESARROLLO

Edad de aplicación: 0 a 6 años

Áreas que trabaja. Las áreas que valora esta escala son:

- Área de socialización _____ 18
- Área de lenguaje y lógico-matemática ____ 16
- Área de manipulación _____ 12
- Área postural _____ 17

Hemos analizado los elementos que forman parte de esta escala hasta los dos años.

Y podemos concluir diciendo que:

- 1) Área de socialización: de los dieciocho items que valoran esta área sólo seis de ellos pueden considerarse sociales. Los doce restantes se relacionan con la cognición.
- 2) Área de lenguaje y lógico-matemática: de los dieciséis items, trece valoran el lenguaje y tres la cognición.
- 3) Área de manipulación: de los 12 items que componen esta área, once valoran la motricidad fina y uno el lenguaje
- 4) Área postural: los diecisiete items evalúan la motricidad gruesa.

Aspectos evaluados en las distintas áreas

Debemos señalar que esta escala, a diferencia del resto, incluye 13 signos de alarma para las distintas áreas.

Área de socialización: Compuesta por 18 elementos. Al evaluar esta área de desarrollo comprobamos que de los veinticuatro items que la componen sólo seis pertenecen al área social. La distribución de dichos elementos es:

- 8 preguntas relacionadas con la cognición

- nº 3.- Reconoce el biberón
- nº 4.- Mira sus manos
- nº 7.- Busca el objeto caído
- nº 9.- Juega a "esconderse"
- nº 10.- Busca objeto desaparecido
- nº 11.- Imita gestos sencillos
- nº 14.- Imita tareas del hogar
- nº 17.- Da de comer a los muñecos

- 2 de visión

- nº 5.- Persecución óptica vertical
- nº 6.- Persecución óptica horizontal 180º

- 2 de audición
 - nº 1.- Reacciona a la voz
 - nº 2.- Distingue a su madre mediante la sonrisa
- 6 se relacionan con el inicio de hábitos de autonomía personal
 - nº 8.- Come una galleta
 - nº 12.- Colabora cuando le visten
 - nº 13.- Lleva un vaso a la boca
 - nº 15.- Come con cuchara
 - nº 16.- Ayuda a recoger los juguetes
 - nº 18.- Se quita los pantalones

Signos de Alarma: Analizamos si los signos de alarma se relacionan con el área social. Los signos de alarma son los 7 siguientes:

- S.A.- 1. Irritabilidad permanente: entre 2 y 7 meses i medio
- S.A.- 2. Sobresalto exagerado: entre 2 y 5 meses y medio
- S.A.- 5. Pasividad excesiva: entre 4 y 10 meses
- S.A.- 7. Persistencia de la reacción de Moro: entre 6 y 17 meses
- S.A.- 8. Patrón conducta repetitivo: entre 8 y 15 meses
- S.A.-11. Pasar ininterrumpidamente de una acción a otra: entre 16 y 33 meses
- S.A.-13. Incapacidad para desarrollar juego simbólico: entre 24 y 43 meses

Consideramos que los signos de alarma tampoco son adecuados para esta área. Los items se relacionan con la motricidad más que con la socialización, independientemente de que dificulten la relación social en las primeras edades. Un signo de alarma como el nº 13, pertenece claramente al área cognitiva.

Área de lenguaje y lógico-matemática: No expondremos los items por considerarlos adecuados al área que están valorando, lenguaje y cognición. Está compuesta por 16 items, distribuidos de la siguiente manera:

- 1 de audición
- 2 cognitivos
- 5 de comprensión
- 8 de expresión

Hay que tener en cuenta que los ocho items cognitivos del área social pertenecen a esta área.

No valora el lenguaje gestual. El item número 37, "Señala una parte de su cuerpo"

es la respuesta del niño a lo solicitado por el adulto, no es utilizado como forma de comunicarse.

De los ocho items relacionados con la expresión, dos valoran la adquisición gramatical:

nº 40.- Combina dos palabras diferentes

nº 41.- Utiliza pronombres

La utilización del verbo "ser" no lo valoran hasta los 35 meses, casi tres años, cuando las investigaciones actuales lo sitúan alrededor del año y medio (Hernández-Pina, López Ornat, Aguado...)

No incluye más items gramaticales hasta los seis años. En general la valoración del lenguaje hablado la realiza nombrando objetos, sin tener en cuenta la elaboración de la frase. No emplea la valoración fonológica en ninguna de las edades evaluadas, de cero a seis años.

Signos de alarma: Son los 2 items siguientes:

S.A.-10. Pérdida de balbuceo: entre 11 meses y 23 meses

S.A.-12. Estereotipias verbales: entre 24 y 31 meses

No hay suficientes estudios para considerar el balbuceo como item significativo, por lo que no puede estimarse como signo de alarma (ver protocolo de comunicación y lenguaje).

Área de manipulación: Está compuesta por 12 elementos. Distribuidos del siguiente modo:

- 11 de motricidad fina o relacionados con la mano
- 1 relacionado con el lenguaje

No comentaremos los 11 items motrices por considerar que son adecuados al objetivo que pretenden evaluar. El item nº 64 "señala con el índice" podría considerarse como item de lenguaje pero tal como está planteado parece sólo querer obtener información sobre el desarrollo de la mano o independencia de los dedos: "Preguntar a la madre si el niño señala con el dedo índice", en este caso las edades indicadas para la independencia del índice no son las adecuadas. El índice empieza a despegarse alrededor de los seis meses y a los ocho, nueve meses puede separarse fácilmente del resto de los dedos (Coriat, Flemingh...)

El Item de lenguaje (nº 59.- Dirige la mano al objeto) lo consideramos lingüístico por la forma de presentarlo: "... Poner sobre la mesa un juguete fácil de coger y animarle, con

palabras o gestos, a hacerlo". Tal como se expone pertenece al área de lenguaje, comprensión de una orden.

Signos de alarma: 2 items

S.A.-3. Aducción: entre 2 y 4 meses y medio

S.A.-4. Asimetría manos: entre 3 y 7 meses

Área postural: Está compuesta por 17 items, que valoran el desarrollo postural. Todos son adecuados para la valoración que se proponen.

Signos de alarma: 2 items

S.A.-6. Hipertonía de Abductores: entre 4 y 8 meses y medio

S.A.-9. Ausencia de desplazamiento autónomo: entre 9 y 24 meses

DENVER: PRUEBA SELECTIVA DEL DESARROLLO

Edad de aplicación: 0 a 6 años

Áreas que trabaja:

- Área motora _____ 20
- Área de lenguaje _____ 14
- Área motora fina adaptativa ____ 18
- Área personal social _____ 20

Aspectos evaluados en las distintas áreas

Área motora: Son 21 items que valoran las tres posturas principales de la motricidad gruesa: tumbado, de pie y andar.

Área Lenguaje: Valora principalmente la expresión, sólo dedica un item a la comprensión a los 14 meses. Los items exploran:

- Audición
- Sonidos
- Sílabas
- Palabra y aumento del vocabulario
- Iniciación a la gramática: combina dos palabras y utiliza plural

Área Motora fina: Valora el desarrollo de la mano y la fijación visual. Los items exploran:

- Visión
- Mano

Área Personal-Social: Valora aspectos de interacción social, aspectos cognitivos, lingüísticos, ...etc. Los items exploran:

- Autonomía personal: bebe de una taza
- Interacción social: sonrisa, juega a esconderse
- Cognitivos: simulación (amasar pasteles)
- Lingüísticos: expresa deseos

MÉTODO DE MUNICH: HELLBRÜGGE

Este método para el diagnóstico funcional del desarrollo durante el primer año de vida, no utiliza áreas, se basa en aspectos del desarrollo evolutivo desde recién nacido hasta los doce meses. De esa forma, este método se estructura en secuencias del desarrollo:

- Edad del gateo.
- Edad de la sedestación
- Edad de la marcha
- Edad de la prehensión
- Edad de la percepción
- Edad del habla
- Edad de comprensión del lenguaje.

Si agrupamos las edades de desarrollo por área evolutivas nos encontramos que evalúa las mismas áreas que el resto, es decir:

- Motricidad gruesa: Edad del gateo, edad de la sedestación. edad de la marcha,
- Motricidad fina: Edad de la prehensión
- Cognición: Edad de la percepción
- Lenguaje: Edad del habla, edad de comprensión del lenguaje

Aspectos evaluados en las distintas áreas

Edad del gateo: 13 items con subitems que valoran la postura dorsal desde el recién nacido

hasta el gateo. Los items exploran:

- Control cefálico
- Enderezamiento
- Volteo
- A cuatro patas

Edad de la sedestación: 12 items con subitems que valoran la postura supina del recién nacido hasta la sedestación firme. Los items exploran:

- Control cefálico
- Sedestación

Edad de la marcha: 13 items que valoran la postura del recién nacido hasta la marcha. Los items exploran:

- La marcha automática
- Reacciones de apoyo
- Marcha con apoyo

Edad de la prehensión: 10 items con subitems que valoran el desarrollo de la mano. Los items exploran:

- La prehensión palmar
- Abertura de la mano
- La pinza

Edad de la percepción: 10 items con subitems que valoran los sentidos y la conducta intencional. Los items exploran:

- La visión
- La audición
- La exploración del entorno

Edad del habla: 11 items con subitems que valoran la capacidad de emisión de sonidos y la iniciación al habla. Los items exploran:

- Succión

- Sonidos
- Sílabas
- Onomatopeyas y palabras
- Fonemas

Edad de la comprensión: 3 items que valoran la capacidad de entender el habla. Los items exploran:

- La comprensión del habla del adulto

ESCALA DE OBSERVACIÓN DEL DESARROLLO. EOD

La EOD observa procesos de conducta y los secuencia en función del tiempo en el que se producen cambios en la conducta que evalúa.

Edad de aplicación: 0 a 16 años

La estructura de la prueba no se corresponde, en un principio, con la subdivisión en áreas clásicas, sino que valora los aspectos:

- Reacciones afectivas _____
- Desarrollo somático _____
- Despertar senso-perceptivo ____
- Coordinación motriz _____
- Exploración senso-motriz ____
- Contacto y comunicación _____

Si agrupamos por áreas los aspectos que valora esta escala, podemos encontrar la siguiente correspondencia con las áreas clásicas:

- Área Motora: Desarrollo somático, coordinación motriz
- Área Social: Reacciones afectivas
- Área Cognitiva: Despertar senso-perceptivo, exploración sensomotriz
- Área del Lenguaje: Contacto y comunicación

Aspectos evaluados en las distintas áreas

Reacciones afectivas: Los items exploran:

- Conducta placentera (calmarse, sonidos de apego...)
- Conducta ansiosa (lágrimas, rehuye al extraño...)
- Conducta aversiva (reacciones defensivas, quitarse el pañuelo de la cara...)
- Conducta asertiva (demanda de atención, imponerse...)

Desarrollo somático: Los items exploran:

- Posturas: control cefálico
- Volteo
- Sentarse
- Sostenerse

Despertar senso-perceptivo: Los items exploran:

- Sentidos: Visión, audición, tacto, gusto y olfato

Coordinación motriz: Los items exploran:

- Control cefálico
- Prehensión
- Manipulación

Exploración senso-motriz: Los items exploran:

- Coordinación de los sentidos: buco-manual, viso-motriz...
- Solución de problemas: búsqueda, seguimiento...

Contacto y Comunicación: Los items exploran:

- Reconocimiento
- Respuesta a señales
- Comprensión
- Expresión
- Lenguaje gestual
- Simulación

GUÍA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE LAS DEFICIENCIAS DEL RECIÉN NACIDO Y DEL NIÑO. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.

La guía que presenta el Ministerio de Sanidad y consumo es un documento que recoge factores de riesgo, signos de alarma y pautas del desarrollo psicomotor del niño.

Edad de aplicación: de 0 a 6 años

La estructura de la guía es la siguiente:

- Problemas visuales _____
- Problemas auditivos _____
- Alteraciones motoras _____
- Retraso mental _____
- Problemas de lenguaje _____
- Problemas de aprendizaje _____
- Problemas sociales-emocionales _____

Al agrupar los aspectos que recoge esta Guía podemos constatar que valora:

- Área motora: Alteraciones motoras
- Área cognitiva: Problemas visuales, problemas auditivos, retraso mental, problemas de aprendizaje
- Área del lenguaje: problemas del lenguaje
- Área social: Problemas sociales-emocionales

Aspectos evaluados en las distintas áreas

La guía del Ministerio, tal como indica su nombre, no es una escala de desarrollo, es un conjunto de pruebas que sirven para valorar el desarrollo infantil elaboradas por diversos organismos (FIAPAS, ONCE...) y fundamentalmente informa de aquellos aspectos que hay que tener presentes para realizar la detección precoz de desviaciones en el desarrollo infantil.

Problemas visuales: Los items exploran:

- Reflejos oculares
- Da información de las pruebas que pueden utilizarse para descartar problemas visuales (Test de agudeza visual, test de Cover...)

Problemas auditivos: Los items exploran:

- Respuestas reflejas
- Reacción a los sonidos
- Reacción a la voz humana
- Ausencia de sonidos y palabras
- Dificultad de expresión

Alteraciones motoras: Los items exploran:

- Control cefálico
- Posición erecta, deambulación

Retraso mental: Los items exploran:

- Respuestas a personas conocidas
- Solución de problemas: alcanzar objetos, buscar...
- Imitación

Problemas del habla y del lenguaje: Presenta 9 items para valorar el lenguaje de cero a seis años, por lo que en realidad no es más que un esquema de las secuencias genéricas del lenguaje. Los items exploran:

- Sonidos
- Sílabas
- Palabra y aumento de vocabulario
- Unión de palabras

A continuación da breve información sobre los trastornos en el desarrollo del lenguaje.

Problemas del aprendizaje: Resalta los problemas de escritura y lectura e indica algunas causas que se relacionan con dichos problemas y el fracaso escolar: por parte del niño, por parte de la familia y por parte de la escuela.

Problemas emocionales y de la conducta: Hace referencia a los problemas derivados de una inadecuada vinculación, hace referencia a la existencia de problemas de depresión en los niños, mutismo, negativismo y trastornos de conducta.

Podemos concluir diciendo que resalta más los aspectos negativos del desarrollo para detectar desviaciones que secuencias de adquisición evolutivas. En cada apartado incluye signos de alarmas.

La Guía del Ministerio de Sanidad es, tal como su nombre indica, una guía que pretende recordar los problemas más frecuentes que aparecen en la infancia. Ofrece información muy general e incluye el Denver y algunos ítems del Brunet-Lezine como métodos para evaluar el desarrollo psicológico en estas primeras edades. Insiste en la necesidad de valorar "las áreas del desarrollo sensitivo, motórico y psicológico".

DESARROLLO NORMAL DEL LACTANTE Y SUS DESVIACIONES. FLEHMIG

Flehmig propone una valoración del recién nacido al niño de dieciocho meses, mes por mes durante el primer año de vida y cada tres meses hasta los dieciocho meses.

Es una valoración exhaustiva de los diversos aspectos que componen el desarrollo infantil. No estructura por áreas clásicas la valoración, propone una secuenciación de logros evolutivos que marcan el avance normal del desarrollo del niño. Nosotros señalaremos los aspectos más significativos y los agruparemos en grandes apartados para facilitar el análisis de los mismos.

Edad de aplicación: de 0 18 meses

Estructura de la escala

- Motricidad gruesa _____
- Motricidad fina y adaptación ____
- Lenguaje y contacto social _____
- Audición _____
- Fonación _____
- Comportamiento emocional _____

Aspectos evaluados en las distintas áreas

Motricidad: Valora la capacidad motora durante el primer año y medio de vida. Los ítems exploran:

- Postura: dorsal/ventral
- Control cefálico
- Tono muscular
- Sedestación
- Bipedestación
- Marcha
- Reacciones de equilibrio

Motricidad fina y adaptación: Valora el desarrollo de la mano y la adaptación motora al entorno. Los items exploran:

- Visión/audición: seguimiento estímulos visuales y auditivos, fijación visual.
- Mano: prensión, pinza, coordinación óculo-manual
- Adaptación motriz al entorno: beber en taza, imitar tareas domésticas...

Lenguaje y contacto social: Valora la capacidad de emitir sonidos y relacionarse con el entorno. Los items exploran:

- Sonidos: gritos, matices sonoros...
- Mímica
- Fonación: respiración, succión, deglución y modulación del tono
- Emisión de sílabas
- Comprensión
- Palabra y aumento de vocabulario, onomatopeyas
- Reacción al extraño
- Unión de dos palabras

Audición y localización de sonidos: Valora la capacidad de captar sonidos y la localización de los mismos. Los items exploran:

- Percepción del sonido
- Preferencia por calidades sonoras (piar de los pájaros, crujir, voz humana...)

Comportamiento emocional: Valora el desarrollo de expresar los sentimientos. Los items exploran:

- Tranquilidad, irritabilidad y viveza

PROYECTO PORTAGE

La guía Portage es un listado de objetivos agrupados en distintas áreas de desarrollo que permiten observar el desarrollo, es en realidad un programa de intervención con un objetivo claro, sistematizar la educación en las primeras edades. La secuenciación de tareas permite intervenir y evaluar la adquisición de los logros evolutivos de las primeras edades.

Edad de aplicación: de 0 a 6 años

Estructura del programa:

- Estimulación del bebé ____
- Área Social _____
- Área del Lenguaje _____
- Área de Autoayuda _____
- Área Cognitiva _____
- Área Motora _____

Todas las áreas presenta un listado de logros secuenciados por nivel de dificultad que deben ir alcanzando los niños.

Estimulación del bebé: Los items estimulan principalmente los sentidos: vista, audición, tacto, gusto y olfato

Área social: Los items estimulan la capacidad de interacción con el ambiente

Área del lenguaje: Los items estimulan la expresión y la comunicación

Área de Autoayuda: Los items estimulan la realización de hábitos de autonomía

Área Cognitiva: Los items estimulan las funciones mentales

Área Motora: Los items estimulan las capacidades motrices gruesa y fina

INVENTARIO DE DESARROLLO BATTELLE (IDB)

Edad de aplicación: 0 a 8 años

Estructura del inventario

- Personal-social
- Adaptativa
- Motora
- Lenguaje
- Cognición

Este inventario recoge aspectos claves del desarrollo infantil, la secuenciación de las conductas permite extraer un programa educativo aplicable en educación infantil. En las

primeras etapas muchos items se basan en las respuestas que dan los cuidadores o padres.

El inventario de desarrollo de Battelle presenta la novedad de ser una prueba que puede aplicarse completa o en su forma breve (test de screening), e incluye items para valorar niños con discapacidad.

En síntesis y después de haber analizado las escalas y cuestionarios de desarrollo utilizados con frecuencia en la práctica asistencial creemos necesario una revisión de las pruebas que existen en el mercado y los programas que de ellas pueden realizarse.

4.3.- PROTOCOLOS DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Los protocolos se han elaborado con el objetivo de recoger información sobre las secuencias evolutivas esperadas, facilitar el seguimiento asistencial y realizar un pronóstico inmediato.

Maganto, Garaigordobil y Cruz en su ponencia Evaluación de la Primera Infancia: Capacidad predictiva de las Escalas de Desarrollo y de los Tests de Screening, presentada en el IV Congreso de Evaluación Psicológica (1994) afirman: "Aunque conclusiones más específicas se expondrán con detalle, en síntesis es posible afirmar que, no parece posible, garantizar un desarrollo adecuado en la segunda infancia a partir de los resultados positivos en la primera infancia; tampoco es posible establecer relaciones de causalidad lineal entre retrasos/problemas/síntomas en la primera infancia y retraso en el desarrollo en la segunda infancia. Pero sí es posible establecer asociaciones entre problemas y factores de incidencia orgánica, clima familiar, estatus social y hechos de vida estresantes en la primera infancia y algunas dificultades posteriores". En la misma línea se sitúa M. Bender, en su ponencia anteriormente citada, "las pruebas psicológicas han olvidado incluir la influencia de la cultura, del status financiero y de otros factores no-genéticos... y se observa un vacío sospechoso de componentes evaluativos que miden la capacidad de adaptación". La valoración a través de protocolos permite establecer el nivel de desarrollo alcanzado, evitando así el diagnóstico en edades tempranas. "Es imposible establecer un diagnóstico en un lactante que se encuentra en el inicio de un desarrollo psicomotriz... sólo se pueden prever tendencias" (Flehmig, 1988).

En los protocolos se realiza un listado de conductas secuenciadas y jerarquizadas según el momento de aparición y recogen los logros evolutivos secuenciados de 0 a 2 años. La ausencia de alguna de ellas se valora como dificultad en el proceso de desarrollo, ya que cada conducta marca un logro importante y significativo en la consecución de la conducta

siguiente. Por lo que se puede inferir que si no aparece una conducta difícilmente aparecerá la siguiente.

La observación y exploración de los hitos propuestos permite evaluar con más precisión el desarrollo de la conducta o comportamiento del sujeto, los avances muestran que el desarrollo sigue su curso normal.

Los protocolos han sido elaborados a partir de los datos que aportan las investigaciones más reconocidas y nombradas actualmente. Recogen aquellos aspectos del desarrollo que deben aparecer en un momento determinado pues son los que nos pueden orientar sobre la posibilidad de dificultades en las adquisiciones básicas. Hemos reunido los aspectos básicos del desarrollo que nos informan de que el mismo evoluciona adecuadamente o que por lo menos se está produciendo tal como actualmente conocemos que debe desarrollarse.

Somos conscientes de que no se pueden establecer criterios únicos con los que clasificar el desarrollo infantil en las primeras edades. Y creemos, tal como afirma, la Organización Mundial de la Salud, que la aplicación y práctica de la profesión nos llevará a avanzar en conocimientos. "No podemos establecer criterios únicos que permitan clasificar el desarrollo infantil porque carecemos de estudios en estas edades, esperamos que la práctica de la profesión conduzca a la investigación" CIDDM 1980.

Los criterios para valorar los protocolos son:

- normal
- sospecha de desviación
- desviación

Criterio de valoración

La ausencia de algún hito de desarrollo se considera sospecha de dificultad de adquisición. La ausencia de varios aumenta la sospecha. Las respuestas dadas en un protocolo se contrastarán con las dadas en los demás protocolos y con los factores de riesgo considerados.

Signos de alarma

En los protocolos donde ha sido posible se han añadido signos de alarma. El criterio seguido para seleccionar los signos de alarma ha sido el de coincidencia entre investigaciones reconocidas de que el déficit o ausencia de alguna secuencia de desarrollo indicaba posible desviación del mismo. La aplicación sistemática de los protocolos a largo plazo podrá

constatar si son útiles.

Para facilitar la recogida de datos se ha creado un protocolo por cada área clásica del desarrollo: lenguaje, motricidad, percepción-cognición y socialización. Se ha añadido el desarrollo de la sexualidad infantil, la alimentación, el sueño y la detección de maltrato infantil, y una ficha de seguimiento, donde se registran los datos obtenidos.

FICHA DE SEGUIMIENTO			
1.- Sujeto nº			
2.- Situación actual: Riesgo/Normal			
- Fecha:		- Fecha:	
- Fecha:		- Fecha:	
- Fecha:		- Fecha:	
- Fecha:		- Fecha:	
- Fecha:		- Fecha:	
- Fecha:		- Fecha:	
3.- Tipo de riesgo			
- Biológico: Alarma 0, I, II, III, IV			
- Ambiental: Pobre / Muy pobre			
- Familiar: Cesión / Sep.Divr / Trat.Psi / M.Súbita / Famil.Deficientes			
- Evolutivo: Motriz / Lenguaje / Percp.Cogn. / Emocional / D.Superior			
- M.Infantil: Primario / Secundario			
- Otros:			
4.- Sospecha de desviación			
- Motivo:			
- Edad:			
5.- Edad de intervención			
6.- Tipo de intervención: En programa / Derivación			
- En programa:	Orientaciones/O.Específicas/Sesión Educativa/Estim.casa:Padr/Téc.		
- Derivación:	Nombre de la Especialidad:		
	Tratamiento: Si / No		
7.- Pronóstico de duración tratamiento: corto /largo			
8.- Datos significativos de la EOD:			
9.- Criterios CIE 10			
10.- Observaciones (enfermedades, puntualidad, asistencia...).			

4.3.1.- Protocolo de Comunicación y Lenguaje

Para la elaboración del protocolo de comunicación y lenguaje hemos revisado las investigaciones españolas de los últimos años, teniendo en cuenta las investigaciones en otras lenguas. Recogiendo los datos aportados por las que hacen referencia a las adquisiciones básicas de la lengua española.

La elaboración de este protocolo ha sido difícil pues son pocas y recientes las investigaciones españolas dedicadas a estas primeras edades y es todavía más difícil hablar de trastornos del lenguaje en los dos primeros años de vida. Las investigaciones actuales sólo nos permiten hablar de sospecha de dificultad de adquisición, pero no de trastornos en estas edades.

En 1973 Brown publicaba *The first language*, esta obra impulsó numerosos estudios de lenguaje en niños pequeños y en contextos naturales, Ríos (1985). Ya Bloom (1970) había introducido la idea del contexto para entender la adquisición y desarrollo del lenguaje. Hasta entonces las investigaciones sobre lenguaje versaban principalmente en la búsqueda de universales (Chomsky) o en los procesos de aprendizaje (Skinner, 1957), sin interesarse por la adquisición en las primeras edades. En el campo médico los estudios intentaban entender los aspectos cerebrales relacionados con el lenguaje.

Jacobson (1982) señala que el desarrollo del lenguaje está relacionado con el crecimiento neuronal en la corteza cerebral, según este autor no es posible dar una explicación satisfactoria neurofisiológica de los procesos cognitivos relacionados con el lenguaje. Ante la dificultad de explicar qué procesos neuronales generan el sistema lingüístico, nos limitaremos a valorar los aspectos que indican el desarrollo del mismo en sentido positivo sin inferir procesos cerebrales que puedan intervenir en este desarrollo.

En el campo de la psicolingüística el "gran problema sigue siendo la formulación de modelos explicativos y, en cierto modo, también predictivos, de la adquisición y desarrollo del lenguaje en el niño, y las familias llamadas normales. Sólo así nuestros estudios podrán aspirar a tener alguna utilidad más allá de la puramente académica, para pasar a aplicarse en el terreno de la educación, prevención y la intervención terapéutica" Ríos (1985).

No buscamos explicaciones sobre los procesos neurofisiológicos y psicolingüísticos que intervienen en la elaboración y adquisición del lenguaje, sobre la importancia del ambiente o las acciones del sujeto. Nos interesa seguir la evolución del lenguaje y tomaremos en cuenta las diferentes perspectivas teóricas que intentan explicar el desarrollo lingüístico de los niños pequeños.

Hemos consultado estudios e investigaciones desde diversas teorías y ámbitos: lingüistas, cognitivos, psicolingüistas, logopedas, pediatras y las escalas evolutivas más utilizadas con el objetivo de conocer los diversos factores que pueden relacionarse con la comunicación y adquisición del lenguaje.

Valoramos tres aspectos relacionados con el desarrollo y adquisición del lenguaje.

Agrupamos las conductas en tres apartados: Órganos fonatorios, Comprensión y Expresión

1.- ÓRGANOS FONATORIOS

- Coordinación succión/deglución
- Masticación
- Mantener la lengua fuera de la boca. 9 a 12 meses
- Control del babeo. Entre los 12 y 15 meses

Valoramos el sistema básico fonatorio que permite emitir sonidos y producir fonemas, entendiendo por fonema un "sonido hablado", Byers, John, Owrid y Taylor (19). "Ninguno de los órganos que utilizamos en la producción del habla tiene como función principal esta actividad, pero todos ellos son parte fundamental del mecanismo de articulación del lenguaje, por eso reciben el nombre de órganos articulatorios" Gil (1988).

Valoraremos los órganos de la cavidad oral, por ser fáciles de observar y estar directamente relacionados con la producción del lenguaje.

La lengua, los labios y el maxilar inferior son los órganos activos en la producción del habla. "La lengua es el activador más importante" Gil 1988, Perelló 1972, Peña 1990.

Valoraremos también la adecuada coordinación entre los reflejos de succión y deglución por la relación que tienen con el control de la saliva.

Añadimos la capacidad para mantener la lengua fuera de la boca, esta conducta señala la movilidad de la lengua. Alrededor de los 9 meses los niños son capaces de sacar y mantener la lengua fuera de la boca, esta capacidad nos indica el buen funcionamiento de los músculos linguales. La lengua es el órgano más importante para la producción de fonemas por lo que es importante valorar la capacidad para estirla y sacarla fuera de la boca. Preguntaremos a los padres si han podido observar esta conducta y nosotros trataremos de obtener esta respuesta utilizando la imitación.

Añadimos el control del babeo, ya que esta conducta nos puede indicar dificultades a nivel neurológico, perceptivo-sensitivo o dificultad en la movilidad de los órganos implicados en el control de la saliva. Según Comins (1989) una adecuada movilidad de la lengua es imprescindible para la articulación de los sonidos del habla. El control de la saliva se establece entre los 12 meses y los 15 meses, pudiéndose alargar un tiempo en niños con respiración oral. Más allá de estas fechas la falta de control del babeo en sujetos normales nos puede indicar dificultades en la movilidad de la lengua, en el maxilar inferior, en los músculos de la boca, deficiencias neurológica relacionadas con los mecanismos cerebrales que regulan el control de la saliva (pares craneales) o dificultad para percibir la acumulación de saliva en la boca.

2.- COMPRENSIÓN

Gestual

- Responde adecuadamente o imitando las expresiones del adulto: sonrisa/sonrisa, pucheros/pucheros. A partir de 1 mes

Lingüística

- Cambia de expresión, sin ver la del hablante, según el tono o entonación. Hablante detrás del niño; tono alto "no,no" y entonación enfado; tono normal "dónde está mi niño" y entonación alegría. (Respuesta a estímulo auditivo, ver protocolo de cognición). A partir de los 4 meses.
- Mantiene turnos en la interacción lingüística: sonidos/escucha/sonidos (los sonidos pueden ser suspiros, risas, sílabas...). 3 meses
- Controla su motricidad al oír la queja del adulto (jugar con el bebé y cuando se agite contento, reñirle). 4 meses
- Entiende palabras comunes y responde a los requerimientos (muñeca y pelota; se nombra uno y se espera a que lo mire, después se nombra el otro, se cambia la colocación y se repite el nombre de los objetos en el mismo orden que antes). 9 meses
- Entiende frases sencillas (varios objetos; dame el oso, coge el oso...). El adulto no debe utilizar el gesto o la mirada, mientras habla mirara al bebé y luego girará la cabeza hacia los objetos. Los objetos estarán fuera del alcance de los niños para evitar que los coja antes de tiempo. 12 meses
- Entiende términos lingüísticos sin ver lo nombrado: ¿dónde está la calle?. Debe mirar o señalar la puerta o la ventana. 18 meses.
- Entiende el género: ¿Dónde está la niña?. Señalar la ficha de la niña o mirar o

verbalizar. A partir de los 18 meses.

- Entiende el plural: ¿Dónde están los niños?. Tiene que señalar o verbalizar la ficha donde hay niños frente a la que hay uno. A partir de los 24 meses.

Las escalas actuales dedican muy pocos items a la comunicación gestual. Cooper, Moodley y Reynell (1982) señalan que la capacidad de comprender el lenguaje y emplearlo en los procesos del pensamiento es más importante que la capacidad de hablar.

La capacidad del bebé para responder a las expresiones de los adultos nos puede indicar una adecuada: motricidad fina (Lamote de Grignon, 1980), capacidad cognitiva (Piaget) y una adecuada interacción con el medio (Stern, 1989).

Para valorar la comprensión tendremos en cuenta las capacidades innatas del recién nacido y niño que le permiten interactuar con el medio y el adulto para iniciar o mantener una comunicación. Según Eimas (1975), Mehler (1978, 1989, 1990), el recién nacido puede responder a diferentes sonidos. Prefiere la voz humana a los ruidos o al silencio.

Las estructuras del córtex tratan de forma específica los estímulos acústicos, lo que significa la existencia de asimetrías funcionales en el recién nacido según Mehler (1989), resultados parecidos encontró Best (1988), Bertoncini et al. (1989), a diferencia de Jacobson (1982) que afirma que los hemisferios del recién nacido son equipotenciales y de Vargha-Khadem y Corballis (1979) que tampoco encontraron asimetrías en niños de diez días.

Según Mehler y Dupoux (1990) existe en el recién nacido una constancia perceptiva parecida a la visual, lo cual le permite organizar el mundo sonoro de forma homogénea y constante.

Todo ello nos permite establecer items sonoros y observar las respuesta de los bebés. El niño debe captar las diferencias básicas de los sonidos para darles significado y transformarlos en los fonemas de su lengua.

La entonación es uno de los aspectos en los que suelen estar de acuerdo los autores, aunque al igual que el resto de las capacidades comunicativas, los estudios son muy recientes y son necesarias más investigaciones que confirmen o descarten los actuales estudios.

Alrededor de los seis meses, Hernández Pina (1981) señala la importancia del papel emotivo y gramatical de la entonación, esta autora cita a Ohnesorg, dicho autor afirma que la entonación es el primer factor significativo en el lenguaje del niño. Marchesi (1990) indica la dificultad de los niños sordos para responder adecuadamente a los cambios en la entonación

del lenguaje que reciben.

Incluimos en la valoración aspectos relacionados con actividades sociales que favorecen la interacción comunicativa. "El dominio progresivo de las habilidades de uso del lenguaje es un factor decisivo en el desarrollo psicológico general, a la vez que es difícil explicar la evolución del lenguaje sin relacionarlo con el medio social y la capacidad intelectual" Vila (1985).

Según este autor y Rivière (1985) el desarrollo del lenguaje implica: Compartir significados, combinar fonemas, palabras y oraciones así como acceder a las reglas gramaticales.

También es necesario evaluar el contexto comunicativo Snow (1972), Bruner (1975) Trevharten (1990).

Mientras que el desarrollo de la comunicación prelingüística no parece tener tanta importancia Menyuk (1971).

3.- EXPRESIÓN

Vocal:

- Llanto, quejas,... relacionados con estados fisiológicos.
- Emite sonidos parecidos a las vocales y enlazados a algún tipo de consonante (aj..ago..)
A partir de 1 mes.
- Inicia la entonación de su lengua materna (parece que canta). A partir de 6 meses
- Emisión de cadena silábica: babababa... papapa... tatatata... A partir de 6 meses
- Balbuceo lingüístico: respuesta bucal con repertorio fonético de su lengua, parte se transforma en palabra convencional. Los padres y cuidadores empiezan a interpretarle y a entenderle. A partir de 9 meses.
- Palabra no convencional: cualquier sonido específico que siempre tiene el mismo significado y no pertenece al habla del adulto. Ejemplo: vava para significar agua, toto por muñeco. Sólo comprensibles por los familiares del niño. A partir de los 9 meses
- Palabra convencional infantil (mamá, nene, tete...). Comprensibles para los adultos de una misma lengua. A partir de los 9 meses
- Palabras con aproximación fonética (aba por agua). A partir de 9 meses
- Aumento de palabras con aproximación fonética. A partir de 15 meses.
- Aparecen los determinantes: A nene. A partir de los 18 meses.
- Aparece la perífrasis verbal: A + infinitivo. "A ome" (A comer). Entre los 18 meses

y los dos años.

- Unión de dos palabras: mamá agua. Entre los 18 y los 24 meses.

Hemos comentado la importancia de valorar los órganos articulatorios que permiten la emisión de sonidos y fonemas. Comentaremos ahora la secuencia de aparición de las expresiones infantiles.

La secuencia de aparición de los prerequisites del lenguaje y del lenguaje hablado sigue una secuencia invariable: Clark (1973), Rosch (1978), Nelson (1985), Vila (1985), Hernández Pina (1988), Aguado (1994), López Ornat (1995). Puede variar el ritmo de aparición y la edad. Según Cristal (1981) el orden de las secuencias evolutivas es constante mientras el ritmo de aparición varía alrededor de unos seis meses.

En cuanto a la existencia de períodos críticos Lennenberg (1967) formuló que entre los dos y los doce años se establecía el lenguaje, no siendo posible adquirirlo después. Su formulación la explicaba por el ritmo y proceso de lateralización cerebral que comenzaría alrededor de los dos años. Los estudios actuales sobre la lateralización del lenguaje señalan que empieza en el período fetal Snow (1987), Mehler y Dupoux (1990) encontraron indicios de lateralización en recién nacidos al igual que otros autores nombrados en el apartado de comprensión. Slater (1990) apunta la influencia del ambiente y no sólo los determinantes biológicos en la especialización cerebral. Las investigaciones actuales ponen en entredicho los conocimientos anteriores sobre el proceso de lateralización. No podemos basarnos en aspectos cerebrales sobre la especialización del cerebro hasta que nuevas investigaciones avancen en este tema.

Otros estudios nos indican que existen diferencias individuales y diferentes estilos de aprendizaje tanto en la etapa prelingüística como en la lingüística. Bruner (1975), encontró diferentes edades de aparición de la primera palabra, Hernández Pina (1988), encontró diferencias de ritmo entre el desarrollo fonético y gramatical, Nelson (1973), Bloom, Lightbown y Hood (1975) encontraron diferencias de estilo de aprendizaje en la adquisición del primer vocabulario. Según los estudios sobre la adquisición de vocabulario existirían sujetos con habla contextualizada, su lenguaje representaría acontecimientos y después utilizarían prototipos (Nelson, 1973) y sujetos referenciales, primero utilizarían prototipos y después ampliarían los significados (Barret, 1991). Bloom y colaboradores hablaban de niños nominales, utilizarían primero nombres y niños pronominales que utilizarían primero pronombres. Otros estudios establecen la diferencia en el procesamiento del lenguaje. Pionero de estos estudios fue Peters (1977), encontró dos grupos de sujetos: niños analíticos y niños gestálticos. Los niños analíticos construyen frases de una sola palabra al iniciar el habla.

Mientras que los niños gestálticos al iniciar el habla utilizan frases de longitud superior a una palabra y el patrón de entonación adecuado, según Peters estos sujetos utilizan clichés no analizados.

El primer grupo corresponde a lo que hasta entonces se conocía como el patrón universal de adquisición del habla: holofrase como inicio del habla (Siguán 1988).

Existen diferencias en el desarrollo gramatical, no en la secuencia invariable de los patrones gramaticales, primero el género (femenino, masculino) y después el número (singular, plural), en la aparición y utilización de morfemas, en la construcción de oraciones y en el tiempo de aparición del análisis del habla para pasar de una secuencia de desarrollo simple a otra más compleja o para reestructurarlas.

Para valorar la etapa prelingüística hemos utilizado como items significativos el balbuceo y el balbuceo lingüístico, teniendo en cuenta la controversia teórica que existe sobre esta actividad vocálica. Los estudios sobre balbuceo difieren sobre la necesidad de esta habilidad como prerequisite verbal para que se establezca el lenguaje, Murai (1963) destaca el papel del balbuceo para que surjan las primeras palabras, Lewis (1963) resalta el balbuceo como mecanismo de control en la producción de sonidos. Staats (1967) señala que el contexto lingüístico restringe los fonemas del niño, el balbuceo le servirá para imitar y reproducir los sonidos percibidos. Según Oller (1976) el niño desarrolla la capacidad de hablar a partir de los elementos utilizados en el balbuceo. Mientras que Jacobson (1962) afirma que no existe ninguna relación entre balbuceo y primeras palabras. Las emisiones del balbuceo desaparecen y se establece el lenguaje, lo que denominó período de silencio entre balbuceo y lenguaje. Barzone (1985) considera que existe una transición clara entre balbuceo y primeras palabras y establece la secuencia evolutiva que nosotros seguiremos: vocalizaciones, balbuceo y balbuceo reduplicado. Lledó (1990) considera el balbuceo como una etapa prelingüística de la que parte el lenguaje, pero indica las diferencias de emisiones intersujetos, considera que del balbuceo lingüístico aparece el lenguaje.

Sin entrar en el dilema clásico, continuidad o discontinuidad en el desarrollo, del balbuceo al lenguaje o balbuceo como etapa independiente del lenguaje. Consideraremos el balbuceo siguiendo la definición de Hernández Pina (1988) "respuesta bucal, segmental o suprasegmental emitida por el niño" pero no lo consideraremos sospecha de dificultad de desarrollo de la comunicación y lenguaje.

Las escalas evolutivas evaluadas valoran la capacidad de vocalizar como secuencia evolutiva esperada para que aparezca el habla. La Haizea-Llevant (1990), considera el balbuceo como

un ítem significativo en la adquisición del lenguaje, considerando su ausencia signo de alarma. Después de revisar los estudios sobre balbuceo creemos que es excesivo considerarlo signo de alarma.

Ante la dificultad de establecer una relación entre balbuceo y aparición del lenguaje, creemos conveniente no utilizar el balbuceo como ítem clave en el paso de transición entre período preverbal y verbal pero sí consideraremos la secuencia evolutiva propuesta por Barzone (1985) vocalizaciones, balbuceo, balbuceo lingüístico y valoraremos como sujetos silenciosos los que no emitan sonidos frecuentemente pero tengan una adecuada comprensión comunicativa y lingüística. Optamos valorar las vocalizaciones, la entonación aspectos en los que los teóricos están de acuerdo en su importancia para alcanzar el habla y la comprensión principalmente (Slobin, 1996). Las reduplicaciones como la entrada en la etapa verbal o por lo menos como inicio de que puede producirse. La emisión de vocales delimitadas en el espacio vocálico y los fonemas p,t,m, bien pronunciados como indicios de la aparición delimitada entre vocales y consonantes, Barzone (1985) Gil (1988) y la adecuada maduración y desarrollo de los órganos fonatorios, así como la capacidad auditiva.

Por lo tanto existen diferencias individuales en cuanto al momento de aparición de la primera palabra, en cuanto a la secuencia de desarrollo de los fonemas, en cuanto al tipo de habla utilizada, en cuanto al ritmo de adquisición gramatical y empleo de nexos y morfemas utilizados y en cuanto a la forma de procesar y analizar el habla.

Nosotros valoraremos los requisitos prelingüísticos vocales que pueden indicarnos que la secuencia invariable del desarrollo que lleva al habla está en desarrollo, respetando las diferencias y estilos de aprendizaje. Tendremos en cuenta la aparición de la primera palabra o cliché y la edad máxima de dieciocho meses como inicio del habla ya que es la edad considerada actualmente como el tiempo máximo de aparición.

Tendremos en cuenta también la genética y el ambiente en la variación del ritmo de adquisición, Baltés (1979).

Las edades propuestas en el protocolo son orientativas, la secuencia de aparición de los ítems es invariable, primero aparece la palabra o frase no analizada y después el determinante unido a la palabra, nunca a la inversa. Pero la edad depende de los sujetos. Es de esperar que un sujeto que emite la primera palabra a los 10 meses a los 18 meses puede haber alcanzado la unión de dos palabras. Pero el niño que emite su primera palabra a los 15 meses no unirá dos palabras hasta más adelante. Lo interesante sería comprobar la media de tiempo que tardan los sujetos en adquirir la siguiente adquisición lingüística y si existe un tiempo máximo que

pueda indicarnos dificultad de adquisición del lenguaje, independientemente de la aparición de la primera palabra. Aunque los autores leídos coinciden en que la secuencia morfosintáctica en las primeras edades es constante y que el tiempo que pasa un sujeto en una etapa antes de alcanzar la siguiente es variable, no conocemos si el tiempo en el que están en una fase determinada puede permitir sospechar posibles dificultades posteriores, en estas primeras edades.

Gestual:

- Fruncir el ceño (reacción de interrogación frente a conductas extrañas o paradójicas; mirarle fijamente sin parpadear, hablamos al bebé sin emitir sonidos)
- Pucheros (los mismos estímulos del anterior pero prolongando el tiempo)
- Muecas (imita muecas del adulto especialmente si es conocido)
- Parpadear o evitar la mirada (mirarle fijamente con expresión neutra hasta que parpadee)

Estos items pueden valorarse a partir del primer mes y deben ser evidentes alrededor de los tres meses.

Conducta motriz con intención lingüística:

- Fijación visual de petición: mira el objeto y al adulto alternativamente para conseguir un objeto fuera de su alcance. Si no lo consigue añade otros recursos para lograrlo: primero sonrío, después gruño y finalmente llora.
Se puede valorar la socialización si no sigue esta jerarquización de recursos no verbales para conseguir sus propósitos. A partir de 3 meses.
- Movimiento corporal de solicitud:
 - mira objeto-adulto y agita su cuerpo. 5 meses
 - mira objeto-adulto y tiende los brazos. 7 meses
 - mira objeto-adulto y tiende un brazo. 8 meses
- Indicación:
 - De petición (se corresponde a la expresión verbal "dame"): mira adulto y señala con el dedo (índice o corazón)
 - De conocimiento (se corresponde a la expresión verbal "dime el nombre de lo señalado"). A partir de los 8 meses

SIGNOS DE ALARMA

- Exageración o ausencia de llanto o quejidos
- Emisión monótona (el mismo tono)
- Bloqueo de la comprensión
- Balbuceo sin palabras: a partir de los 18 meses
- No aumento de vocabulario en 6 meses a partir de la primera palabra.
- Ausencia de indicación o de conducta motriz para comunicarse.

El niño utiliza los recursos motrices en desarrollo para comunicarse o mantener la comunicación con los adultos. Primero utiliza los sonidos para expresar sus necesidades: llanto, gritos, quejas, después utilizará los gestos: fruncir el ceño, pucheros, sonreír, mirar para comunicarse con el otro y solicitar objetos, abrazos... , más adelante utilizará el movimiento global para expresar que le den lo que solicita, después segmentos de su cuerpo: los dos brazos, un brazo y finalmente y gracias a la independización del índice utilizará la indicación para interactuar con los otros. La indicación, cualidad específica del ser humano. Los primates utilizan la extensión del brazo como medio para solicitar que les den algo, pero no se ha conseguido que utilicen el índice como forma de comunicar sus necesidades Savater (1988). La indicación es considerada uno de los aspectos más importantes en el paso de la comunicación preverbal a la verbal Bates (1979), Tranc Duc Thao (1973), Triadó (1982), Perinat (1986).

Vila (1984, 1989, 1990) considera la indicación un gesto cultural, " Iniciaremos nuestra discusión con el gesto de indicación. Este es un gesto cultural que los niños y niñas comienzan a dominar a lo largo del primer trimestre de su segundo año de vida, empleándolo para distintas funciones de requerimiento de objeto y de control de la atención del adulto" Vila (1990). Vigotski fue el primer autor en observar la importancia del índice en el desarrollo de la comunicación. Triadó (1982, 1989) considera que el gesto de señalar con el índice aparece alrededor de los nueve meses. Nosotros lo valoraremos a partir de los nueve meses considerando que coincide con la independencia del índice y por lo tanto con la capacidad motriz para utilizar el índice para comunicarse. Además, proponemos que se valore la indicación de conocimiento como primera pregunta, no verbal, que precede a la pregunta verbal "¿qué es esto?" ya que actualmente se valora a ésta como hito significativo de adquisición y aumento del vocabulario. Creemos que puede indicar el interés del niño por conocer el nombre de los objetos, por lo tanto un interés puramente lingüístico. A diferencia de la indicación o señalamiento de solicitud donde el interés se centra en el objeto. Sería interesante averiguar si los niños que no emplean este recurso motriz para ampliar su vocabulario tardan más en adquirir vocabulario que los que sí lo emplean. Y podemos

suponer tres causas que le impidan utilizarlo: dificultad motriz (como en la parálisis infantil), dificultad cognitiva a nivel de simbolización o procesamiento de la información lingüística (deficientes cognitivos) o dificultad de interacción con los adultos (comportamiento autístico).

Por último señalar que las escalas evolutivas analizadas no utilizan la indicación para evaluar el desarrollo del lenguaje.

PROTOCOLO DE COMUNICACIÓN Y LENGUAJE	SI	NO
<p>MOVILIDAD ÓRGANOS FONATORIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordinación succión/deglución - Masticación - Mantener la lengua fuera de la boca (9 a 12 m) - Control del babeo <p>COMPRESIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestual <ul style="list-style-type: none"> - Responde imitativamente a las expresiones del adulto - Lingüística <ul style="list-style-type: none"> - Cambia de expresión según el tipo de entonación - Mantiene turnos en la interacción lingüística - Controla su motricidad al oír la queja del adulto - Entiende palabras comunes y responde a los requerimientos - Entiende frases sencillas - Entiende frases sencillas sin ver lo nombrado - Entiende el género - Entiende el plural <p>EXPRESIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vocal <ul style="list-style-type: none"> - Emite sonidos - Emite sonidos con intención comunicativa (llanto, quejas...) - Inicia la entonación de su lengua materna (parece que canta) - Balbucea - Balbuceo lingüístico: parte se trasforma en palabra no convencional - Palabra no convencional - Palabra convencional infantil (mamá, nene, ...) - Palabras con aproximación fonética (aba por agua) - Aumento de palabras con aproximación fonética - Aparecen determinantes: A nene - Aparecen perífrases verbales: A comer - Unión de palabras - Gestual <ul style="list-style-type: none"> - Fruncir el ceño - Muecas - Pucheros - Parpadear o evitar la mirada - Conducta motriz con intención lingüística <ul style="list-style-type: none"> - Fijación visual de petición: mira el objeto y al adulto alternativamente y lo acompaña de recursos para lograrlo. Primero la sonrisa después los gruñidos y finalmente el llanto. - Movimiento corporal de solicitud <ul style="list-style-type: none"> - Todo el cuerpo - Tender los brazos - Tender un brazo - Indicación <ul style="list-style-type: none"> - De petición: dame - De conocimiento: dime el nombre <p>SIGNOS DE ALARMA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exageración o ausencia de llanto - Emisión monótona - Bloqueo de la comprensión - Balbuceo sin palabras: a partir de los 18 meses - No aumento de vocabulario en 6 meses a partir de la primera palabra - Ausencia de indicación o de conducta motriz para comunicarse 		

4.3.2.- Protocolo de motricidad

El área motriz ha sido la más investigada y por lo tanto la que tiene una secuenciación más detallada y exhaustiva. Es el área que recibe mayor atención dentro la valoración pediátrica y también en las escalas evolutivas en psicología. La valoración psicológica prestará mayor atención a las posibilidades funcionales que permite la maduración motriz.

Especificamos las edades que marcan cambios significativos en la conducta de los niños, evitando así tener que repetir edades. Por ejemplo, la postura del recién nacido: cabeza rotada, postura de flexión y retropulsión de hombros es lo característico del primer trimestre, cuando se produce un cambio significativo "cabeza en línea media" indicamos la edad en la que se establece esa conducta. Todos los autores consultados coinciden en los hitos de desarrollo, por lo que no comentaremos tal como hemos hecho en el protocolo de lenguaje y comunicación los diferentes items utilizados. Para la elaboración de este protocolo hemos consultado principalmente a: Flehming (1988), Hellbrügger (1980), Touwen (1981), Gesell, Illinworth, Lamote de Grignon, Coriat, el proyecto Aryet, Brunet-Lezine, Haizea-Llevant (1991), Denver.

PROTOCOLO DE MOTRICIDAD (1)	SI	NO
<p>POSTURAS: Tumbado, sentado, gateo y de pie</p> <p>Tumbado: Dorsal/Ventral</p> <p>DORSAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cabeza rotada - Postura de flexión - Retropulsión de hombros - Cabeza línea media (3 meses) - Cabeza rotada, alterna simetría-asimetría corporal - A veces retropulsión hombros (4 meses) - Toca sus pies y los lleva a la boca (5 meses) - Palpa su cuerpo (6 meses) - Simetría corporal - Pataleo alternado - Levanta la cabeza (6 meses) - Extensión brazos (7 meses) - Se levanta con apoyo <p>VENTRAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flexión - Elevación cabeza cambio postural - Retropulsión - Levanta la cabeza oscilando (2 meses) - Retropulsión leve - Simetría (3 meses), alterna simetría-asimetría - Inestabilidad postural antebrazos (3 meses) - Aumenta la estabilidad (4 meses) - Predomina la simetría - Extensión buena - Levanta la cabeza (5 meses) - Apoyo antebrazos - Tocamiento del cuerpo - Extensión extremidades superiores - Levanta la cabeza sin oscilar (6 meses) - Preferencia postura ventral - Apoyo en una extremidad superior - Levanta bien la cabeza (7 meses) - Apoyo unilateral bueno - Apoyo sobre codos - Inicia postura gateo o gatea (8 meses) <p>DORSAL/VENTRAL (9 meses en adelante)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posturas no preferidas - Adoptan la postura básicamente para dormir - Esporádicamente para jugar/explorar <p>Signos de Alarma: Desviación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flexión: exagerada o ausente total o en miembros, principalmente hombros - Retropulsión hombros muy marcada - Posturas asimétricas (excepto reflejo tónico cervical asimétrico) - Cabeza: no elevación, exagerada elevación - Ausencia apoyo antebrazos - Volteo: no voltear, solamente un lado - No libera brazos del tronco 		

PROTOCOLO DE MOTRICIDAD (2)	SI	NO
<p>POSICIÓN SENTADA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tronco inicia la estabilización (5 meses) - Apoyo delantero extremidades superiores - Apoyo delantero sin descarga de peso (6 meses) - Espalda curvada - Postura simétrica - Mejora la estabilidad (7 meses) - Apoyo delantero y lateral (8 meses) - Dorso recto - Postura estable y simétrica (9 meses) - Movimientos compensatorios al perder el equilibrio - Buena rotación de tronco - Primeros desplazamientos - Se sienta sin ayuda (10 meses) - Apoyo delantero/lateral/atrás <p>Signos de Alarma: Desviaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gran inestabilidad - No colabora para incorporarse - Posiciones viciosas - No permanece sentado - Asimetría <p>GATEO (8 ó 9 meses)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posición gateo - Rotación - Gateo veloz - Gateo con equilibrio - Disminución del gateo (15 meses) <p>El gateo no se considera imprescindible en el desarrollo motriz</p> <p>DE PIE</p> <ul style="list-style-type: none"> - De pie con apoyo y ayuda (7-8 meses) - Inicia ponerse de pie sin apoyo (10 meses) - Permanece de pie sin apoyo - Primeros pasos sin apoyo (12 meses) - De pie y cambio de postura sin ayuda: sentado, gateo (15 meses) - Marcha - Buen equilibrio (18 meses) - Buena articulación - Camina hacia atrás - Sube escalones con apoyo <p>Signos de Alarma: Desviaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - No descarga el peso al ponerle en pie - Pies en garra - No permanece de pie - Asimetría en postura de pie - Falta de equilibrio - Pies, marcada rotación interna - Articulaciones flácidas 		

PROTOCOLO DE MOTRICIDAD (3)	SI	NO
<p>MOVIMIENTO</p> <p>Posturas Dorsal/Ventral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Movimientos en masa - Levanta la cabeza para cambiarla de lado - Pataleo alterno (2º mes) - Inicia la coordinación del movimiento (3º mes) - Cambia de posición constantemente: flexión-extensión - Aumenta la coordinación (4 meses) - Inicia movimientos de gateo - Continúa el pataleo - Movimientos natatorios - Movimientos coordinados (5 meses) - Se inicia la rotación - Mueve cabeza izquierda y derecha - Inicia volteo a ambos lados (6 meses) - Eleva la cabeza y brazos arqueándose - Buen equilibrio en movimiento - Inicia movimientos compensatorios al perder el equilibrio - Movilidad en todas las articulaciones (7 meses) - Levanta la cabeza y extiende los brazos para que le cojan - Gateo (8 meses) - Vuelta a ambos lados - Giros circulares sobre su eje - Movimientos compensatorios al perder la postura - Desplazamiento (10 meses) <p>Signos de Alarma: Desviaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exageradamente: tranquilo o excitado - Dificultad o ausencia de movimientos - Persistencia de pataleo simultáneo - No cambia de postura - Dificultad de coordinar movimientos - Giro obligatorio: gira hacia el lado afectado <p>DESARROLLO DE LA MANO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puños cerrados - Manos abiertas (3 meses) - Suelta voluntariamente los objetos (5 meses) - Prehensión palmar (6 meses) - Inicia la independencia del índice - Inicia la pinza (7-8 meses) - Independencia del índice - Pinza - Prehensión en tenaza <p>Signos de Alarma: Desviaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persistencia puños cerrados - Simetría dedos en garra - Manipulación asimétrica o unimanual - Ausencia independencia del índice - Ausencia de pinza <p>ÍNDICES DE LATERALIZACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cabeza rotada - Preferencia rotación (6 meses) - Volteo preferente (8 meses) - Preferencia liberación brazo - Preferencia indicación (señalamiento con el índice) <p>Signos de Alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No existen signos específicos 		

4.3.3.- Protocolo percepción-cognición

Uno de los aspectos que más han distanciado a los investigadores en décadas pasadas ha sido el estudio de los procesos simples (observables) y procesos complejos (no observables). Tal como expusimos en el capítulo II, la corriente mecanicista de gran auge en Estados Unidos solamente consideraba objeto de estudio toda conducta observable y medible, por lo que los procesos superiores, los procesos mentales, caían fuera de la investigación científica. Otras corrientes, originadas en Europa, trataban de explicar estos procesos e intentaban establecer teorías que explicaran el cambio evolutivo. El acercamiento de ambas concepciones en los años 70 y 80, los avances metodológicos y tecnológicos posibilitaron objetivar algunos procesos cognitivos y la aparición de nuevos modelos y teorías de la conducta humana.

A partir de los años 60 y 70 surgen nuevas investigaciones relacionadas con las primeras edades sobre procesos complejos que aportan datos sobre la competencia de los recién nacidos y lactantes que antes se desconocían pero además cuestionan aspectos del desarrollo que hasta ahora habían servido para valorar a los niños y establecer programas de intervención. En la década de los años 80 y 90 se incrementan las investigaciones. Los postulados de Piaget y las capacidades de las distintas etapas son cuestionadas por nuevas investigaciones, la noción de objeto permanente de Piaget ha sido contrastada por otros investigadores y han obtenido resultados diferentes a los que aportó Piaget, Bremner (1989). Las recientes investigaciones de Mehler y Dupoux (1990), Spelken (1992), Johnson y Morton (1973), Denis (1973), Scarr (1993) o Karmiloff-Smith (19), Brown (1993) sobre las capacidades de los más pequeños abren nuevas perspectivas en el diagnóstico temprano aunque es pronto para incluir el resultado de estas investigaciones en un protocolo.

Los enfoques actuales (modularistas, innatistas puros, etólogos, socioculturales, constructivistas...) discrepan a la hora de explicar el origen del conocimiento, ello implica un cambio en las teorías cognitivas más importantes anteriores, principalmente Piaget y Vigostki, un cambio en los métodos y técnicas hasta ahora utilizadas para valorar la cognición y un cambio en los contenidos de los programas de intervención basados actualmente en la experiencia ambiental y en actividades motrices para favorecer la cognición en las primeras edades. La Guía Portage, uno de los programas en intervención temprana y educación infantil más utilizados según la encuesta realizada por el Ministerio de Educación (1989) utiliza la motricidad para favorecer las adquisiciones del área cognitiva. Los items del área cognitiva del Brunet-Lezine, uno de los tests más utilizados en Europa para valorar el nivel de desarrollo en la primera infancia, basa la medición del conocimiento en las capacidades motrices. Spelke (1991, 1992) presenta datos en los que la acción no es necesaria para la construcción de las experiencias mentales, en otras palabras el conocimiento no emerge de

la experiencia perceptiva motriz. Gopnik (1993) muestra como en niños de tres años el conocimiento de la realidad es independiente de las acciones manipulativas de los niños, entre la percepción y la acción media la mente, resultados parecidos encuentra Wellman (1995). Bremner y Slater (1989) recopilan una serie de estudios que cuestionan la valoración de la capacidad cognitiva mediante la capacidad motriz. Estas aportaciones abren nuevas perspectivas en el campo de la evaluación e intervención temprana, especialmente en aquellos niños con dificultades motoras.

Nos encontramos ante la dificultad de elaborar el protocolo de cognición debido a las numerosas investigaciones que entre los años ochenta y noventa han aparecido y especialmente en las primeras edades. Es necesario esperar nuevas investigaciones que confirmen los datos, independientemente de la explicación que den las teorías, para poderlos incluir en los instrumentos de valoración como aspectos significativos para medir el funcionamiento de las adquisiciones del conocimiento.

Intentaremos integrar los datos de las distintas investigaciones, tomaremos en cuenta las secuencias o contenidos cognitivos en los que coincidan los teóricos dejando la polémica sobre cómo se construye o emerge el conocimiento para el profesional que trabaje con los protocolos, de él dependerá la teoría elegida y por lo tanto la intervención. Y como ninguna valoración está exenta de subjetivismo nosotros nos apoyamos en la teoría de Karmiloff-Smith y en el análisis de las tareas, metodología utilizada por los teóricos del procesamiento de la información.

Hemos intentado utilizar hitos del desarrollo que son estudiados y valorados como significativos por los autores de distintas tendencias teóricas. Por ejemplo, la representación simbólica es uno de los aspectos más significativos para todos los teóricos independientemente de que unos la consideren resultado de la maduración de los centros superiores del sistema nervioso (Scarr, Jonson y Morton), o en el lado opuesto el resultado de la mediación social (Vigotski). O la imitación otro de los hitos indispensables para la adquisición de conocimientos, tanto desde la perspectiva del aprendizaje social Bandura como de las teorías constructivistas (Vigotski, Piaget, Bruner). Cuando los autores discrepan en la edad de aparición de un logro evolutivo como en la noción del objeto permanente, nos limitaremos a valorar la aparición del logro y tomaremos en cuenta como límite de normalidad la edad más tardía encontrada como inicio, no lo consideraremos desviación pero si realizaremos un análisis más detenido de las otras áreas y si es preciso un seguimiento temporal menos distanciado del propuesto en el protocolo.

En cuanto al nombre de esta área, perceptivo-cognitiva, se debe a la decisión de considerar

las diferentes propuestas teóricas actuales. Percepción como un proceso cognitivo o como un proceso periférico simple.

Establecemos tres apartados para valorar esta área: Órganos sensoriales, percepción-cognición y procesamiento de la información.

- Órganos sensoriales: Visión y Audición
- Cognición
- Procesamiento de la información

ÓRGANOS SENSORIALES

Las capacidades intactas de los órganos sensoriales permiten la activación de los mecanismos fisiológicos frente a los estímulos externos o internos. Un fallo en los órganos receptivos, en los mecanismos que conducen la estimulación o en los centros cerebrales encargados de analizarlos supone una disfunción, disminución o imposibilidad de dar la respuesta esperada, Lamote de Grignon (1980), o la sobreestimulación (física o ambiental) o hipoestimulación no permitirá la elaboración de respuestas adecuadas por sobrecarga o por no disponer del nivel preciso para que se activen esos mecanismos.

Valoramos los órganos sensoriales especialmente la visión y la audición como los dos órganos fundamentales para captar la información que proporciona el medio. La capacidad visual y auditiva en el ser humano es la que alcanza un desarrollo más alto frente al tacto, olfato o gusto. Las investigaciones sobre las competencias o adquisición del conocimiento se han centrado en la percepción visual, auditiva, expresiones y memoria de reconocimiento visual y auditivo. Para la elaboración del protocolo nos basamos en los estudios de Fantz, Golstein, Mehler, Bertocini, Brown, Fagan y de las recomendaciones de Hyvärinen y de la Once principalmente.

Puesto que las investigaciones son recientes nos limitaremos a valorar los aspectos sobresalientes de una conducta específica pero no aspectos específicos de dicha conducta. Por ejemplo, para valorar la atención visual, será suficiente con observar que el sujeto fija la atención en el estímulo presentado, el tiempo de fijación o la preferencia por una parte de esos estímulos no será valorada pues no hay acuerdo suficiente entre los estudiosos del tema sobre el tiempo de fijación adecuado o el tipo de estímulos, o el recorrido visual para poderlo aplicar.

Para valorar la visión utilizaremos: Fijación visual, habituación y memoria de

reconocimiento, ya que son los métodos reconocidos como válidos en este campo.

Visión: valoraremos:

- La agudeza visual: es la visión que hay en el centro de nuestro campo visual. La agudeza visual del recién nacido es de 0,003 ó 6/200, de 0,1 (6/60) a los 3 meses y parecida a la del adulto a los 6 meses. Tendremos en cuenta los factores que pueden perjudicar el desarrollo de la agudeza visual como son la inflamación de los párpados, la mala utilización de los ojos, infecciones oculares.
- La visión binocular: la base neuronal de la visión binocular exista ya en el recién nacido, el estrabismo constante puede producir pérdida de la visión ocular, (Hyvärinen 1988).
- Sensibilidad al contraste, el recién nacido es capaz de distinguir contrastes elevados, (Fantz 1963, Bower 1993, Hyvärinen 1988) aunque su capacidad es escasa todavía, pero suficiente para permitirle ver las expresiones básicas del rostro. A los 3 años el desarrollo de esta capacidad es semejante al del adulto.
- Sensibilidad a los colores, el recién nacido prefiere el contraste alto y alrededor de los 2 meses es semejante a la del adulto. Según Hyvärinen (1988) la pelota aro rojo que se emplea en los baby-test no es el material adecuado.
- Reflejo de fijar la vista, es el fundamento del desarrollo de la vista. Es funcional desde el nacimiento, el bebé es capaz de fijar la vista en un objeto y seguir los movimientos del mismo. La secuencia evolutiva esperada es: movimientos horizontales al nacimiento, algunas veces se pueden observar seguimientos verticales. Entre 1 mes y 2 meses aparece el seguimiento vertical. Alrededor de los 6 meses consigue un barrido rápido del centro a la periferia al seguir un objeto. El niño debe ser capaz de coordinar ojos-cuello-mano en el seguimiento de los objetos.
- Coordinación óculo-manual, alrededor de los 3 meses inicia la coordinación óculo-manual: manos, dedos, juguete.
- Entre los 3 y 4 meses el estrabismo debe de haber desaparecido y sólo presentarse cuando está a punto de dormirse.

Valoraremos especialmente el primer año de vida pues es la fase más rápida del desarrollo

visual pero hasta los seis años se realizan ajustes finos de las capacidades ya desarrolladas en el primer año, "a la edad de nueve o diez años es muy probable que el desarrollo de las funciones visuales quede completo" Hyvärinen (1988).

- Fijación breve
- Agudeza visual
- Movimiento rastreo visual
- Visión binocular
- Sensibilidad al contraste

- Fijación breve: Al mes mira objetos próximos, si mira al rostro se fija en los ojos. Al mes y medio responde a la sonrisa visual, abrimos los ojos con expresión de alegría para que nos responda sonriendo. A los tres meses mira y observa sus manos primero sin intención y después con intención, esto es busca sus manos y las lleva al campo visual, esto le permite asociar los movimientos de sus manos con la información visual que recibe e iniciarse en el mundo tridimensional. Después observa el movimiento de sus dedos. A los tres meses valoraremos la coordinación óculo-bucal, la capacidad de coger con la boca un objeto guiado por la vista, tumbamos al bebé boca abajo y apoyado en sus antebrazos le ofrecemos en línea media su chupete, trata de cogerlo con la boca. A los seis meses coordina los movimientos de la mano y la vista para atrapar objetos.

- Agudeza visual: El recién nacido ve a una distancia aproximada de 40 a 50 cm. A los tres meses reacciona a los estímulos que entran en los 60° centrales. A los seis meses a los 180° centrales, en este momento deben reaccionar a los estímulos del campo periférico. A partir de los seis meses es capaz de ver objetos pequeños a un metro, metro y medio de distancia. Es capaz de buscar un objeto que se ha caído cuando estaba en su campo visual, esto supone la existencia de un espacio visual mental. Le enseñamos un juguete y cuando fije su mirada en él lo alejamos hasta una distancia aproximada de un metro, metro y medio, observar en qué momento deja de fijar la vista el niño en el objeto, tendremos en cuenta la pared de fondo para que contraste con el objeto.

- Movimiento rastreo visual: El recién nacido puede seguir movimientos horizontales de rastreo visual que aparecen en su campo central. Nos ponemos delante del bebé y nos movemos lentamente delante de su cara fijando la vista en sus ojos para facilitarle el rastreo. Podemos emplear una luz parpadeante o un juguete que le estimule y que nos trae la madre. No utilizaremos la pelota o el aro rojo típico que utilizan los tests (Brunet-Lezine y Brazelton) porque según Hyvärinen no son tan eficaces, ya que responde mejor a los contrastes altos (rostro humano, luz o juguete preferido) que a los

colores. Alrededor del mes responden a los movimientos verticales y a los dos meses debe ser fácil evaluarlos, utilizaremos el mismo material para observarlo, tendremos en cuenta la disminución de los movimientos visuales agitados a partir del segundo mes como índice de desarrollo normal de la vista. A los seis meses los movimientos deben ser ya rápidos del centro a la periferia y combinar, ojos-cuello-mano.

- Visión binocular: la base de la visión binocular está en el nacimiento y a los dos meses se ha podido valorar la visión estereoscópica. Entre los dos y tres meses deben tener una acomodación semejante a la del adulto al mirar de cerca. A partir de los tres meses no deben observarse ojos cruzados al mirar de cerca. Algunos autores consideran que hasta los seis o nueve meses es fácil encontrar estrabismo evolutivo.
- Sensibilidad al contraste: La capacidad para encontrar diferencias en el brillo de las superficies es baja al nacimiento. El recién nacido distingue contrastes muy altos, de la cara humana los ojos y la boca lo que le permite responder a las expresiones humanas básicas. Las preferencias del recién nacido son el contraste blanco/negro y figuras geométricas sencillas. A partir de los dos meses el color y las figuras geométricas complejas.

Hemos diseñado unas fichas para la valoración visual siguiendo las recomendaciones de Fantz, Bower, Hyvärinen y Once principalmente.

La coordinación óculo-bucal no es utilizada en las escalas de desarrollo de los autores leídos para elaborar este protocolo. Pero nos parece interesante valorarla como primera secuencia en el desarrollo de la coordinación visual con una parte del cuerpo. La visión se utiliza por primera vez para dirigir el movimiento de una parte del cuerpo para alcanzar objetos (boca/ojo). Comprobaremos si este ítem es superado por los sujetos de nuestra muestra. Sería interesante comprobar si los sujetos que no lo alcanzan y tienen un buen desarrollo motriz padecen alguna deficiencia visual que no les permite coordinar los movimientos de los ojos con los del cuerpo.

Signos de alarma

- Dificultad o ausencia de fijación
- No presenta movimientos verticales a los 3 meses.
- Estrabismos persistentes, 6/9 meses
- No sigue la trayectoria de un objeto que se ha caído a los 8 meses

Audición

Al comentar el protocolo de comunicación y lenguaje hemos hablado de las capacidades auditivas en desarrollo de los niños menores de dos años, por lo que aquí nos limitaremos a valorar la capacidad de captar y responder al sonido.

- Localiza sonidos a ambos lados
- Preferencia clara de sonidos. 4 meses
- Clara localización de sonidos. 5 meses
- Reacción al sonido: positiva/negativa
- Emisiones con tonalidad (ver lenguaje)
- Reacción extraña a sonidos paradójicos (cambio de voz del hablante)
- Diferencia sonidos parecidos (pato/plato, nene/tete) por percepción de fonemas o entonación

Signos de alarma

- Ausencia de reacciones a sonidos
- Localización a un sólo lado
- Reacción sólo a sonidos de gran intensidad
- Reacción inadecuada: irritabilidad/gritos
- No dirige la atención rápidamente, cuando no existe dificultad motora. 12-15 meses
- No puede localizarlos (ver cognición, procesamiento de la información)
- No diferencia calidades distintas
- Respuestas paradójicas al sonido

Hemos diseñado unas hojas de valoración de la percepción auditiva que pueden utilizarse a partir del año. Las hojas elaboradas para la percepción auditiva sirven de material específico de apoyo a la valoración, no pretenden diagnosticar, sino complementar el material típico en este tipo de valoraciones. Son útiles a partir del año, donde visión-audición y motricidad se coordinan con facilidad. La fijación visual del dibujo nombrado o la indicación y fijación visual del mismo nos pueden precisar con más detalle si el sujeto relaciona sonido con imagen, teniendo en cuenta las circunstancias que pueden hacer errar a un sujeto: atención preferente a otros estímulos de los nombrados, interés por otra imagen que no es la nombrada...

Para la elaboración del material hemos tenido en cuenta las investigaciones que se relacionan con la percepción auditiva y los exámenes clásicos para valorar la audición en estas edades especialmente los siguientes autores: Mehler, Perelló, Eimas.

Utilizamos parejas de dibujos que se consideran familiares para los niños y cuyo nombre se

diferencia por un solo sonido o fonema: vaca/bata (en español sólo existe el fonema "b" aunque se representa por letras distintas, por lo tanto la diferencia entre estas dos palabras se centra en el sonido k/t).

Según Mehler el niño llega a la representación de una palabra partiendo de la información fonológica que le proporciona la sílaba. En un par de palabras como vaca/caca, la información para distinguir un sonido del otro se lo dará la primera sílaba: VAca/CAca. En el par de palabras pato/palo, la información se la da la segunda sílaba: paTO/paLO. Este es uno de los criterios que hemos utilizado para elaborar el listado de pares de palabras.

Criterios para la elaboración de parejas de palabras

- CV + CV. Palabras cuya estructura silábica sea consonante-vocal
- Palabras bisilábicas
- Palabras elegidas en función del acento prosódico: vaca/caca donde el acento recae en la primera sílaba en ambas palabras.
- Posición de la sílaba que las diferencia, primero o segundo lugar: vaca/caca la diferencia está en la primera sílaba o palo/pato la diferencia está en la segunda sílaba
- Palabras familiares y funcionales para el niño
- Palabras reduplicadas: mama, papa, nene, tete
- Palabras con diferencia vocálica: nene/nena
- Palabras con diferencia consonántica: cubo/culo

Criterios para el orden de presentación de las fichas elaboradas

- La funcionalidad de la palabra frente a la diferencia fonética. Agua puede ser más difícil fonéticamente que la palabra pala, pero la familiaridad de la primera puede primar frente a la segunda.
- La representación gráfica de las palabras, puede ser más difícil representar agua que pala.
- De menor a mayor dificultad de diferenciación fonética (vocales abiertas, frente a vocales cerradas, consonantes con puntos de articulación distante)
- Presentar de tres a seis dibujos a lo largo de la sesión.
- Dos cuadernillos con fichas del mismo nivel de dificultad para combinar la presentación y evitar la memorización.

Criterio para nombrarlas

- Nombrar solo la palabra
- Nombrar la palabra en frases cortas

Criterios de valoración

- Tendremos en cuenta la preferencia del niño, es posible que si le gusta la vaca, señale la vaca aunque oiga caca.
- Facilitaremos uno de los cuadernillos a los padres en el caso de que falle tres de seis dibujos, para que puedan contrastarlo en su casa.

Lista de pares de palabras para diferenciar sonidos

Mama/cama, caca/cama, nene/nena, cubo/culo, papa/pala, papa/mama, puente/fuente, pata/pala, tata/pata, pato/palo, ojos/hojas, vaca/caca, oso/ojo, pelo/perro, boca/bota, plato/pato, agua/gua-guau, casa/cara, pete/nene.

COGNICIÓN

Consideramos tres aspectos a tener en cuenta: Atención, Memoria y Simulación

Atención:

- Cautiva
- Inicia la atención voluntaria. 3 meses
- Aumenta el tiempo de atención
- Atención predominantemente visual (observa los objetos antes de llevárselos a la boca. 6 meses

Signos de alarma

- Persistencia atención fija
- Atención dispersa
- Atención bucal frente a la visual

La atención es el estado o capacidad para retener unos estímulos y obviar otros. La atención al seleccionar los estímulos que activan los órganos sensoriales permite la percepción de los objetos y personas. Percibir las propiedades físicas y organizarlas y la cognición da significado a lo percibido.. Una de las preguntas más difíciles de responder en psicología es si se puede percibir sin conocer, al igual que la propuesta

de que se puede razonar sin pensar (poner lo del razonamiento de los bebés en Pérez). Percibir diferencias entre objetos no implica el conocimiento de los objetos poner ejemplos diferenciar colores e incluso poner etiquetas verbales no significa que los niños conozcan el concepto color, por ejemplo la capacidad para atender al color y no a otros aspectos del objeto está relacionado con la maduración de las células corticales (Barbizet y Duizabo (1978), ahora bien la capacidad de conocer la gama de colores no depende solo de la maduración sino del aprendizaje, por ejemplo los esquimales distinguen diez tonalidades de blanco y aquí al igual que en otro tipo de conductas investigadas cada enfoque psicológico apela al origen de ese conocimiento en función de sus postulados. En lo que si están de acuerdo los teóricos es en la necesidad de atender para percibir y percibir para conocer y en ese sentido lo vamos a valorar.

Memoria:

Los estudios sobre memoria en la primera infancia son recientes, las pruebas más utilizada para evaluar la capacidad de retención son la habituación y la memoria de reconocimiento. La habituación se considera un proceso cognitivo ya que supone la construcción de un esquema mental del objeto desconocido que pasa a ser conocido al familiarizarse con él y la memoria de reconocimiento implica un proceso cognitivo de comparación de los elementos conocidos frente a los desconocidos, ya que la representación mental se relaciona con la memoria y la forma de organizarse en ella (Rodríguez Santos, 1990 y Bragado, 1994). Brown y colaboradores (1983) señalan que los niños de dos años pueden prepararse para localizar un objeto que buscan pero eso no quiere decir que la clave que utilicen para buscarlo sea adecuada ya que en las primeras edades las estrategias de memoria son poco eficaces y poco estables. Valoraremos la capacidad del sujeto para iniciar la búsqueda del objeto que le hemos enseñado y guardado pero no el acierto de la búsqueda, ya que en estas edades la memoria es involuntaria, esto es no establecen un plan para buscar lo perdido (Mata, 1988). La forma más adecuada para valorar la memoria en los primeros años de vida es utilizar situaciones naturales y estímulos conocidos (Mandler, 1988, 1996; Meltzoff, 1988; Ashmead y Perlmutter, 1980).

- Preferencia por lo novedoso
- Repite secuencias cortas conocidas cuando se le inicia (palmas, palmitas...)
- Reconoce a las personas que le cuidan manifestando respuestas sociales: sonrisa, agitación motriz... y extrañeza a los desconocidos. 6 meses
- Recupera su juguete preferido si está siempre en el mismo lugar. 12 meses
- Recuerda dónde se ha guardado un juguete al finalizar la sesión

Signos de alarma

- No da muestras de distinguir lo conocido de lo desconocido
- Incapaz de recordar juegos familiares
- No busca objetos perdidos

Simulación:

- Imitación diferida: imita sin modelos acciones vividas, le enseñamos un libro con un helado, hacemos ver que nos lo comemos y cerramos el libro, al finalizar la sesión o en el momento que creamos oportuno, abrimos el libro y esperamos a que repita la acción antes vista. 12 meses.
- Autosimulación: representa acciones conocidas; a dormir, a comer... 12 meses
- Simulación externa: representa acciones que realizan los demás; dar de comer, limpiar el polvo...

Signos de alarma

- Ausencia de imitación diferida. 18 meses
- Ausencia de simulación. Alrededor 2 años

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Las pruebas utilizadas para valorar la capacidad de procesamiento de la información son: habituación, memoria de reconocimiento y tiempo de fijación visual. Fagan y Singer (1985), Bornstein y Sigman (1986), Bornstein (1989). Nosotros valoraremos en este apartado la utilización de los sentidos para captar información nueva siguiendo el desarrollo evolutivo de las capacidades que le permiten captar información según la edad de desarrollo, ya que en el apartado anterior hemos valorado la memoria.

- Captación de la información bucal y visual.
- Aumenta la visual frente a la bucal; primero reconocimiento visual e inmediatamente a la boca. 6 meses.
- Coordina visión-audición.
- Visual-manipulativa frente a la bucal; primero reconocimiento visual, después manipulativo y finalmente a la boca. 9 meses.
- Disminuye casi totalmente la bucal como fuente de información; reconocimiento visual y manipulativo, pocas veces termina en la boca para ser inspeccionado, lo suelen llevar a la boca para finalizar la inspección mientras esperan un objeto nuevo, pero si el tiempo entre el objeto y objeto se reduce no tienen necesidad. Sólo frente a objetos muy

novedosos realizan una inspección visual-manual rápida y se lo llevan a la boca como buscando un esquema de conocimiento que les permita clasificar o situar al objeto nuevo. 12 meses.

Signos de alarma

- Persistencia conocimiento bucal
- Ausencia observación visual
- Ausencia manipulación

Anotar en las observaciones la forma de actuar del sujeto frente a las actividades:

- Actúa enseguida
- No actúa hasta que le inician la tarea
- Espera a que lo resuelvan los adultos y luego lo imita
- Pide ayuda si no lo consigue
- Prueba soluciones distintas y finalmente pide ayuda

Por ejemplo en actividades como hacer una torre de cubos, un tren, meter en una caja, encajar formas en tablero...

PROTOCOLO PERCEPCIÓN - COGNICIÓN (1)	SI	NO
<p>ÓRGANOS SENSORIALES: Visión/Audición</p> <p>Visión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fijación breve - Percibe a una distancia de 40 a 50 cm. - Dificultad de coordinación movimientos ojos - Inicia la coordinación viso-auditiva (2 meses) - Coordinación óculo-bucal (3 meses) - Coordinación viso-auditiva distintas direcciones (4 meses) - Coordinación óculo-manual (6 meses) - Ausencia de estrabismo (6 a 9 meses) - Buena coordinación óculo-manual (7 meses) <p>Signos de Alarma: Desviación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad o ausencia de fijación - Dificultad de percepción - Estrabismo persistente (6 a 9 meses) - Localización visual insuficiente <p>Audición:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Localiza sonidos a ambos lados - Preferencia clara de sonidos (4 meses) - Clara localización de sonidos (5 meses) - Reacción al sonido: positiva/negativa - Emisiones con tonalidad (ver lenguaje) - Reacción extraña a sonidos paradójicos (cambio de voz del hablante) - Diferencia sonidos parecidos (pato/plato, nene/tete) por percepción de fonemas o entonación <p>Signos de Alarma: Desviación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de reacciones a sonidos - Localización un sólo lado - Reacción sólo a sonidos de gran intensidad - Reacción inadecuada: irritabilidad/gritos - No dirige la atención rápidamente, cuando no existe dificultad motora (12-15 meses) - No puede localizarlos (ver cognición, procesamiento de la información) - No diferencia calidades distintas - Respuestas paradójicas al sonido 		

PROTOCOLO PERCEPCIÓN - COGNICIÓN (2)	SI	NO
<p>COGNICIÓN: Atención/Memoria/Simulación</p> <p>Atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cautiva - Inicia la atención voluntaria (3 meses) - Aumenta el tiempo de atención - Atención predominantemente visual <p>Signos de Alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persistencia atención fija - Atención dispersa - Atención bucal frente a la visual <p>Memoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preferencia por lo novedoso - Repite secuencias cortas conocidas cuando se le inicia (palmas, palmitas...) - Reconoce a los familiares y extraña a los desconocidos (6 meses) - Recupera su juguete preferido si está siempre en el mismo lugar (12 meses) - Recuerda dónde se ha guardado un juguete al finalizar la sesión <p>Signos de Alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No da muestras de distinguir lo conocido de lo desconocido - Incapaz de recordar juegos familiares - No busca objetos perdidos <p>Simulación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Imitación diferida - Autosimulación - Simulación externa <p>Signos de Alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de imitación diferida (18 meses) - Ausencia de simulación (alrededor 2 años) <p>PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Captación de la información bucal y visual - Aumenta la visual frente a la bucal - Coordina visión-audición - Visual-manipulativa frente a la bucal - Disminuye casi totalmente la bucal como fuente de información <p>Signos de Alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persistencia conocimiento bucal - Ausencia observación visual - Ausencia manipulación 		

4.3.4.- Protocolo área social-emocional

Para valorar y observar las emociones partiremos del desarrollo de las expresiones faciales y corporales. Young (1978) afirma que existe un programa cerebral innato que poco a poco será mediatizado por la necesidad de adaptación socio-cultural. Estudios realizados con niños salvajes (Maclean 1977) muestran como ciertas emociones no son aprendidas culturalmente. Según estos autores los niños nacen con capacidades para expresar sus emociones y éstas se desarrollarán gradualmente al igual que sucede en otras áreas de desarrollo. No entramos en la polémica de si son innatas o aprendidas, nos interesa la coincidencia de los autores en cuanto a su proceso de aparición, la no aparición de las mismas es considerada en algunos casos como índices claros de signo de alarma, por ejemplo la sonrisa, y es en este sentido que nos interesa observarlo.

No valoraremos en estas edades los hábitos de autonomía social por considerar que estas conductas no deben introducirse antes de los dos años (limpieza corporal, control de esfínteres, modales...) si pueden ofrecerse modelos para que el niño imite por lo que ofrecemos orientaciones a todos los padres sobre los momentos más adecuados para iniciarlos (control de esfínteres, masticación, comer solo) y pautas para enseñarlos. Consideramos que estas orientaciones pertenecen más a Educación Maternal o Educación para la salud y no tanto a la valoración en el niño. Pero ofreceremos consejos específicos para cada niño y para su momento evolutivo. Creemos que este tipo de orientaciones si no son específicas, individualizadas para una familia, deben darla los profesionales sanitarios no especializados pero formados en el tema.

Valoraremos especialmente el sueño y la alimentación por ser estos dos aspectos de alta frecuencia en la demanda de consejos y orientación que solicitan los padres y por ser dos de los comportamientos que más frecuentemente se alteran, "otra peculiaridad de los síntomas de las primeras edades es su expresión funcional. Se trata de funciones alteradas en su curso normal y las más frecuentes, con mucho, son la alimentación y el sueño" Kreisler y Cramer (1990).

Valoraremos los aspectos: Comportamiento de sueño, Comportamiento alimentación y Comportamiento emocional-afectivo.

COMPORTAMIENTO DEL SUEÑO

Las investigaciones sobre comportamiento de sueño son recientes, tanto en niños como en adultos. Hasta 1970 no existía ningún tipo de organización formal que agrupara las

investigaciones e investigadores de este campo. En este año se fundó la "Association for the Psycho-physiological Study of Sleep" y en 1976, se creó la "Association of Sleep Disorders Centers (ASDC)".

Los investigadores en este campo coinciden en que el sueño es necesario para "la reparación, restauración y preparación para el día siguiente" (Apuntes para Comunidades Científicas, 1992).

El sueño es una parte del ciclo de vigilia-sueño, "El sueño no es una situación pasiva ni la falta de vigilia, sino un estado activo con cambios hormonales y metabólicos, de temperatura y bioquímicos imprescindibles para el buen funcionamiento del ser humano durante el día", Estevill (1991).

"Los ritmos biológicos son variaciones temporales, periódicas y previsibles en las magnitudes de todos los niveles de la organización biológica de los organismos vivos. Son fenómenos que se repiten de manera reiterativa y que forman parte de nuestro sistema de vida", Estevill (1991). Los ritmos biológicos pueden clasificarse en función de la duración de la frecuencia: Alta frecuencia, menor a treinta minutos, mediana frecuencia, entre treinta minutos y dos días y medio, baja frecuencia, superior a dos días y medio. El ritmo de vigilia-sueño pertenece a la mediana frecuencia y se le conoce con el nombre de ritmo circadiano.

El hipotálamo controla el ritmo de vigilia-sueño, especialmente a través de los núcleos supraquiasmáticos. El ciclo vigilia-sueño está controlado por el hipotálamo pero factores externos pueden influir en la regulación de dicho ciclo, especialmente la luz según Estevill (1991). Y según Kreisler (1990) en el niño pequeño el ruido tiene mayor influencia que la luz, "El sueño del niño pequeño es ligero, vulnerable al ruido y algo menos a la luz. Hasta el tercer año no adquiere su proverbial profundidad". Otros de los factores que ayudan a regular el ciclo de vigilia y sueño son los hábitos sociales y culturales.

La organización del reloj biológico sueño-vigilia es distinto en función de la edad. En el recién nacido el ciclo de vigilia-sueño recibe el nombre de polifásico por existir varias fases de sueño y vigilia durante las veinticuatro horas que tiene el día. En el adulto recibe el nombre de monofásico ya que existe una vigilia diurna y un sueño nocturno, en las personas mayores vuelve a ser polifásico.

El sueño a su vez puede clasificarse en dos fases: sueño activo REM de ondas largas o sueño NO REM, sueño pasivo o de ondas cortas.

Una de las características principales de las alteraciones del sueño es la diferencia entre el patrón de sueño del individuo y el considerado correcto socialmente. Las causas que producen estos trastornos pueden ser internas, relacionadas con trastornos neurológicos o externas relacionadas con hábitos inadecuados o a enfermedades mentales.

El sueño en la infancia está compuesto por las dos fases: Sueño Activo y Sueño Tranquilo. En el recién nacido estas dos fases suelen combinarse al cincuenta por cien aproximadamente. La mitad del sueño transcurren en fase activa y la otra mitad en fase tranquila. Al iniciarse el sueño aparece el Sueño Activo, aparecen movimientos oculares al poco de dormirse y alrededor de unos cuarenta minutos pasa a la fase de Sueño Tranquilo. A los seis meses predomina el sueño tranquilo frente al activo. "A los 6 meses se observa un 30% de sueño REM y un 70% de sueño NO-REM (1,2 y 3/4)", Estevill (1991). La cantidad de horas de sueño que necesitan dormir los niños está en función de la edad: El recién nacido duerme entre 16 y 20 horas repartidas en cinco o seis períodos de vigilia-sueño diarios. Alrededor de los tres meses disminuye la cantidad de horas, entre 14 y 15 diarias, y la cantidad de períodos en las que se reparten, entre 4 y 5 períodos de vigilia-sueño diarios y la mayoría de horas de sueño son durante la noche, suelen despertarse y volverse a dormir solos de no ser así pueden aparecer alteraciones del sueño. Alrededor de los seis meses duermen unas 14 horas, la mayoría de ellas por la noche, unas doce horas nocturnas, realiza siestas por la mañana y por la tarde que suelen durar entre una y tres horas. Alrededor de los doce meses y hasta los dos años sigue durmiendo unas catorce horas pero en general sólo necesitan una siesta al día. Al llegar a los tres años la mayoría de los niños no necesitan dormir siesta y la cantidad de horas de sueño necesarias suele ser de 11-12 horas.

Los niños pequeños deben regular el ritmo de vigilia-sueño al cabo de unos meses del nacimiento, pronto establecen patrones de sueño que irán regulando en función de la edad y de las condiciones en las que se produzca el sueño. Los patrones de sueño pueden modificarse por las condiciones externas que impongan los padres (horarios, alimentación, cambios de lugar, control de la temperatura ambiental...) o por dificultades internas del niño (enfermedades prolongadas,).

Los trastornos más frecuentes del sueño en la infancia son: Insomnio, parasomnia e hipersomnio.

- El insomnio es la incapacidad de iniciar el sueño y mantenerlo.
- Las parasomnias son los fenómenos que aparecen durante el sueño que pueden o no interrumpirlo: Sonambulismo, terrores nocturnos, pesadillas, somniloquia, bruxismo, movimientos de automecimiento.

- Las hipersomnias, somnolencia diurna excesiva.

De estos tres tipos de trastornos solamente nos interesa valorar el insomnio, la dificultad para iniciar y mantener el sueño sin ayuda, puesto que las otras alteraciones no se dan antes de los dos años. No obstante orientaremos a los padres sobre los terrores nocturnos ya que aparecen alrededor de los dos o tres años, y puesto que el objetivo de la tesis es la prevención primaria y promoción de la salud creemos necesario informar de lo que va a suceder con toda probabilidad evitando así preocupaciones excesivas y dando pautas para que intenten distinguir entre desviación o evolución.

Expondremos brevemente las características de estas alteraciones específicamente las que aparecen antes de los dos años y el tipo de intervención que suele considerarse eficaz.

Según Estevill (1991) una de las alteraciones del sueño en la infancia son los despertares nocturnos frecuentes entre 5 y 15 veces sin posibilidad de conciliar el sueño sin ayuda. Los factores que suelen relacionarse con esta alteración son: rutinas que no favorecen el cambio, frecuentes comidas durante el período diurno, angustia de separación, cambio de pañales durante la noche, miedos por cambios de rutinas, ansiedad transmitida por los padres o cuidadores y dormir en la misma habitación que los padres. Si estos despertares continúan durante tiempo terminan produciéndose alteraciones del sueño graves que repercuten en el comportamiento del niño (inquietud, irritabilidad, fatiga, falta de atención...) y en la relación padres niño y en el caso de que convivan los padres juntos tensiones entre la pareja.

La intervención adecuada en estos casos es la organización o reorganización de hábitos de sueño, la intervención mediante fármacos no da resultado.

El análisis del comportamiento durante el sueño ha abierto nuevas posibilidades para estudiar el sistema nervioso del recién nacido, tanto en niños sanos como en niños de alto riesgo, ya que actualmente son pocos los instrumentos que pueden ofrecer una evaluación detallada del sistema nervioso del recién nacido. El grado de disociación entre ciclos o la ausencia de uno de ellos, indica mal funcionamiento del sistema nervioso central (Schulte, 1991).

El comportamiento de los niños es descrito en función de cuatro estados:

- 1 y 2 estados de sueño
- 3 estado de vigilia
- 4 estado de vigilia activa
- 5 estado de llanto

A su vez el estado de sueño se divide en 2 fases: sueño activo (REM) y sueño tranquilo (no REM), aunque no todos los autores están de acuerdo en el significado de estas dos fases de sueño, la hipótesis de Oswald (1962) es la más nombrada en todos los estudios consultados. Según Oswald, durante el sueño activo se produce una mayor síntesis de proteínas en el cerebro, lo cual produce una mayor circulación y un aumento de temperatura cerebral durante esta fase de sueño. Schulte (1990), en esta misma línea afirma que durante el sueño activo tiene lugar la reparación cerebral y ello repercute en el proceso de aprendizaje de los niños, mientras que la fase de sueño tranquilo es la de la reparación corporal, física. Estas conclusiones las respalda Schulte en base a unas investigaciones de Feinberg et al. (1969) en las que concluían que los niños y adultos con retraso mental presentan períodos escasos de sueño activo.

Parmelee et al. estudiaron el ciclo de sueño y vigilia en prematuros, neonatos a término, recién nacidos y niños mayores encontraron que los períodos de sueño y vigilia al principio está desorganizado y van distribuyéndose de distinta manera en función de la edad del niño. Inicialmente el estado de sueño es más amplio que el de vigilia para terminar reduciéndose en favor de la vigilia.

Durante el sueño aparecen una serie de movimientos corporales y expresiones faciales que las investigaciones consultadas coinciden en interpretarlos como "una irradiación de la excitación rombencefálica, que incluye los núcleos motores de los nervios craneales" (Schulte et al. 1973). Los movimientos oculares y la sonrisa también se interpretan de la misma forma. Según estas investigaciones no hay datos para sostener que la sonrisa que se produce durante el sueño activo (REM) sea una expresión de procesos psíquicos comparables a la sonrisa reactiva del sujeto despierto que aparece más adelante.

En cuanto a los hábitos sociales y culturales los estudios llevados a cabo demuestran que las culturas y las familias en función de sus creencias y valores. Existen poblaciones donde acostumbra a dormir a los niños en lugares distintos a los padres y solos, y otras culturas en las que los niños duermen desde el principio con la madre y en la misma cama (Morelli, Rogoff, Oppenheim y Goldsmith, 1992).

Sueño

- Preferencia sueño a vigilia. 1 mes
- Movimientos dormido
- Sonrisa dormido
- Periodicidad constante. A partir del mes

- Cantidad de horas: entre 15 y 18 horas al día (hasta los 2 años)
- Duración máxima de sueño: entre 4 y 5 horas (hasta los 3 meses)
- Duración máxima de vigilia: 2 a 3 horas (hasta los 4 meses)
- Mayor frecuencia de sueño nocturno que diurno (a partir de los 6 meses)

Registro

Cantidad de horas que duerme

Cómo reparte esas horas

Percepción materna del sueño del hijo:

- Cantidad: normal/mucho/poco
- Calidad: bien/regular/mal

Signos de alarma

- Ausencia de sonrisa dormido
- Ausencia de movimientos faciales

No hemos encontrado signos de alarma específicos del comportamiento del sueño en estas edades, pero los autores coinciden en afirmar que los niños que no sonríen mientras duermen, o no tienen expresiones faciales o movimientos oculares se relacionan con lesión cerebral u otros trastornos, como en el caso de los niños deficientes cognitivos o los niños con fenilcetonuria (Schulte 1973). En nuestro caso es interesante comprobar antes de derivar al pediatra si los que cuidan al niño se interesan y observan al bebé cuando duerme y por lo tanto nos pueden dar esta información. Según Brazelton y Cramer (1994) la sonrisa del bebé dormido cuando los padres la observan y la interpretan es un buen índice de vinculación entre cuidadores y niño.

Comportamiento alimentación

- Tipo de alimentación:
- Horas de alimentación:
- Seguimiento de los consejos pediátricos:
- Percepción materna: normal/mucho/poco
- Ritos o juegos en la alimentación:

COMPORTAMIENTO EMOCIONAL-AFECTIVO

Presentamos una secuencia de la sonrisa que se origina alrededor del primer mes y que se mantiene y perfecciona a lo largo del desarrollo. Añadimos la sonrisa emocional-cognitiva y la relacionamos con los aspectos biológicos y emocionales del niño no con la capacidad de interactuar con su entorno. El sujeto sonría para sí mismo y no con intención de establecer comunicación, porque reconoce los objetos o porque le producen satisfacción aunque sean novedosos, una satisfacción personal y determinada por las características de la especie humana, es una reacción del organismo a situaciones que le producen placer y no ansiedad. El niño sonríe para sí mismo, no como respuesta al entorno ni con intención de comunicarse con otros, simplemente expresa su satisfacción ante un hecho que le agrada o es capaz de resolver no necesita a nadie para dar esta respuesta, surge de su propia conducta de su relación consigo mismo, (Kagan,1984). A diferencia de lo que denominaremos como sonrisa afectiva o empática donde quiere comunicar su agrado a otro, una forma de expresar gestualmente el agrado o desagrado que le produce la situación, los objetos y las personas. Sería interesante investigar si este ítem nos podría servir para detectar a niños con trastornos de ansiedad de tipo depresivo, mientras que la sonrisa emocional-cognitiva se relacionaría con trastornos neurocognitivos o trastornos del humor.

- Sonrisa visual: como expresión de interacción. A partir del mes
- Sonrisa selectiva: conocido/desconocido. A partir del 6 mes
- Sonrisa emocional-cognitiva: A partir de los 6 meses
- Sonrisa afectiva: A partir de los 6 meses
- Risa. 4 meses
- Risa con contacto corporal. 5 meses
- Risa en situaciones sociales: básicamente para incongruencias cognitivas. 7-8 meses
- Enojo: cara roja, gritos de rabia y frustración. 4 meses
- Celos: manifiesta enojo cuando debe compartir algo (personas, objetos). 15 meses
- Rabietas: insiste en conseguir algo o se niega a perder algo utilizando los recursos de su etapa evolutiva (básicamente la capacidad motriz y los pocos recursos lingüísticos adquiridos: patadas, tirarse por el suelo, gritos, negación verbal...). 12 a 30 meses
- Timidez: se aleja y se esconde frente a desconocidos (taparse la cara, no querer que se le acerquen...). 12 a 24 meses
- Rubor: reacción fisiológica, especialmente centrada en la cara (sonrojo) ante estímulos relacionados con su persona. 24 meses a 4 años

Signos de alarma

- Ausencia sonrisa emocional-cognitiva

- Ausencia sonrisa afectiva
- Ausencia de celos
- Ausencia de rabietas
- Ausencia de reacción frente a extraños, excepto en los de su generación, en el caso de que aparezcan frente a su generación lo valoraremos como un signo más negativo.

La sonrisa inconsciente (dormido) no se valora en el protocolo del área emocional, pero tendremos en cuenta la valoración obtenida en el área de sueño, especialmente la relacionada con la observación de los cuidadores, ya que según Brazelton y Cramer (1994), la sonrisa del niño dormido es interpretada de distinta manera según el tipo de padres y en padres sanos suele interpretarse como índice de felicidad, de satisfacción, de que su bebé está soñando cosas agradables... Según estos autores este tipo de interpretación es un buen índice de la vinculación que están estableciendo padres e hijos. Sería interesante comprobar si la ausencia de sonrisa fisiológica o inconsciente en los niños de alto riesgo que no pasan por la fase de sueño activo, es una variable que añade dificultad a la vinculación entre padres e hijos. Pues de ser así, la intervención en estos niveles aumentaría la probabilidad de establecer un vínculo afectivo temprano, ya que según las investigaciones actuales en este campo (Echeganoy 1981) la vinculación en deficientes cognitivos resulta difícil de establecer, tanto por los padres como por el niño.

Observaremos la interacción entre cuidador-niño y observador-niño, así como los estilos educativos con el objetivo de obtener datos sobre pautas de interacción que están surgiendo pues nos ayudan a valorar el desarrollo emocional y afectivo (Musitu, 1996; M^oJ. Rodríguez, 1997).

PROTOCOLO SOCIAL-EMOCIONAL	SI	NO
<p>SUEÑO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preferencia sueño a vigilia (1 mes) - Movimientos dormido - Sonrisa dormido - Periodicidad constante (a partir del mes) - Cantidad de horas: entre 15 y 18 horas al día (hasta los 2 años) - Duración máxima de sueño: entre 4 y 5 horas (hasta los 3 meses) - Duración máxima de vigilia: 2 a 3 horas (hasta los 4 meses) - Mayor frecuencia de sueño nocturno que diurno (a partir de los 6 meses) - Cantidad de horas que duerme - Cómo reparte esas horas - Percepción materna del sueño del hijo: <ul style="list-style-type: none"> - Cantidad: normal/mucho/poco - Calidad: bien/regular/mal <p>Signos de Alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de sonrisa dormido - Ausencia de movimientos faciales <p>ALIMENTACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de alimentación: - Horas de alimentación: - Seguimiento de los consejos pediátricos: - Percepción materna: normal/mucho/poco - Ritos o juegos en la alimentación: <p>EMOCIONAL-AFECTIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sonrisa visual - Sonrisa: como expresión de interacción (a partir del mes) - Sonrisa selectiva: conocido/desconocido (a partir del sexto mes) - Sonrisa emocional-cognitiva - Sonrisa afectiva - Risa: (4 meses) - Risa con contacto corporal: (5 meses) - Risa en situaciones sociales: básicamente para incongruencias cognitivas (7-8 meses) - Enojo (4 meses): cara roja, gritos de rabia y frustración - Celos (15 meses): manifiesta enojo cuando debe compartir algo (personas, objetos) - Rabieta (12 a 30 meses): insiste en conseguir algo o se niega a perder algo - Timidez (12 meses a 2 años): se aleja y se esconde frente a desconocidos - Rubor (2 a 4 años): reacción fisiológica, especialmente centrada en la cara <p>Signos de Alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausencia sonrisa selectiva, cognitiva - Ausencia de celos - Ausencia de rabieta - Ausencia de reacción de extrañeza, excepto en los de su generación. 		

4.3.5.- Protocolo de Maltrato Infantil

Las investigaciones actuales definen la población que da maltrato a los niños como un grupo heterogéneo y esto no nos permite realizar una detección de la población en riesgo, "los padres que maltratan a sus hijos proceden de todos los estamentos sociales, que son ricos o pobres, bien educados o mal educados, pertenecientes a cualquier raza o religión. Resulta posible describir muchas de las características que tienen en común, pero no corresponden a un estereotipo.", Kempe y Kempe (1985). Al leer las diferentes clasificaciones que se han realizado sobre el maltrato infantil, nos damos cuenta de que no nos permiten distinguir con claridad ni predecir que niños tienen mayor probabilidad de ser maltratados. Todos los autores coinciden en la dificultad de definir qué puede ser considerado maltrato infantil y qué no debe ser considerado como tal.

En el primer capítulo realizamos un resumen breve de la historia social del niño con la intención de conocer las actitudes sociales hacia el niño a lo largo del tiempo y poder analizar la situación actual desde la perspectiva histórica para intentar evitar la subjetividad generacional, "Históricamente, la sociedad no se preocupó de los abusos", Kempe y Kempe (1985), "Ello no quiere decir que no hubiese padres que atendieran debidamente a sus hijos, pero criterios muy difundidos aprobaban multitud de prácticas que calificaríamos actualmente como trato abusivo hacia el niño e incluso padres cariñosos se hallaban influidos por ellas.", Kempe y Kempe (1985).

A finales del siglo XIX Tardieu, médico francés, presentó por primera vez un estudio sobre El síndrome del niño golpeado en 1868. En 1871 surge la Sociedad para la Prevención de la Crueldad con los Niños en Nueva York. Recordemos que a mediados del siglo XIX apareció en Estados Unidos el Movimiento para el Bienestar del Niño que es en el siglo XIX debido a una serie de factores: principios humanistas de la Revolución Francesa, la necesidad de ofrecer una educación y preparación laboral consecuencia de las necesidades mercantiles de la Revolución Industrial, el avance de la técnica y las investigaciones en psicología del desarrollo y aprendizaje entre otras variables fueron posibilitando un cambio en las actitudes sociales hacia la infancia que permiten actualmente afrontar el problema de cómo tratar a los niños y qué debe considerarse maltrato.

Desde que Tardieu describiese el síndrome del niño golpeado en 1868 hasta 1946 aparecieron numerosos casos de niños con traumatismo pero atribuían el origen de dichas lesiones al raquitismo. En 1961 Kempe presentó la descripción del síndrome del niño golpeado en la Reunión Anual de la Academia Americana de Pediatría. Es a partir de este año cuando surge numerosas investigaciones, estudios, casos, publicaciones y las denuncias sobre maltrato

infantil aumentaron espectacularmente pero descendió la cifra de niños hospitalizados y la mortalidad por dicha causa lo que puede interpretarse según Kempe y Kempe (1985) como un aumento de sensibilidad social hacia el tema, un adecuado momento social para realizar la prevención primaria y mayores medios para ayudar a los padres que maltratan a sus hijos, (López, 1994).

Todos los estudios sobre maltrato infantil que hemos consultado coinciden en la dificultad de definir qué puede ser considerado maltrato infantil y qué no debe ser considerado como tal. "Algunas de las cuestiones con las que se enfrenta la definición de maltrato infantil son las siguientes: 1. La ambigüedad e imprecisión del concepto de maltrato, 2. La ausencia de criterios objetivables, precisos y operativos, 3. la diversidad de criterios ideológicos, culturales y profesionales, 4. la heterogeneidad intrínseca de los comportamientos que se están categorizando. Todas estas razones, entre otras que pudieran ser citadas, han provocado la aparición de múltiples definiciones que hacen que un mismo caso pueda ser considerado como maltrato o no en función de quién lo detecte o investigue" Martín Alvarez, De Paul Otxotorena y Pedreira (1995). Estos autores definen el maltrato infantil de la siguiente forma: "Ocurre el maltrato infantil cuando el niño es objeto de acciones u omisiones por adultos cercanos o instituciones, que afectan a su desarrollo físico, psíquico, afectivo y/o social, con o sin lesiones evidentes pero percibidas por el adulto que las inflige como dañinas o perjudiciales para el niño".

Kempe (1985) considera las acciones de los adultos y establece cuatro categorías de maltrato infantil: violencia física, abandono físico y emocional, maltrato emocional y explotación sexual.

Por otro lado no existen unas características que definan a los adultos que maltratan a los niños pero se describen factores o circunstancias que pueden desencadenar fácilmente situaciones continuas leves o graves de maltrato infantil en el contexto familiar (Martín Alvarez, 1995). Otras investigaciones estudian la relación entre maltrato infantil y la clase de apego establecida (Díaz Aguado, 1996).

Los factores de riesgo que nos permitirían situar a los niños con mayor probabilidad de ser maltratados son en realidad indicadores inespecíficos que no permiten una adecuada selección de la población a intervenir. Las primeras teorías resaltaban los trastornos psiquiátricos, más tarde se resaltaron los niveles socioeconómicos y en la actualidad los psico-sociales. Tanto los enfoques teóricos como los factores de riesgo están en revisión (Alvarez, De Paul Otxotorena y Pedreira, 1995).

No obstante, los estudios sobre el tema coinciden en las técnicas y métodos para ayudar a disminuir esta lacra social: Prevención, pronóstico e intervención.

Jones y colaboradores proponen una clasificación basada en la valoración de numerosos casos. Esta clasificación se concentra en las agresiones físicas, el abandono y el abuso emocional, no incluye el abuso sexual.

De las distintas clasificaciones encontradas ésta nos ha parecido la más adecuada para aplicar al estudio que estamos realizando pues recoge dos grupos de maltrato infantil y nueve tipos de familias con riesgo de maltratar a sus hijos. Lo más interesante para nuestro estudio es el primer grupo de maltrato infantil ya que las características que definen a la familia son de fácil observación y pertenecen a la población considerada normal.

Dos grupos de maltrato infantil:

- 1.- Maltrato primario. La lesión se relaciona con una relación deteriorada padre/madre/hijo de origen comprensible. No existen pruebas o muy pocas de que existan problemas sociales o de personalidad.
- 2.- Maltrato secundario. Las lesiones se relacionan con problemas derivados de la vida general y de la crianza de los hijos en particular, o con trastornos graves de la personalidad o enfermedades mentales.

Tipo de pronóstico

Pronóstico favorable: responde rápidamente al tratamiento

Pronóstico variable: tarda en responder

Pronóstico desfavorable: no responde al tratamiento

1.- Maltrato infantil primario: 3 tipos

Tipo 1

- Padre/madre: la madre suele ser la responsable de los accidentes o lesiones. No existen problemas emocionales o sociales.
- Edad niño: Menos de 8 meses. Bien atendidos. Pesaban poco
- Accidente: Comprensible. Suelen ocurrir en momentos de mucha tensión, donde la capacidad de enfrentarse a los problemas es escasa. Los padres reconocen su responsabilidad.

Tipo 2

- Padre/madre: La madre suele ser la responsable de los accidentes. Las mismas características del tipo 1, pero la personalidad presenta rasgos de tipo obsesivo. El estilo de vida es de autonomía y éxito profesional. educación rígida y exigente. Generalmente buscan ayuda, consejos. Necesitan que les expliquen el desarrollo evolutivo y entender que esas conductas que ellas creen inadecuadas son normales.
- Edad del niño: Suelen andar
- Accidente: Comprensible. Suelen ocurrir frente a conductas infantiles normales pero que les desbordan.

Tipo 3

- Padre/madre: Suele ser el padre. No existen problemas familiares y la situación social y económica es normal. El padre suele ser muy exigente y perfeccionista. Es necesario explicarles el desarrollo evolutivo para que las conductas que ellos perciben como negativas o problemáticas, entiendan que son normales en la edad del niño.
- Edad del niño: En edad escolar. Bien atendidos. Presentan problemas de conducta y emocionales.
- Accidente: Castigos duros con lesiones

2.- Maltrato infantil secundario: 6 tipos

Tipo 4

- Padre/madre: Ambos suelen ser los responsables. Caos social y marginación. Presentan problemas de personalidad y funcionamiento social inadecuado. Relaciones sociales muy deterioradas. Estilo de vida caótico. Comportamiento variable con el niño.
- Edad del niño: cualquier edad. Presentan señales de abandono y falta de estímulos
- Accidente: Lesiones y explicaciones incongruentes.

Tipo 5

- Padre/madre: Ambos dan maltrato. Suelen ser adolescentes. personalidad inmadura. Clase social muy baja. Suelen haber estado en protección de menores.
- Edad del niño: En las primeras edades. Bien atendido.
- Accidente: Pérdida de control frente a conductas del niño. En general frente al llanto.

Tipo 6

- Padre/madre: Ambos dan maltrato. Problemas sociales y económicos graves. Deficiencia, minusvalía y esquizofrenia
- Edad del niño: Pequeño. Mal atendido

- Accidente: Incomprensible

Tipo 7

- Padre/madre: Ambos. Grupo poco numeroso pero muy grave. Suelen matar al niño. Ambos maltratan al niño, pero suele matarlo el padrastro. Trastorno grave de personalidad y sociopatía.
- Edad del niño: Pequeños.
- Accidente: La lesión no es comprensible. Respuesta impulsiva e irritada ante un hecho sin importancia o resultado de un maltrato sistemático y crónico.

Tipo 8

- Padre/madre: Frecuentemente la madre. Son mujeres que se juntan con hombres violentos, tipo 7, y que no protegen a sus hijos del maltrato de su pareja.
- Edad del niño: Menores de 5 años
- Accidente: Lesiones graves y a veces muerte producidos por el padrastro.

Tipo 9

- Padre/madre: Frecuentemente la madre. Padecen psicosis postnatal. Suelen intentar suicidarse después de maltratar a sus hijos.
- Edad del niño: muy pequeño, suelen ser recién nacidos.
- Accidente: Lesiones extrañas y premeditadas.

Principio de intervención en maltrato infantil

- Evitar la intervención excesiva de profesionales.
- Establecer un criterio a seguir para todos.
- La evaluación e intervención directa la decidirán los profesionales individualmente.
- Sinceridad: actitud abierta hacia los padres y los profesionales, es necesario encarar el problema.
- Confidencialidad: pero sin mantener información que ponga en peligro a los niños. La confidencialidad no es nunca incondicional. Primero es el derecho que tiene el niño a ser defendido.
- Autoridad: Utilizar los medios legales cuando un niño está en peligro y los padres no reaccionan con la ayuda ofrecida. Utilizar la autoridad como técnica terapéutica controlando los límites de la misma.

Prevención del maltrato infantil

Una de las conclusiones a las que llegamos después de la lectura de varias investigaciones sobre maltrato infantil, así como de las estadísticas referidas a las edades de mayor frecuencia de maltrato, es que independientemente de las características de la familia, el maltrato, a excepciones de algunos casos, se produce en períodos del desarrollo infantil conflictivos. Esto nos hace suponer que la información anticipada del comportamiento infantil puede mejorar las relaciones entre padres o cuidadores y el niño, especialmente en aquellos grupos cuya intención no es maltratar a sus hijos y las condiciones sociales en las que se desarrollan son favorables. Acabamos de ver como ciertos tipos de padres buscan información y explicación al comportamiento de sus hijos.

Prevención primaria

- Informar a todos los padres que acuden al programa sobre el período evolutivo en el que se encuentra el niño y especialmente de las conductas normales pero negativas socialmente y exasperantes de ese período.
- Anticipar los comportamientos molestos de la siguiente etapa evolutiva.
- Orientar cómo controlar y tolerar la conducta infantil
- Dar pautas para evitar la frecuencia de conductas problemáticas que son evolutivas pero que crean conflictos.
- Aconsejar sobre el tipo de intervención y castigos más adecuados.
- Invitarles a pedir ayuda si no pueden controlarse para evitar el maltrato infantil.
- Ofrecer alternativas para disminuir las tensiones que crean los períodos evolutivos conflictivos.

Seguiremos el criterio establecido para todos los protocolos y en función del mismo intervendremos siguiendo las recomendaciones de Jones et al.

Intervención: sospecha de maltrato infantil

Se deben establecer unos criterios mínimos, claros y no dudar de la intervención.

Proponemos los siguientes:

- Investigar y profundizar en la sospecha. No esperar.
- Hablar con la familia y explicar las sospechas, es lo más fácil para conseguir una solución adecuada.
- Sospecha nula: las familias no suelen molestarse, se amplía la conciencia social del tema y se generaliza la detección.

- Sospecha positiva: en la mayoría de los casos agradecen la ayuda y que atiendan su problema, solamente en casos muy patológicos se niegan a colaborar. Entonces la solución es acudir a la ley.

4.3.6.- Protocolo sexualidad infantil

La sexualidad infantil no aparece en las valoraciones de las escalas de desarrollo infantil. "En la literatura existente sobre esta materia hallamos, desde luego, algunas observaciones referentes a prematuras actividades sexuales infantiles, erecciones, masturbación o incluso actos análogos al coito, pero siempre como sucesos excepcionales y curiosos o como ejemplos de una temprana corrupción. No sé de ningún autor que haya reconocido claramente la existencia de un instinto sexual en la infancia, y en los numerosos trabajos sobre el desarrollo del niño falta siempre el capítulo relativo al desarrollo sexual" Freud (1975).

Como en todos los protocolos, estableceremos las etapas evolutivas hasta los dos años. Podremos observar como en estas primeras edades los niños inician el descubrimiento del cuerpo y de las diferencias sexuales y a partir de los 2 años se incrementa el interés por el origen de la vida y especialmente por los órganos genitales, aparece la masturbación y los juegos infantiles de tipo sexual. "El primer descubrimiento psicoanalítico que tuvo amplias repercusiones en educación infantil, fue que la vida sexual no comienza en la pubertad sino en el nacimiento, con un período preparatorio que se extiende desde la lactancia hasta la preadolescencia y la adolescencia, pasando por los años intermedios de la niñez. Durante dicho período las sensaciones sexuales están centradas en diversas partes del cuerpo, por ejemplo la boca y el ano; los órganos sexuales propiamente dichos (el falo) no asumen mayor importancia hasta la finalización de la primera etapa de la niñez, entre los tres y los cinco años; en ese momento la curiosidad sexual, el deseo de mirar y de ser mirado entran a formar parte de la vida sexual del niño" A. Freud (1980).

A medida que avanzaba el estudio y los padres preguntaban sobre el tema, especialmente si tenían otros hijos o niños en la familia entre 3 y 6 años, constatamos la preocupación de los mismos por este tipo de práctica por lo que decidimos incorporar la orientación de las siguientes etapas evolutivas aunque no correspondían a la edad de sus hijos. Creemos que puede ser beneficioso para ellos conocerlas y ayudar a otros a desmitificar este tema. Así como ayudar a separar la moralidad establecida del desarrollo evolutivo infantil. También pudimos constatar que el castigo de algunos padres hacia estas prácticas era excesivamente severo, lo que debe ser considerado maltrato infantil primario.

Para la evaluación del desarrollo sexual partimos de la idea de que "el sexo no es sólo una

actividad genital lujuriosa o placentera" Taylor (1989). El desarrollo sexual, como en las demás áreas, es una evolución de capacidades que en este caso permitirán al individuo no sólo procrear sino establecer su identidad y rol sexual. Valoraremos los componentes mentales y conductuales en estas edades. Los niños nacen con un aparato sexual que marcan desde los inicios de la vida una actitud cultural determinada que le irán transmitiendo para que aprenda una conducta sexual determinada y una forma de comportarse determinada en función de sus características sexuales. Taylor comenta que la capacidad reproductora es el objetivo del desarrollo sexual y que precisa de ensayos para lograr su objetivo.

Valoraremos: Conocimiento genital/identidad del género/papel del género

El conocimiento genital aparece entre los 6 y los 12 meses, aparecen las primeras manipulaciones genitales. Entre los 15 y los 24 meses aumenta la actividad manipuladora, en estas edades la manipulación se ha incrementado tanto que no es de extrañar que los padres se preocupen "La masturbación es lo bastante real para que la madre se preocupe por ello" Taylor (1989). Entre los 18 meses y los 3 años el niño establece su identidad género, ello permite valorar cómo se reconoce el niño y establecer la identidad sexual en desarrollo. el género es un concepto social que no está ligado a la biología, una persona puede pertenecer biológicamente a un sexo determinado pero identificarse con otro. La aparición de la identidad del género representa el conocimiento de ser una persona sexuada y reconocida como tal. La identidad del género se establece a nivel social y es lógico que sea mediada socialmente. En la identidad del género influyen las actitudes y expectativas de los demás, y a medida que los sujetos crecen la percepción y cognición que el sujeto tiene de si mismo. Lewis afirma que el niño entre los 12 meses y los 18 meses es capaz de percibir diferencias sexuales y mostrar sus preferencias hacia una de ellas. La tendencia es la de mostrar preferencias por los de su propio género.

PROTOCOLO SEXUALIDAD INFANTIL	SI	NO
<ul style="list-style-type: none"> - Erección del pene (1 mes) - Descubrimiento de las partes del cuerpo - Descubrimiento de los genitales: manipulación (8 meses) - Interés por el cuerpo del otro: visualización y manipulación (a partir del año) - Interés creciente por sus genitales: manipulaciones esporádicas. - Identificación del género - Papel del género <p>Signos de Alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No identificación del género - Manipulación compulsiva 		

Young considera que debe valorarse el reflejo de erección en el recién nacido como fuente de información sobre el funcionamiento del aparato genital masculino. Sobre el femenino no hemos encontrado ningún dato en niñas pequeñas por lo que no podemos establecer un ítem semejante de valoración, quizás una documentación más exhaustiva que la llevada a cabo por nosotros permita establecer algún tipo de valoración. Este ítem se añadió al cabo de unos meses de iniciarse el estudio y después de comprobar que las madres solicitaban información, al documentarnos sobre el mismo, creímos oportuno añadirlo y preguntarlo a las madres restantes. Todas respondieron afirmativamente.

Constatamos, además, que la pregunta les daba la oportunidad para hablar sobre la sexualidad infantil, especialmente en aquellas familias que tenían otro hijo.

4.4.- INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA: CONCEPTO DE INTERVENCIÓN

El término intervención tiene múltiples significados: tratamiento, rehabilitación, terapia, entrenamiento, educación, corrección, prevención. Puede hacer referencia a distintos aspectos del desarrollo: intervención global, específica, cognitiva, social, lingüística, motriz. Y en cuanto al ámbito de intervención es aplicable a cualquier campo de acción en la que pretendemos modificar o controlar la situación: intervención médica, psicológica, pedagógica, educativa. El concepto de intervención depende de los modelos, objetivos, métodos y valores, (Vega, 1987). Según Vega es inevitable que la intervención dependa de valores, ya que las normas culturales son relativas y lo que en una cultura es considerado adecuado en otra puede ser considerado inadecuado.

En cuanto a los métodos y las técnicas de intervención señala que dependen de los parámetros de una ciencia determinada. En psicología dependerán del comportamiento, ambiente, tiempo, duración y nivel de análisis individual, grupal o de la comunidad.

Otro de los aspectos a tener en cuenta es la relación entre teoría y práctica. En este sentido los autores discrepan.

Popper (1977) considera que la intervención surge al llevar a la práctica una teoría concreta. Brandstädter (1980) considera que no es necesario que una técnica determinada dependa de la aplicación de una teoría. Bunge (1967) mantiene un punto de vista intermedio al sostener que entre teoría y práctica o intervención existen relaciones pragmáticas pero no necesariamente lógicas. Las teorías intentan dar explicación a los problemas planteados, las técnicas utilizadas en la práctica pretenden ser eficaces para solucionar los problemas.

Vega (1985) considera que "los aspectos teóricos del desarrollo influyen en la concepción de la intervención, tipo de tratamiento y momento de la intervención. Los programas de intervención varían en función del modelo teórico en el que se sustentan". En cualquier caso, según este autor, el concepto de intervención implica responder a cuándo, cómo, hacia qué, quién o quienes.

Caplan (1964) clasificó la intervención en función de los objetivos: intervención primaria, secundaria y terciaria.

La intervención psicológica en una población infantil sana debe tener unas características determinadas y distintas a la que se realiza en la población de alto riesgo. El objetivo principal es mantener la salud, detectar problemas e intervenir, es una intervención primaria.

Las características del desarrollo infantil y los factores que lo determinan: edad, características individuales, familia, nivel socio-cultural, la propia variabilidad del desarrollo en cada sujeto, la dificultad de establecer una evolución homogénea para todos los niños hace difícil la intervención en estos primeros niveles de prevención. "La población infantil presenta unas características distintas que tienen importantes implicaciones a la hora de elaboración y aplicación de procedimientos de evaluación. Es esta una población de rápida evolución, por lo que la consideración de una conducta "normal" o "desviada", si ya es difícil en el caso de los adultos, presenta aquí una mayor complejidad", Silva y Moro (1994). "El desarrollo individual muestra una gran variabilidad en el transcurso del tiempo... El concepto de intervención queda modificado por las características formales del desarrollo. Por lo tanto los tratamientos de intervención no pueden ser normativos", Vega (1985)

Tenemos en cuenta que los dos primeros años de vida son difíciles de evaluar debido a que las investigaciones en este campo son recientes tal como hemos señalado en el capítulo II. Además los dos primeros años de vida presentan una gran variabilidad intersujetos y los cambios que se producen son numerosos en poco tiempo lo que aumenta la dificultad para determinar si una conducta tiene probabilidad de desviarse.

Por todo ello, creemos necesario que la intervención psicológica en prevención primaria en las primeras edades debe tener en cuenta:

- El curso normativo de la maduración, en las primeras edades el peso específico entre herencia y ambiente recae en la herencia.
- El curso normativo del desarrollo, atendiendo a las diferencias individuales en los primeros años de vida.

- El contexto familiar en el que evolucionan los niños. Los estilos educativos y pautas de crianza implícitas o explícitas de los cuidadores incide en el desarrollo emocional y afectivo del niño.
- Técnicas específicas para tratar conductas con probabilidad de desviarse. La dificultad de diagnosticar como desviaciones ciertas conductas o comportamientos retarda la derivación a centros de estimulación temprana esperando a que las deficiencias se establezcan para derivarlos.

4.5.- PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

El servicio de atención psicológica en Atención Primaria puede atender a la demanda infantil e intervenir en aquellos casos que lo requieran y que por las condiciones presentes no puedan ser todavía derivados a los servicios de Salud Mental, Estimulación Temprana o Equipos psicopedagógicos Municipales. Así todos aquellos niños que sus características, las de su ambiente presenten alta probabilidad de desviarse o muestren conductas sospechosas de desviación pueden ser intervenidos con el objetivo de controlar el curso del desarrollo o en su caso derivar a otros profesionales.

Atendiendo a las dificultades que presenta intervenir en las primeras edades a niños cuyo desarrollo se considera sano, a los efectos negativos que una intervención innecesario derivación puede tener en la estructura familiar o en el sujeto proponemos varios tipos de intervenciones que nos ayuden a mantener el objetivo de la prevención primaria: tratar de evitar desviaciones en la conducta.

Proponemos las siguientes acciones:

- Niños sanos: Seguimiento y Orientaciones generales
- Niños en riesgo: Orientaciones específicas
- Niños sospechosos de desviación: Tratamiento en el centro o Derivación

Cuando los resultados se desvíen de las normas establecidas se codificarán siguiendo la clasificación internacional de las enfermedades CIE-10.

Tipos de intervención:

- A) Orientación a los cuidadores: generales o específicas.
- B) Tratamiento en sesiones educativas en el centro: padres, psicólogo, estimuladores.

- C) Estimulación en casa: padres o profesionales.
- D) Derivación a otros profesionales.
- E) Tratamiento mixto: combinación de alguno de estos tratamientos.

El criterio para elegir el tratamiento dependerá del problema a tratar.

A) Orientación a los cuidadores:

- Orientaciones generales: Informar y orientar sobre los factores que favorecen y alteran el desarrollo. Se puede realizar a través de: Educación maternal: charlas, folletos, ... Los profesionales que pueden realizar la educación maternal pueden ser profesionales no especializados formados para dicha función o profesionales especializados en temas concretos. Este tipo de tratamiento lo recibirán todos los padres ya sea a nivel individual o grupal.
- Orientaciones específicas: Informar y orientar sobre los factores que pueden perjudicar el desarrollo específico de un sujeto determinado. Este tipo de orientaciones las dará un profesional especializado.

B) Tratamiento en sesiones educativas en el centro:

- Con los padres: Se informará sobre aspectos específicos que presente su hijo, a petición de los padres o del psicólogo y se llevará a cabo la intervención con los padres, asesorándoles de cómo actuar. Los profesionales que pueden realizar este tipo de tratamiento son: personal no especializado pero entrenado (auxiliares, enfermeras, estimuladoras...) y psicólogos.
- Con estimuladores: Cuando el problema a tratar precise de una intervención continua pero el problema no sea suficientemente grave para derivarlo a un centro de Estimulación Temprana.
- Con el psicólogo: Cuando el problema a tratar precise de una intervención continua especializada pero no suficientemente grave como para derivarlo a un centro de Estimulación Temprana.

C) Tratamiento con estimuladores en casa:

Cuando las circunstancias dificulten el tratamiento en el centro y sea preciso intervenir madres que tienden a no asistir pero que quieren seguir el tratamiento, necesidad de observación de la conducta del niño en su casa, madres que no pueden abandonar su hogar por cuidados de otros niños, de personas mayores..., o bien en el caso de que el tiempo que

se le deba dedicar no pueda realizarse en el centro.

El programa de estimulación lo elaborará el psicólogo y podrán aplicarlo los padres o los estimuladores itinerantes. El seguimiento, la supervisión y valoración del programa lo realizará el psicólogo junto con los aplicadores.

D) Derivación a otros profesionales:

Cuando sea necesario descartar otros problemas o cuando el tratamiento necesite una especialización distinta a la psicológica.

5.1.- INTRODUCCIÓN: HIPÓTESIS

Nos preguntamos por qué un número elevado de niños, el 60,36% según los datos del Ministerio de Sanidad (1991) son detectados e intervenidos excesivamente tarde. Este número de niños llegan a los Centros de Atención Temprana después de los tres años. Para intentar prevenir y detectar antes los trastornos del desarrollo el Ministerio de Sanidad siguiendo las recomendaciones de la OMS propone una mayor concienciación de los profesionales de los servicios sanitarios y elabora una *Guía para la detección precoz de las deficiencias del recién nacido y del niño (1991)*.

Nosotros planteamos la inclusión en los servicios sanitarios de un modelo de valoración e intervención psicológica, llevada a cabo por psicólogos, para atender a la población infantil sana, como medio de prevenir, detectar e intervenir trastornos o deficiencias en el desarrollo antes de lo que actualmente se está realizando. Queremos comprobar si un programa de promoción, prevención e intervención psicológica puede prevenir, detectar e intervenir antes de los dos años de vida problemas y desviaciones en el desarrollo en una población infantil sana.

Revisamos los programas de los servicios sanitarios y comprobamos la ausencia de un servicio de atención psicológica en dicha población. Pero pudimos constatar la inclusión de la valoración psicológica en los programas de pediatría. Revisamos los instrumentos existentes de evaluación en las primeras edades y elaboramos unos protocolos de seguimiento y observación de la conducta que creemos pueden ser útiles para la detección de problemas en la infancia sin necesidad de diagnosticar. "Protocolizar es en resumen el registro ordenado de datos", Rodríguez-Sacristán, 1995.

Los protocolos se utilizan como guía de observación de las secuencias evolutivas que tienen que aparecer durante los dos primeros años de vida, permiten clasificar la población infantil en sospechosa o no sospechosa de desviación. En función de la sospecha se establecen niveles de intervención que permiten el control de la situación para evitar la posibilidad de desviación o en su defecto el tratamiento precoz.

Las **Hipótesis** bajo las que se ha realizado nuestro estudio son:

- 1 - Si el procedimiento de evaluación a través de protocolos de observación se aplica a una población infantil sana, es de esperar que se detecten sujetos con alteraciones y desviaciones en su desarrollo.
- 2 - Es de esperar que los sujetos detectados e intervenidos no lo hayan sido por otros servicios sanitarios.

5.2.- MÉTODO

La selección de la muestra se realizó en el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario San Carlos de Madrid.

El criterio de selección de la muestra fue el de niño sano y parto no gemelar. Siguiendo este criterio se citaron al azar 100 recién nacidos entre enero y mayo de 1992. Acudieron 77 sujetos y finalizaron 34 niños.

La muestra experimental está compuesta por un único grupo de 34 sujetos recién nacidos sanos. Se realizó la valoración y seguimiento psicológico desde el nacimiento hasta los 2 años. Las variables que tuvimos en cuenta son las siguientes:

- Niño sano: se considera niño sano el diagnosticado con signo de alarma cero según los criterios que sigue el Hospital.
- Tipo de parto: eutócico, forceps y cesárea
- Edad: 10 días a 24 meses
- Sexo: varón, hembra
- Número de hermanos
- Lugar que ocupa: primero, último
- Profesión de los padres: se siguen los niveles establecidos por el Hospital
- Situación laboral de los padres: trabajan, no trabajan
- Grupo familiar: progenitores, distintos (adopción, cesión)
- Escolarización: edad de escolarización

5.2.1.- Sujetos

La distribución de la muestra según estas variables es:

- Sujetos: 34 niños
 - Tipo de parto: Eutócico, 24. Forceps, 2. Cesárea, 8
 - Sexo: Varón, 17. Hembra 17
 - N° de hijos al iniciarse el estudio: Veinte familias con un hijo, Catorce familias con más de un hijo

- Lugar que ocupa el sujeto al inicio del estudio:
 - Primero, 20 sujetos
 - Segundo, 14 sujetos

- Nivel profesional: Observamos el nivel profesional de las parejas y encontramos que era semejante. El padre puede tener un nivel 3 y la madre un nivel 4 o viceversa pero no se dan distorsiones entre los niveles en una misma pareja del tipo padre nivel 1 y madre nivel 4 o viceversa.

- Situación laboral:
 - Madre trabajan, 20. No trabajan, 14
 - Padre trabajan, 34. No trabajan, 0

- Grupo familiar inicio del estudio:

Pareja/niño	Adulto/niño	Pareja/Otros/niño
31	0	3

- Grupo familiar final del estudio:

Cambio de pareja	Adulto/niño	Pareja/Otros/niño
1	0	3

- Escolarización:

12 meses	18 meses	24 meses
3	0	2

5.2.2.- Instrumentos de Valoración

Hemos utilizado la observación como técnica de valoración. La observación es la técnica que utilizan los estudios de campo, es el instrumento básico para obtener datos.

La observación es una buena técnica para la obtención de datos siempre que cumpla unos requisitos determinados.

Según Arnau (1978) dos son las condiciones mínimas para que la observación se considere científica:

- Objetividad
- Comprobabilidad

El criterio de objetividad y comprobabilidad dependen de las condiciones en las que se realizan las observaciones. Por lo tanto es necesario establecer un control o restricción de las observaciones para que éstas cumplan las dos condiciones mínimas para que pueda ser considerada fiable.

Técnicas de observación

Las técnicas de observación utilizadas han sido:

- Escala de Conducta: EOD
- Categorización de conductas:
 - Protocolos: lo que sucede en la sesión
 - Actividades: lo que sucede fuera de la sesión
- Técnicas de muestreo de la conducta:
 - Muestreo segmental de conductas
 - Descripciones de conductas concretas

Escala de conducta

Las escalas de evaluación de la conducta describen los valores psicológicos que deben aparecer a una cierta edad. Es un procedimiento de evaluación poco fiable, pero rápido y eficaz. En poco tiempo se obtienen gran cantidad de datos. Las exigencias reales de la práctica obligan a utilizar métodos o procedimientos de evaluación que empleen poco tiempo. Las escalas de evaluación y los métodos de screening, son en este sentido instrumentos ideales. Son sencillos, fáciles de aplicar y precisan pocos minutos para su realización. Para compensar la falta de precisión de las escalas evolutivas, hemos utilizado el sistema de categorías.

Sistema de categorías

El sistema de categorías permite recoger información y organizarla sistemáticamente. Hemos establecido una serie de categorías que nos permiten realizar observaciones más precisas en

aquellos aspectos que creemos interesantes y fundamentales en el desarrollo infantil que no aparecen en la escala que utilizamos o si aparecen no están suficientemente puntualizados.

Protocolos

1.- Categorización de lo que sucede en la sesión. Para orientar nuestras observaciones hemos establecido un protocolo para cada área clásicas del desarrollo:

- Motriz
- Percepción-cognición
- Comunicación-lenguaje
- Social-afectivo-emocional

Así como:

- La sexualidad infantil
- El maltrato infantil
- El sueño y la alimentación

En las observaciones se anota todo comportamiento o conducta espontánea que surge y distinta a la que se está valorando a través del cuestionario y de los protocolos. Se anota directamente la respuesta o lo que ocurre y después se categoriza según el criterio establecido en la EOD y en los protocolos. Si aparece sospecha de desviación se clasifica según los criterios establecidos por la Clasificación Internacional Europea, la CIE-10. Si existen diversidad de criterios no se categoriza y se mantiene la observación directa sin interpretar.

Por ejemplo:

Cómo duerme su hijo: bien/regular/mal

Cuántas horas duerme:

Cómo se reparten las horas: noche/día

En el caso de que las respuestas a estas tres preguntas resulten sospechosas de trastorno del sueño, se realiza una ficha de observación y en función de los resultados se decide siguiendo las pautas de diagnóstico de la CIE 10.

2.- Categorización de lo que sucede fuera de la sesión. Los padres pueden contar todas las dudas que tengan o lo que les llame la atención de su hijo. Se les entrega una hoja con actividades para que realicen en casa si lo desean y luego nos las comenten. Las actividades son orientativas, no forman parte de un programa establecido para estimular, simplemente orientan la observación de los padres a una serie de conductas para que luego puedan comentarlas.

Las actividades se eligen de programas de estimulación conocidos: Portage, ARYET, Zulueta y estimulan la aparición de ciertas conductas. Las actividades se seleccionan siguiendo el criterio de dificultad de aparición de la conducta en la sesión de observación. Por ejemplo: es posible que un niño sepa decir adiós con la mano y entiende el significado pero que no lo manifiesta en la despedida o solicitud en el momento que se realiza la observación. Pero sí es posible que los padres puedan observarlo en su actividad cotidiana. Todos los padres reciben las mismas actividades pero a medida que se conoce a los niños están pueden adaptarse al mismo y su contexto.

La sospecha de los padres sobre alguna conducta significativa del niño se compara con la respuesta obtenida en las sesiones, si se coincide en la sospecha o no se coincide pero los padres se muestran preocupados porque en casa no consiguen dicha conducta, se decide el tipo específico de valoración de dicha conducta.

Técnicas de Muestreo de la Conducta

La conducta de los niños pequeños es muy compleja y está mediatizada por un conjunto de variables que obstaculizan su observación, o que no se presentan en un momento determinado. Para conductas muy determinadas y sujetos determinados emplearemos la técnica de muestreo de la conducta.

Esta técnica nos permite registrar conductas o fragmentos de conductas que necesitamos observar específicamente. Hemos utilizado:

- Descripción de conductas concretas: en situaciones estandarizadas nos limitamos a observar unas determinadas conductas. Por ejemplo: atención
- Muestreo segmental: observamos la cantidad de veces que aparece una conducta en un tiempo determinado. Por ejemplo: tirar objetos

La técnica de muestreo de la conducta solamente se utiliza cuando es necesario decidir si se va a intervenir o se va a esperar que evolucione la conducta en principio problemática. Puede ser a petición de los padres o del psicólogo.

Descripción de los instrumentos utilizados

Escala evaluación de la conducta

Utilizamos la Escala Observacional del desarrollo, la EOD de Secadas.

La elección de esta escala frente a otras se debe a varias razones. Existen muy pocas escalas de desarrollo de las primeras edades, y también métodos de screening que abarquen los dos primeros años de vida.

Descartamos los baby-tests porque no nos interesa diagnosticar. Nos interesa seguir la evolución del desarrollo y consideramos más eficaz y económico un cuestionario y la observación directa y sistematizada.

Las escalas neonatales no nos interesan pues abarcan un período de tiempo muy corto y el objetivo de las dos más conocidas es distinto al nuestro (Brazelton y Dubowitz). Siendo además dos escalas médico-pediátricas y no psicológicas. Su objetivo es medir las capacidades madurativas y las competencias del recién nacido. Como opción nos quedaba el Denver o el cuestionario de Secadas. Ambos rápidos y de fácil aplicación.

Optamos por Secadas por ser un cuestionario español y porque el Denver a pesar del reconocimiento internacional en rapidez de aplicación y éxito en predicción y detección, también se le han reconocido insuficiencias entre ellas la dificultad de detección de problemas de lenguaje.

Otra de las razones que nos inclinaron a utilizar dicha escala fue la de que una vez revisados los diversos instrumentos nos pudimos dar cuenta de que los puntos claves del desarrollo aparecen en todos ellos y las diferencias entre estos instrumentos son mínimas y no importantes y esta escala valora items que no valoran otras escalas (lenguaje gestual, afectividad...).

En cuanto a la Escala Haizea-Llevant (1991) tuvimos conocimiento de ella una vez iniciado el estudio. El estudio de la misma confirmó la opinión de que todas las escalas actuales trabajan los mismos aspectos claves del desarrollo y es más se basan en las anteriores para elaborarlas, añadiendo algunas novedades no significativas.

Descripción de la EOD (Escala Observacional del Desarrollo)

- La Escala Observacional del Desarrollo es una recopilación de conductas significativas del desarrollo desde el nacimiento hasta la adolescencia.
- El objetivo conocer el estado de desarrollo del niño en el momento de la exploración.
- Se basa en la observación retrospectiva a través de un cuestionario del estado actual del sujeto.
- El estado evolutivo del niño se plasma en un gráfico. Y ese es el perfil evolutivo de un

niño en un momento determinado.

- La posibilidad de recoger esta información mes tras mes, nos permite tener el perfil individual del niño independientemente de la comparación con la normalidad en un momento determinado.
- El cuestionario que comprende los seis primeros años se ha dividido en tres grandes períodos: Primer semestre mes a mes. Segundo semestre mes a mes. Entre 1 y 6 años, distanciados de año en año, subdividiendo el segundo año en dos semestres.

5.2.3. Procedimiento

En la recogida de datos participaron dos auxiliares de clínica del Servicio de Neonatología del Hospital Universitario San Carlos, un psicólogo y tres licenciados en psicología entrenados en observación de conductas específicas y en la aplicación de programas en los casos que lo precisaron. Colaboró el pediatra del servicio en todos aquellos casos en los que necesitábamos información específica relacionada con pediatría. Las auxiliares participaron durante seis meses, la dificultad de responder a las preguntas de los padres sobre el desarrollo psicológico de sus hijos les llevó a abandonar la recogida de datos, participando a partir de entonces en ayudas complementarias. La recogida de datos se llevó a cabo en la Sala de Educación Maternal, la duración aproximada de cada valoración fue de 1/2 hora o 1 hora. El primer contacto entre los profesionales y los padres para asistir al programa de Atención psicológica lo realizaron las auxiliares de clínica, ofrecían a los padres participar en un estudio-programa cuyo objetivo era valorar y seguir el desarrollo psicológico de los recién nacidos. El programa se presentaba como un estudio formando parte de la asistencia sanitaria. A los padres se les citaba antes de los diez días coincidiendo con las pruebas metabólicas. Las auxiliares aplicaban la Escala Observacional del desarrollo, EOD, de Secadas y el psicólogo la EOD y los protocolos. A partir de los seis meses la valoración y seguimiento la realizó el psicólogo debido a las dificultades que encontraban las auxiliares en la aplicación y respuesta a las preguntas de los padres. Los observadores participaron en la recogida de información específica cuando se necesitaba algún tipo de intervención. Este procedimiento: cuestionario, protocolos y observación específica permite obtener información retrospectiva sobre el niño, información directa de lo que sucede en las sesiones de valoración e información puntual de conductas específicas.

El número de observaciones programas fueron de once por niño, distribuidas en una sesión mensual hasta los seis meses, en una sesión trimestral a partir de los seis meses y hasta el año y a partir de los doce meses en una sesión semestral hasta los dos años.

Aplicamos las pruebas y clasificamos a los sujetos en riesgo y no riesgo partiendo de factores

de riesgo y factores de protección. Utilizamos los factores de riesgo considerados actualmente como probables desencadenantes de alteraciones: Ambiental, Familiar, Evolutivo y probabilidad de Maltrato Infantil. En cuanto a los factores de protección consideramos las mismas categorías anteriores individualizadas para cada caso a través de las observaciones obtenidas en el seguimiento, incluyendo las características del sujeto con el fin de considerarle más o menos vulnerables a esas circunstancias. A partir de estos datos clasificamos a los sujetos en dos grandes categorías: sanos o sospechosos de desviación, dada la dificultad de utilizar criterios de diagnóstico en las primeras edades utilizando las clasificaciones internacionales. Nuestra clasificación nos permitió establecer el tipo de intervención a seguir. Establecimos varios tipos de intervención: Orientaciones generales que ofrecimos a todos los padres, estas orientaciones parten del desarrollo evolutivo esperado y líneas generales de actuación así como la anticipación de conductas evolutivas problemáticas que deben aparecer en todos los niños, como son: inicio de las rabietas, inicio del control de esfínteres, inicio de miedos infantiles.

Orientaciones específicas para sujetos y conductas concretas así como la forma de actuar de los padres, estas orientaciones sólo se ofrecían a las familias que considerábamos conflictivas en su relación con su hijo o para determinadas conductas de su hijo.

Sesiones educativas se ofrecían a las familias conflictivas o a sujetos que precisaban una observación detenida de las conductas en desarrollo.

Estimulación Temprana para aquellos sujetos que precisaban una intervención puntual para evitar que llegasen a desviarse. Esta intervención puede realizarse en el centro o con estimuladores itinerantes.

Derivación cuando la sospecha o certeza de alteración de conducta no correspondía a la intervención psicológica o en nuestro caso no podría seguirse al sujeto si precisara una mayor atención.

Los datos obtenidos a través de la EOD y de los Protocolos se registran en una ficha de seguimiento, con el fin de sintetizar la información relevante.

Los datos obtenidos en la observación se registran directamente y en el caso de que puedan ser interpretados según la CIE-10 se valoran siguiendo los criterios que esta clasificación establece. Los que no puedan ser trasladados e interpretados por la CIE-10, se codifican siguiendo los criterios establecidos en los protocolos: normal, sospecha de desviación o desviación. La sospecha de los padres sobre alguna conducta significativa del niño se compara

con la respuesta obtenida en las sesiones, si se coincide en la sospecha o no se coincide pero los padres se muestran preocupados se decide el tipo de valoración de dicha conducta para decidir si se interviene.

5.3.- RESULTADOS

5.3.1. Distribución de los sujetos según categorías

Agrupamos los datos en función de las categorías utilizadas para la valoración de los niños:

- sujetos sin riesgo
- sujetos en riesgo
- sujetos sospechosos de desviación
- sujetos intervenidos
- tipo de intervención

Los resultados se presentan clasificados según:

Factores de riesgo: biológico, ambiental, familiar, evolutivo y maltrato infantil.

Intervenciones: en programa, derivados

Tipo de intervenciones:

- Orientaciones específicas
- Sesión educativa
- Estimulación en casa
- Derivaciones
- Tratamiento mixto

Tabla 1
Número de sujetos situados en riesgo y sin riesgo de la muestra

MUESTRA: 34	
Total sujetos en riesgo	Total sujetos sin riesgo
18	16

Tabla 2
Sujetos en riesgo

SUJETOS EN RIESGO DETECTADOS EN EL PROGRAMA		
SUJETOS	MOTIVO	EDAD
Caso 1	Hombros rígidos	4 meses
Caso 2	Cesión	3 meses
Caso 3	Desarrollo superior	4 meses
Caso 4	Estrabismo	6 meses
Caso 5	Mal atendida	2 meses
Caso 6	Estrabismo	6 meses
Caso 7	Her. Deficiente	3 meses
Caso 8	Desarrollo superior	6 meses
Caso 9	Pulgar bajo	6 meses
Caso 10	Madre Trat. Psiqu.	4 meses
Caso 11	Alergia	9 meses
Caso 12	Cesión	9 meses
Caso 13	Duerme mal	9 meses
Caso 14	Padres separados	9 meses
Caso 15	Her. Muerte súbita	8 meses
Caso 16	Her. que no habla	12 meses
Caso 17	No avanza lenguaje	18 meses

Tabla 3
Sujetos del programa detectados por otros servicios

SUJETOS DEL PROGRAMA DETECTADOS POR OTROS SERVICIOS		
EN RIESGO: 17	SIN RIESGO: 17	ORIGEN DERIVACIÓN
0	1	Pediatria

El sujeto derivado por el pediatra de la zona no estaba considerado en riesgo. Se le consideró en riesgo de maltrato infantil primario a diferencia del motivo de derivación: posible hiperactividad.

Tabla 4
Tipo de riesgo

SITUACIÓN DE RIESGO				
Ambiental	Familiar	Evolutivo	Maltr. Inf.	Biológico
1	6	9	2	0

Los sujetos en situación de riesgo se clasifican a su vez en las siguientes tablas:

Tabla 5
Distribución de sujetos según el riesgo ambiental

AMBIENTAL: 1	
Pobre	Muy pobre
1	0

Tabla 6
Distribución de los sujetos según el riesgo familiar

FAMILIAR: 7				
Cesión	Sep/Divr.	Tr.Psqu.	M.súbita	Deficien.
2	1	1	1	1

Tabla 7
Distribución de los sujetos según el riesgo evolutivo

EVOLUTIVO: 8				
Motriz	Lenguaje	Per.Cogn.	Emocional	D.superior
2	1	2	2	2

Los dos sujetos en riesgo evolutivo en el área perceptivo - cognitiva son los dos estrabismos evolutivos, puesto que es en esa área que se valora la visión. El sujeto situado en el área emocional es el sujeto con alergia a la leche, le consideramos en riesgo emocional por situarse en esa área las alteraciones psicósomáticas.

Tabla 8
Distribución de los sujetos en función del tipo de maltrato infantil

MALTRATO INFANTIL: 2	
Primario	Secundario
2	0

Tabla 9
Número de sujetos en riesgo/ sin riesgo intervenidos

	MUESTRA	INTERVENIDOS
EN RIESGO	18	12
SIN RIESGO	16	0

Tabla 10
Sujetos sospechosos de desviación

SUJETOS SOSPECHOSOS DE DESVIACIÓN	
EN RIESGO: 18	SIN RIESGO: 16
4	0

Los sujetos clasificados en sospecha de desviación del desarrollo son los situados en riesgo por: cesión, insomnio, desviación motriz y dificultad de adquisición del lenguaje.

Las áreas que pueden ser afectadas principalmente por la sospecha de desviación se presentan en el siguiente cuadro:

Tabla 11
Áreas evolutivas que pueden verse afectadas por el tipo de desviación

SOSPECHA DE DESVIACIÓN: ÁREAS		
MOTRIZ	LENGUAJE	SOCIAL-EMOTIVA
1	1	2

En el área socio-emotiva se sitúa al sujeto con trastorno de sueño (insomnio) y al sujeto cedido.

Tabla 12
Número de sujetos intervenidos

INTERVENCIONES	
En programa	Derivados
10	2

Tabla 13
Tipo de intervenciones realizadas dentro del programa

TIPO DE INTERVENCIONES EN PROGRAMA: 10		
Orientaciones	Sesión Educativa	Estimul. en casa
4	4	2

Las cuatro orientaciones específicas se realizaron en los casos siguientes:

- Caso nº 12. Madre soltera que cede el hijo a la abuela
- Caso nº 3. Desarrollo superior
- Caso nº 8. Desarrollo superior
- Caso nº 10. Madre tratamiento psiquiátrico y nuevamente embarazada.

El sujeto nº 3, estaba pendiente de recibir Sesión Educativa por las características que presentaba la familia, no se realizó al dar por finalizado el programa.

Las sesiones educativas se realizaron en los casos siguientes:

- Caso n° 14. Padres separados. La sesión la solicitan los padres
- Caso n° 15. Muerte súbita: La sesión la solicitan los padres
- Caso n° 16. Hermano que no habla. Maltrato infantil.
- Caso n° 18. Maltrato infantil

La estimulación en casa se realizó en los siguientes casos:

- Caso n° 1. Desviación motriz
- Caso n°17. No avanza en lenguaje

Tabla 14
Tipo de estimulación en casa

ESTIMULACIÓN EN CASA	
Padres	Técnico estimulación
1	1

Los sujetos que recibieron estimulación en casa fueron los siguientes casos:

- Caso n° 1: Desviación motriz. Realizada por los padres.
- Caso n° 17: No avanza en lenguaje. Realizada por el técnico en estimulación. Ambos programas fueron elaborados por el psicólogo y llevados a la práctica por los padres y por el estimulador. La valoración e interrupción del programa la lleva a cabo el psicólogo.

Dos sujetos más estaban pendientes de realizar estimulación en casa pero se optó por no mandársela al dar por finalizado el estudio. Los dos casos eran los siguientes:

- Caso n° 16: Hermano con retraso del lenguaje (3 años) , intervenir al hermano del sujeto de la muestra, antes de derivarlo a estimulación temprana.
- Caso n° 18: Maltrato infantil primario con el objetivo de ayudar a los padres a comprender el desarrollo evolutivo.

Tabla 15
Tratamiento mixto entre psicología y psiquiatría infantil

TRATAMIENTO MIXTO
Sesión educativa/Psiquiatría infantil
2

El tratamiento mixto se realizó en dos casos:

- Caso n° 13, insomnio
- Caso n° 2, cesión.

Tabla 16
Sujetos derivados a otros servicios

DERIVACIÓN A OTROS SERVICIOS	
Psiquiatría infantil	Otros
2	0

Los dos sujetos derivados a psiquiatría infantil son los dos sujetos de intervención mixta

- Caso n° 13. Duerme mal. Insomnio
- Caso n° 2. Cesión entre gemelas. Trastorno del comportamiento.

Tabla 17
Edad de detección

	EDAD DE DETECCIÓN			
	0 a 6 m.	6 a 12 m.	12 a 18 m.	18 a 24 m.
AMBIENTAL	1			
FAMILIAR	4	2		
EVOLUTIVO	5	3	1	
MALTR. INF.		2		
BIOLÓGICO				
TOTAL	10	7	1	

Un total de nueve sujetos fueron detectado antes de los seis meses. Ocho sujetos antes del año y un sujeto al año y medio.

En las tablas siguientes se detallan la edad de detección y la edad de intervención de los casos en los que se realizó algún tipo de tratamiento.

Tabla 18
Edad de detección e intervención de las orientaciones específicas

ORIENTACIONES		
Casos	Edad de detección	Edad intervención
nº 12	9 m.	9 m.
nº 3	4 m.	4 m.
nº 8	6 m.	6 m.
nº 10	4 m.	4 m.

Las orientaciones específicas se realizaron en el mismo momento que se detectaron a los sujetos en riesgo. Los demás sujetos en riesgo no precisaban orientaciones específicas (2 estrabismo considerados evolutivos y pulgar bajo) y caso nº 5, niña mal atendida, en la que se realiza prevención primaria indirecta. Las auxiliares son las encargadas de ofrecer información.

Tabla 19
Edad de detección e intervención de las sesiones educativas

SESIÓN EDUCATIVA		
Casos	Edad de detección	Edad intervención
nº14	9 m.	9 m.
nº 15	8 m.	8 m.
nº16	12 m.	12 m.
nº 18	9 m.	14 m.

Las sesiones educativas se realizaron en el momento de la detección de sujetos en riesgo.

El sujeto n° 18 intervenido que no formaba parte del grupo en riesgo, es uno de los dos clasificados como niños maltratados. Este sujeto faltó a varias citas porque su padre fue intervenido. Al reanudar otra vez el programa, los padres cuentan sus quejas sobre el comportamiento de su hijo (14 meses) y la dificultad de atenderlo porque es un niño hiperactivo según les ha dicho su pediatra y quieren que se le ponga en tratamiento. Después de la valoración del niño optamos por clasificarlo en maltrato infantil y no como hiperactivo pues no presenta ningún síntoma que pueda relacionarse con hiperactividad según la CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) y sí con la clasificación utilizada para clasificar a los niños con posibilidad de ser maltratados, según el protocolo de maltrato infantil.

Tabla 20
Edad de detección e intervención de la estimulación en casa

ESTIMULACIÓN EN CASA		
Casos	Edad de detección	Edad intervención
n° 1	4 m.	6 m.
n°17	9 m.	24 m.

El tratamiento de estimulación en casa, no se realizó en el momento de la detección. En ambos casos cuando se detectó, se les situó en sospecha de desviación. Una vez transcurrido el tiempo óptimo para descartar diferencias individuales, se considera definitivamente sospecha y se interviene. La diferencia entre la edad de detección y la de intervención depende de la conducta a intervenir y de la situación concreta del sujeto.

Tabla 21
Edad de detección e intervención en tratamiento mixto

TRATAMIENTO MIXTO		
Casos	Edad de detección	Edad intervención
n° 2	3 m.	9 m.
n° 13	8 m.	8 m.

Tabla 22

Detección de los sujetos según las técnicas utilizadas: Protocolos y Escala EOD

INSTRUMENTO DE DETECCIÓN	
Protocolos	Escala EOD
17	0

De los dieciocho sujetos en riesgo, diecisiete fueron detectados por los protocolos y el sujeto restante por el servicio de pediatría de zona.

Tabla 23

Tipo de prevención primaria realizada para ofrecer información

TIPO DE PREVENCIÓN PRIMARIA	
Prevención primaria indirecta	Prevención primaria directa
1	17

Diecisiete sujetos de los dieciocho detectados precisaron del especialista para la prevención primaria. Uno de ellos precisó de prevención primaria indirecta, la que realizan enfermeras, auxiliares u otro profesional no especializado en desarrollo infantil (niña mal atendida).

Añadimos el resultado de la valoración Coordinación Óculo-bucal, conducta que seguimos en todos los niños como expusimos en el protocolo de motricidad.

Y los dos cuadros pertenecientes a la valoración de sueño y alimentación.

Tabla 24

Coordinación óculo-bucal

COORDINACIÓN ÓCULO-BUCAL	
Sí	No
33	1

El sujeto que no logró realizar la coordinación óculo-bucal, fue el sujeto nº 1, desviación motriz.

Tabla 25

Distribución de los sujetos en función del comportamiento sueño-vigilia

SUEÑO		
Mucho	Normal	Poco
	33	1

Tabla 26

Distribución de los sujetos en función del comportamiento frente a la alimentación

ALIMENTACIÓN	
Normal	Problemática
33	1

Tabla 27
Datos en porcentajes

		Nº Sujetos	Porcentajes
MUESTRA	Muestra inicial	77	100%
	Muestra final	34	44%
	Desaparecidos	43	56%
NIÑOS EN RIESGO	Detectados en el programa	17	50%
	No detectados	1	3%
	Total de 34	18	53%
TIPO DE RIESGO	Ambiental	1	3%
	Familiar	6	18%
	Evolutivo	9	26%
	Maltrato Infantil	2	6%
	Total de 34	18	53%
INTERVENIDOS	En Riesgo	11	65%
	Sin Riesgo	1	6%
	Sospechosos de intervención	4	33%
	Total de 18	12	67%
	Total de 34	12	35%
TIPO DE INTERVENCIÓN	Orientación específica	4	33%
	Sesión Educativa	4	33%
	Estimulación	2	17%
	Derivaciones	2	17%
	Total de 12	12	100%

5.3.2.- Descripción de cinco casos intervenidos

A modo de ejemplo expondremos los pasos seguidos antes de llegar a la intervención de un sujeto. Hemos elegido cinco casos de los doce intervenidos, representativos de distintos tipos de intervención:

Orientaciones específicas

- Caso nº 3: Desarrollo superior

Sesión educativa

- Caso nº 18: Maltrato infantil primario

Estimulación en casa

- Caso nº 1: Desviación motriz. Realizada por los padres.

- Caso nº 17: Sospecha de adquisición del lenguaje. Técnico en estimulación

Derivación

- Caso nº 13: Insomnio

CASOS

Orientaciones específicas: caso nº 3

Caso nº 3: Desarrollo superior

Ficha de seguimiento

- 1.- Sujeto nº 3
- 2.- Situación actual: En riesgo. Edad: 4 meses
- 3.- Tipo de riesgo: Evolutivo
- 4.- Sospecha:
- 5.- Intervención: En programa
- 6.- Tipo de intervención: Orientación específica
- 7.- Pronóstico
- 8.- Datos significativos EOD:
- 9.- Criterios CIE-10
- 10.- Observaciones: padres muy interesados por el desarrollo evolutivo. Actitud positiva frente a los comportamientos del hijo. Tienden a estimular en exceso a su hijo y quieren

ofrecerle más actividades y más posibilidades de aprendizajes específicos pues creen que es "muy inteligente".

Descripción del caso

Aunque todos los padres que acuden al programa preguntan por aprendizajes específicos y cómo enseñarlos (música, idiomas, matemática, natación...), es suficiente con informarles del objetivo del programa: vigilar el desarrollo de los niños y favorecerlo, no acelerarlo. Estos padres insisten constantemente en el desarrollo precoz de su hijo y quieren que lo sea y que no lo sea. "Preferiríamos que no fuera superdotado, es mejor ser normal, pero si lo es habrá que ayudarlo"

El sujeto presenta un desarrollo por encima de lo esperado y a medida que transcurre el tiempo su curva individual de desarrollo se mantiene por encima del nivel establecido en las escalas: gatea a los seis meses, a los 12 meses contesta adecuadamente a las preguntas de la madre, es capaz de contar cuentos cuando le preguntan "¿dónde iba caperucita? - abuelita. ¿qué le llevaba? - comida. ¿a quién se encontró? - lobo..." (las contestaciones son claras: ovo por lobo, abeita por abuelita...), repite colores y tiene un vocabulario extenso y un nivel gramatical alto (nena a omer, mama, papa paseo, ...). Asiste a escuela infantil y les han dicho que está muy avanzada.

Los padres le graban constantemente en video por si no les creen.

Creemos adecuado intervenir mediante orientaciones específicas, informándoles de los procesos evolutivos y de la dificultad de pronosticar en estas edades y de la necesidad de ofrecer a cada niño actividades a su nivel pero sin presionarles. Las orientaciones las elegimos de las propuestas elaboradas por el Ministerio de Educación y de diferentes autores: Marchesi, ...

El objetivo fundamental de estas orientaciones es mantener la actitud positiva de los padres y evitar presiones que perjudiquen el desarrollo de su hijo.

Sesión educativa: caso nº 18

Caso nº 18: Maltrato infantil primario

Ficha de seguimiento

- 1.- Sujeto: nº 18
- 2.- Situación actual: En riesgo. Edad: 12 meses
- 3.- Tipo de riesgo: Maltrato infantil primario
- 4.- Sospecha de desviación:
- 5.- Intervención: En programa
- 6.- Tipo de intervención: Sesión educativa
- 7.- Pronóstico duración tratamiento: corto
- 8.- Datos significativos EOD:
- 9.- Criterios CIE-10:
- 10.- Observaciones: Padres con una educación muy rígida. Colaboradores e interesados en el desarrollo de su hijo. Padre operado, dejan de asistir al programa durante ese tiempo. Regresan preocupados por el comportamiento de su hijo (12 meses) pues creen que es demasiado "nervioso", no atiende, no anda pero no para de moverse. Preguntan por métodos para lograr que duerma y comentan que el pediatra les ha dicho que nos consulten sobre la posibilidad de que sea hiperactivo.

Descripción del caso

El sujeto tiene un desarrollo normal. Sus padres suelen tener una actitud negativa frente a los comportamientos de su hijo desde el principio: "éste no sonrío", "es un tozudo", "sólo quiere hacer lo que él quiere", "estamos agotados"... No obstante son muy receptivos y reciben con agrado las orientaciones generales que les damos sobre la conducta en estas edades. Dejan de asistir a dos citas por intervención del padre. Cuando se incorporan al programa, están muy tensos y solicitan mucha información (libros, centros, métodos...). Finalmente nos cuentan que el hijo es hiperactivo y que ellos no pueden soportarlo, "necesitan intervenirle". Realizamos la valoración correspondiente a esa cita y les indicamos que no tenemos ningún dato que nos haga sospechar hiperactividad, ellos no comentan que no es capaz de estar atento, que es muy inquieto y que esos son los síntomas de hiperactividad. Les ofrecemos la posibilidad de una Sesión educativa para valorar la conducta del niño y aceptan de muy buen grado. Mientras tanto les recomendamos que lleven a cabo una actividades concretas y que controlen el tiempo que es capaz de estar el niño realizándolas.

Descripción sesión educativa

- Padres, niño, observadores y psicólogo
- Propuesta: ellos realizarán las actividades que se les sugirieron aplicaran en su casa, después la realizarán los observadores y finalmente dejaremos al niño jugar solo.
- Material: libros, cubos y caja de cartón.

Los padres entran en la sala diciendo que no hace nada de lo que les propusimos. Les decimos que le bajen del cochecito y que le pongan de pie (el niño tiene 13 meses), cuando le bajan le agarran con fuerza por los brazos "porque sino se cae, ni anda" (las frases de los padres las registra una de las observadoras). Les sugerimos que le suelten despacito y vigilen para que no se caiga, el niño se pone de pie y da unos pasos solo, "pues se ha puesto a andar aquí", se cae y gatea en dirección a unos cables que hay en el suelo, se acerca su padre y el niño se queda parado parpadeando, le pone de pie y le sienta con él en la mesa. El niño tiende los brazos para tocar los juguetes y el padre le da en la mano "ya te hemos dicho que no se está quieto, hay que darle".

Les explicamos en que va a consistir la sesión.

Los padres se sientan con el niño en el suelo y le enseñan uno de los libros, cuando el niño va a cogerlo no le dejan y acompañan su prohibición con expresiones de este tipo "sólo tienes que mirar", cuando el niño pasa las hojas coge varias a la vez y antes de que pueda pasarlas la madre ya le ha quitado el libro "lo va a romper, es mejor otro juego". Cambiamos de juego, la actitud de los padres es siempre la misma, no dejan actuar al niño e interfieren cualquier acto que inicia el niño.

Les explicamos que va a jugar la observadora y que los demás tenemos que permanecer observando y en silencio. Una de las observadoras controla el tiempo y la otra juega con el niño.

Se sorprenden de que el niño pueda jugar tanto rato y de que no rompa las cosas, ni las tire.

Preparamos el material para que el niño se entretenga solo y anotamos el tiempo que es capaz de permanecer jugando sin interrupciones. Sólo se permiten interrupciones para ayudar al niño cuando no pueda conseguir algo.

Finalizada la sesión comentamos el tiempo empleado por el niño y la necesidad que tienen los niños de moverse, de manipular las cosas sin preocuparse si las rompen... Les volvemos a sugerir que le den un tipo de material y que jueguen sin darle instrucciones...

Nos proponen otra sesión para volverle a observar "porque esto lo hace hoy, pero en casa no".

Repetimos otra sesión y sugieren la posibilidad de traerle más veces y algún libro que les diga lo que tienen que hacer.

Creemos que estos padres podrían beneficiarse de la estimulación en casa con una observadora con el objetivo de ayudarles durante dos meses a establecer una relación distinta con su hijo.

Estimulación en casa: casos nº 1 y nº 17

Caso: nº 1: Desviación motriz

Ficha de seguimiento

- 1.- Sujeto nº 1: Desviación motriz
- 2.- Situación actual: En riesgo evolutivo. Edad: 4 meses
Desviación: retropulsión de hombros
- 3.- Tipo de riesgo: Evolutivo
- 4.- Sospecha: Desviación motriz
Motivo: hombros rígidos
Edad: 6 meses
- 5.- Intervención: En programa
- 6.- Tipo de intervención: Estimulación en casa por padres
- 7.- Pronóstico duración tratamiento: corto
- 8.- Datos significativos EOD: negativos los items de coordinación óculo-manual
- 9.- Criterios CIE-10: no hay
- 10.- Observaciones: Padres muy colaboradores, cuando les preguntamos si juega con objetos con sus manos nos dicen que no porque le cuesta juntarlas. El niño se asusta en exceso cuando se acerca un adulto desconocido, en la sesiones mantenemos una distancia prudencial para poder observarle sin que se asuste.

Descripción del caso

Desde los cuatro meses observamos la dificultad del niño para relajar los hombros, los mantiene siempre hacia atrás con las manos a la altura de los hombros estando sentado. Consideramos que puede ser retropulsión de hombros, siguiendo el criterio de (Flehmig) establecido en el protocolo de motricidad y esperamos a que cumpla los seis meses, que es el tiempo propuesto por dicha autora para considerarlo desviación.

Propuesta de intervención

Proponemos las actividades recomendadas por Flehmig para recuperar la postura. Estos

ejercicios los pueden realizar los padres en casa pues no presentan ningún tipo de dificultad. La actitud colaboradora de los padres permite llevar a cabo la intervención en casa aplicándoles el programa.

Evaluación: En la siguiente visita, a los nueve meses, el niño ha recuperado su postura.

Seguimiento: actividades de afianzamiento. Visita a los doce meses.

Caso nº 17

Niño que no avanza en lenguaje. Sospecha de dificultad de adquisición del lenguaje.

Ficha de seguimiento

- 1.- Sujeto nº 17
- 2.- Situación actual: En riesgo. Edad: 9 meses
 - Sospecha de desviación. Edad: 18 meses
 - Intervención. Edad: 24 meses
- 3.- Tipo de riesgo: Evolutivo y familiar.
- 4.- Sospecha de desviación: dificultad adquisición del lenguaje.
 - Motivo: no avanza en 6 meses
 - Edad de detección: 18 meses
- 5.- Intervención: 24 meses
- 6.- Tipo de intervención: Estimulación en casa, estimulador
- 7.- Pronóstico duración tratamiento: corto (menos de 6 meses)
- 8.- Datos significativos EOD:
- 9.- Criterios CIE-10:
- 10.- Observaciones: Madre tratamiento psiquiátrico. Excesivamente preocupada. Hermana, siete años, encopresis diurna. Primo espina bífida.

Descripción del caso

El desarrollo del niño no presenta ningún tipo de problema ni por la Escala de Observación del Desarrollo (EOD), ni por los Protocolos de seguimiento hasta los 9 meses.

A partir de los seis meses la madre cuenta que tiene un sobrino con espina bífida, que su hija mayor de siete años, es muy celosa, que en ocasiones no controla los esfínteres y que se masturba constantemente en público (autobuses, casa...), pero el problema es que cree que su hijo no habla. Se le dan orientaciones sobre la adquisición del lenguaje e información sobre los otros problemas. En la siguiente visita, nueve meses del niño, vuelva a contar lo mismo

pero con más urgencia y añade que ella se ha puesto en tratamiento psiquiátrico (oye voces, siente que no se controla y no puede atender a sus hijos...), pero su mayor preocupación sigue siendo el que su hijo no hable. Se le da información sobre el lenguaje y las etapas evolutivas y se la cita para la siguiente visita, a los 12 meses del niño.

Al niño le situamos en riesgo familiar.

A los doce meses sigue muy preocupada y e insiste en que su hijo no habla, aunque a consultado a su sobrina que es logopeda y le ha asegurado que es normal que el niño no hable.

Le proponemos evaluarlo en una sesión educativa pero no puede porque tiene mucho trabajo. Le damos la cita correspondiente, cuando el niño cumpla los dieciocho meses, ya que el niño ha adquirido sus primeras palabras y no creemos conveniente intervenir más que con sesión educativa.

A los dieciocho meses sigue contando sus preocupaciones. La hija tiene cada vez más problemas (escolares, en casa...) y el hijo sigue, según ella sin hablar.

Le proponemos un sesión educativa pero no puede asistir. Le sugerimos que si no avanza en seis meses podemos mandarle a un estimulador a casa y acepta.

A los 24 meses, el niño no avanza, según su madre, y nosotros no podemos comprobarlo puesto que el niño se expresa siempre gestualmente.

Decidimos realizar una sesión educativa para poder mandarle a un estimulador, acepta. En la sesión educativa está el niño, la madre, el estimulador y el psicólogo. Sugerimos la posibilidad de que asistiera el abuelo ya que pasa muchas horas con él, pero no pudo ser. Utilizamos la sesión educativa para observar al niño y obtener más información específica de lenguaje.

Resultados de la Sesión educativa

- El niño y el estimulador establecen una buena relación.
- Expresión gestual: buen nivel, responde siempre con gestos (sí y no utiliza la cabeza y para señalar el índice).
- Sonidos: a veces acompañan al gesto, son sonidos inespecíficos y la madre nunca los interpreta.

- Juego: sonrío jugando, sonrisa tímida (cabeza baja y sin mirar a los adultos). Establece buena relación con los adultos y objetos.

El examen se realiza con el niño sentado encima de la madre ya que si le baja se queja. Utilizamos juegos de mesa (libros, cubos, espejo...)

Datos obtenidos en la observación:

- Comprensión: buena
- Expresión gestual: buena
- Expresión lingüística: muy baja

Expresión lingüística

- balbuceo lingüístico: la madre interpreta los sonidos cuando nosotros lo solicitamos.
- Palabras: "tes" (tres), papa, mama, tata, "ya eta", "tae" (trae), "a" (agua). Un total de siete.
- Onomatopeyas: gua-gua (perro), rrr (moto), uah (dinosaurio). Un total de tres.

Estas son las mismas palabras que hace seis meses nos dijo la madre que el niño tenía y según ella no ha adquirido ninguna más. Nosotros no conseguimos que las diga. Aunque al final de la sesión le hacemos enfadar y se queja gestualizando "no" y finalmente lo verbaliza.

Otra información que nos aporta la madre: Varias veces al día "suelta parrafadas", pero no se le entiende nada. Con la hermana juega bien pero no habla. Oye bien porque lo ha dicho el pediatra. Duerme ocho horas seguidas y dos horas y media de siesta. El abuelo le pasea todas las mañanas y no ha notado ningún comportamiento raro, aunque también dice que no habla. Cuando van a ver a la bisabuela se queja.

Decisión

Decidimos intervenir después de analizar la sesión educativa con la observadora y repasar la ficha de seguimiento:

Nivel de comprensión: bueno/normal

Nivel de expresión: bajo

- Palabras: un total de 7 (sustantivos, 1 verbo y 1 locución adverbial)
- Nivel gramatical: no lo ha iniciado no lo expresa en la sesión y según la madre no realiza ninguna unión de dos palabras.

Ante la imposibilidad de valorar la expresión en la sesión educativa y atendiendo a los datos que nos da la madre consideramos al niño en sospecha de dificultad de adquisición del lenguaje, tomando en cuenta el signo de alarma: no aumento de vocabulario en seis meses (ver protocolo de comunicación y lenguaje).

Optamos por mandarle un estimulador-observador a casa ante la dificultad de la madre para asistir las sesiones educativas para seguir valorándole (trabaja, cuida de la bisabuela y ella no se encuentra "bien").

Acepta de buen grado.

Intervención:

- Tres sesiones a la semana de media hora
- Las tres primeras sesiones son de observación, sin intervención por parte del observador.
- Las sesiones se graban en magnetófono y se transcriben para su valoración, se recoge la información que no puede registrarse, como es la gestualización del niño.
- Se utiliza una lista de palabras para elicitación a través de imágenes (libros) y el juego libre.
- Después de las observaciones se realiza el programa de intervención: palabras conocidas y palabras nuevas (se eligen tres para aumentar el vocabulario), perífrasis verbales del tipo A + verbo y palabra eje (nene comer, nene jugar...)

Una vez evaluadas las sesiones de observación, decidimos situar al niño en riesgo evolutivo y riesgo familiar, con prioridad del evolutivo. Pues consideramos que el tiempo que pasa con el abuelo es suficiente para contrarrestar influencia materna y establecemos la hipótesis de riesgo evolutivo siguiendo la propuesta de Bloom sobre factores de riesgo que predisponen (evolutivos) y factores de riesgo que precipitan (familiar).

Las sesiones se realizan en casa y se evalúan en el centro.

Derivación: caso nº 13

Caso nº 13

Duerme mal

Ficha de seguimiento

- 1.- Sujeto: nº 13
- 2.- Situación actual: En riesgo. Edad: 8 meses
- 3.- Tipo de riesgo: Familiar y evolutivo
- 4.- Sospecha de desviación: Comportamiento de sueño
Motivo: cantidad de horas de sueño
- 5.- Intervención: Derivación: Psiquiatría infantil
- 6.- Tipo de intervención: tratamiento mixto
- 7.- Pronóstico duración tratamiento: corto
- 8.- Datos significativos EOD
- 9.- Criterios CIE-10: insomnio
- 10.- Observaciones: 3 hermanos muy seguidos: dos gemelas y otro. Obras en su casa. Madre estudiando para opositar. Un ingresos por accidente en casa (las hermanas le han dado a beber colonia y lejía). Según la madre no puede ver a sus hermanas. El pediatra le ha recetado gotas para que duerme y ella también tiene que tomar "algo". Le va a llevar a casa de la abuela "porque así no se puede estar".

Descripción del caso

La madre es muy afectiva y siempre asiste puntualmente a las sesiones, no presenta ninguna queja hasta el día que nos comenta que no puede dormir y ya le da gotas a su hijo pero que no funcionan y no sabe si aumentarle la dosis. Le sugerimos que nos detalle la situación y que nos cuente cómo durmió la noche anterior: tres horas. Le damos una ficha de seguimiento del sueño para que la traiga la semana siguiente.

La media de horas contabilizadas es de siete, repartidas entre la noche y la mañana según la ficha realizada:

- Mañana 1 h 30 m.
- Siesta 1 h 30 m.
- Noche 22 h a 24 h duerme/24 h a 5 h despierto/5 h a 7 h duerme

Y estas horas las duerme siempre que esté su madre al lado y le tenga la mano cogida, de lo contrario se despierta.

Le comentamos que este tipo de intervención no nos corresponde si quiere podemos derivarla a psiquiatría infantil. Acepta de buen agrado. Después de dos sesiones con el psiquiatra infantil decidimos que asista también a sesiones educativas.

Acude puntualmente a las sesiones y llama constantemente para poder asistir a otras.

Sesiones educativas

- Juegos de desvinculación madre-hijo
- Juegos de autoentrenamiento

5.4.- NIÑOS AÑADIDOS AL PROGRAMA

A continuación presentamos el listado de niños que se unieron voluntariamente al programa, derivados por padres de la muestra o por haber oído hablar del programa.

Solamente atendimos a parte de los padres que lo solicitaban, por las siguientes razones:

- Nos pareció interesante recoger parte de la población que solicitaba ser atendida para constatar que tipo de demanda recibíamos.
- Comprobar si la demanda confirmaba la segunda hipótesis, en la que suponemos que los niños que serán intervenidos tempranamente no lo serían de no existir este servicio.
- Por deferencia a los padres que asistieron al programa.

Decidimos asistir solamente una parte de la población que solicitaba la demanda por las siguientes razones:

- El tiempo dedicado al programa era limitado y no permitía mayor dedicación.
- Si los sujetos que demandaban atención necesitaban ser intervenidos no sería posible atenderlos y seguramente tampoco derivarlos. Esto condicionaba el número de personas que podían ser atendidas.

El criterio para atender a los sujetos añadidos fue el de orden de aparición y preferentemente los hermanos de los sujetos de la muestra. Una vez acotado el tiempo de que disponíamos dejamos de atender a la demanda.

Los resultados no se contabilizan pues no pertenecen a la muestra y el número de sujetos atendidos no nos permite sacar conclusiones estadísticamente significativas.

SUJETOS AÑADIDOS			
0	Edad	Motivo	Valoración
1	2,6 meses	No habla	Características psicóticas
2	3 años	No habla	Maltrato Infantil
3	7 años	Muy celosa	Conducta agresiva
4	3 meses	Deficiente	Deficiencia inespecífica
5	9 meses	Down	Down
6	8 meses	Deficiente	Deficiencia inespecífica
7	2,6 meses	Consultar	Sano
8	7 años	Agresivo	Conducta agresiva
9	8 meses	Herm. M. Súbita	Sano
10	14 meses	Consultar	Sano
11	15 meses	Consultar	Sano
12	3 meses	Consultar	Sano
13	6 meses	Consultar	Sano
14	3 meses	Consultar	Sano
15	5 años	Hiperactivo	Característica Hiperactividad
16	3 años	S. West	Deficiente
17	7 años	C. esfínteres	Trasnt. emocional ?
18	8 meses	Espina bífida	Deficiente
19	18 meses	Retr. madurativo	Retras. general
20	6 años	Masturbación	Mastur. compulsiva
21	7 años	Masturbación	Mastur. compulsiva
22	5 meses	Consultar	Sano

Dos sujetos que pertenecieron a la muestra originaria y abandonaron antes de los 6 meses fueron atendidos pero no se incorporaron al programa por haber transcurrido casi un año desde que lo abandonaron.

Las familias cuyo único motivo era consultar sobre el desarrollo psicológico de su hijo no presentaban ninguna característica que les situase en riesgo.

Dos de los niños deficientes no recibían estimulación temprana.

Los otros tres niños deficientes asistían a un centro de estimulación precoz, pero insistían en la necesidad de que les viera otro profesional. Estos casos son frecuentes en las familias de niños deficientes según podemos constatar en los estudios que se ocupan de este tema. No creímos oportuno ofrecerles más atención de la que ya tenían.

El resto de los sujetos presentaban alteraciones o trastornos que precisaban intervención. Ninguno de ellos era atendido en ese momento.

5.5.- DISCUSIÓN

Las dos hipótesis que originaron este estudio han sido confirmadas.

- 1 - **Si el procedimiento de evaluación a través de protocolos de observación de la conducta se aplica a una población infantil sana, es de esperar que se detecten sujetos con alteraciones y desviaciones en su desarrollo.**
- Los datos obtenidos evidencian que un programa de prevención primaria psicológica, llevada a cabo por psicólogos, puede detectar a sujetos que necesitan atención e intervención en las primeras edades.

Los resultados de este estudio muestran que la atención psicológica en niños sanos permite promover, prevenir, detectar e intervenir en edades tempranas.

La promoción de la salud se llevó a cabo mediante Orientaciones generales a toda la muestra y necesitaron Orientaciones específicas el 33% de la muestra, estas orientaciones se ofrecen a aquella población que requiere una atención individualizada en cuanto a su forma de actuar o entender la crianza o en cuanto a la conducta determinada del sujeto en seguimiento. Son una adecuación de las orientaciones generales a un sujeto y familia determinada. Nos han permitido controlar la intervención excesiva y adecuar a cada caso las recomendaciones que pueden favorecer a un sujeto determinado. Son un primer paso antes de intervenir con Sesión educativa. Precisaron este tipo de intervención cuatro casos: dos niños con desarrollo muy avanzado, madre adolescente soltera y madre con tratamiento psiquiátrico y embarazada por quinta vez.

El programa de prevención se lleva a cabo a través de Sesiones educativas, este tipo de intervención se aplicó al 33% de la población. Sujetos que por sus características precisan de un seguimiento puntual para obtener mayor información o controlar posibles desajustes que

podieran producirse debido a las circunstancias del sujeto o a las que está sometido. En este estudio lo solicitaron dos familias: padres en proceso de separación y padres cuyo primer hijo falleció de muerte súbita. Nosotros lo ofrecimos a tres familias y dos accedieron, la tercera familia prefirió esperar y finalmente demandó un técnico en estimulación para atender los problemas de su hijo. Los tres casos a los que se les ofreció sesión educativa fueron por los siguientes motivos: Dos sospechas de maltrato infantil primario, en ambos casos padres excesivamente rígidos, descontrolables fácilmente por las conductas típicas infantiles (tocar, moverse, pedir atención...). Una de las familias tenía cinco hijos y uno de los hermanos del paciente no hablaba y tenía ya tres años, las conductas paternas eran de excesivo control frente a conductas evolutivas esperadas según la edad del sujeto, con amenazas constantes, obscenidades y zarandeos frente a una madre que no actúa. El hecho de que acudan los dos padres y agradezcan el ofrecimiento de una sesión educativa y acudan puntualmente a ella nos hace pronosticar que pueden beneficiarse de una ayuda externa. Al hermano que no habla se le pone en tratamiento. La otra familia tenía un hijo, el marido estaba recién operado, el niño disminuye las horas de sueño. La tercera familia a la que se le ofreció sesión educativa pero no pudo asistir fue una madre con tratamiento psiquiátrico por depresión y excesivamente preocupada por el desarrollo de su hijo que no avanza en lenguaje. Al cabo de un año mandamos un profesional a su domicilio con el fin de favorecer la aparición de lenguaje ya que le resultaba imposible acudir a las sesiones educativas.

Este tipo de programa permite detectar e intervenir a sujetos con alta probabilidad de desviarse o con alteraciones que raramente se benefician de un tratamiento psicológico temprano. En nuestro estudio el 33% de los sujetos de la muestra se beneficiaron de una detección y tratamiento precoz. De este 33%, el 17% fue derivado a psiquiatría infantil, una cesión y un insomnio. El otro 17% fue tratado con Estimulación en casa.

Este tipo de casos como los hallados en este estudio son frecuentes según los autores actuales pero no reciben ningún tratamiento hasta que el trastorno se cronifica (Cobo, 1983; Tizón, 1993; Pedreira, 1995).

Los casos tratados en nuestro programas fueron: Desviación mínima motora (retropulsión de hombros), niños cedidos (criados por los abuelos o familiares cercanos), sospecha de dificultad de adquisición del lenguaje, insomnio infantil fueron los casos que encontramos en nuestro estudio, ninguno de ellos en tratamiento o apoyo psicológico u de otras características, a excepción del insomnio infantil que recibía tratamiento farmacéutico para controlar el sueño. Este tipo de trastornos no considerados graves para ser derivados a Salud Mental o a Estimulación temprana como en el caso de no avanzar en lenguaje, pueden beneficiarse de un programa que atiende su demanda e interviene en estos primeros niveles

de asistencia antes de derivar a servicios especializados.

Dos de estos sujetos, el 17% de la muestra, fueron derivados a psiquiatría infantil y mientras duró el programa fueron tratados conjuntamente en interconsulta.

Los otros dos casos, el 17% de la población, recibieron estimulación en casa, intervención que pueden llevar a cabo los padres o un profesional de estimulación temprana, en función de las características del caso y la familia.

En un estudio que estamos llevando a cabo en colaboración con los pediatras del Centro de Atención Primaria Ramón y Cajal, en Alcorcón, hemos podido comprobar la demanda existente en edades superiores a los dos años: trastornos de lenguaje, trastornos afectivos, conductuales (cajón de sastre según Polaino-Lorente, 1990) ya establecidos pero sin tratamiento por no ser suficientemente graves para derivarlos, (Vidal y Nieto, 1997).

En apoyo de estos datos Ferrá y cols., en un estudio sobre la crisis en la familia adoptiva indican que desde el inicio de los síntomas y la dificultad hasta que acuden a un servicio de salud suelen transcurrir una media de dos años, (Ferrá y cols, 1995).

Bragado y cols. (1995) en un estudio reciente sobre la prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes que requieren atención en los servicios de Salud Mental por primera vez a partir de los seis años y hasta los 17, los trastornos más diagnosticados fueron los conductuales, ansiedad y eliminación. Es probable que apareciesen en períodos evolutivos determinados tal como aseguran los autores pero es probable que algunos de ellos hubiese podido ser detectado antes de los seis años. Es probable que emerjan a una edad determinada ciertos trastornos pero es probable que la historia clínica de estos sujetos pronosticara un alta probabilidad de trastorno, aún sin poder especificar cuál.

Creemos necesario y conveniente que este tipo de programas trabaje con factores de riesgo y de protección que nos sirven para decidir si intervenir y qué tipo de intervención, y además pueden ser utilizados para la investigación a largo plazo.

Pudimos constatar que los factores de riesgo son útiles para detectar a la población que precisa ser vigilada pero no a la población que precisa intervención. Nos resultó más útil el seguimiento de los sujetos que los propios factores de riesgo, el seguimiento y el conocimiento individual de los sujetos y su familia nos permitió manejar los factores de protección frente a los de riesgo y decidir así el tipo de intervención que precisaban los sujetos y su familia. Así por ejemplo un factor de riesgo como el de madres en tratamiento

psiquiátrico no supuso la intervención de los niños si otros factores relevantes y protectores podían amortiguar los efectos de esa relación en principio disminuida madre-hijo. O dos sujetos sometidos a un mismo factor de riesgo, como puede ser la cesión, pueden necesitar un tratamiento distinto o bien, necesitarlo uno y otro no, como fue nuestro caso.

Constatamos así que los factores de riesgo actual no permiten una selección de sujetos que deberían ser intervenidos por estar sometidos a ellos, sólo el seguimiento y las circunstancias específicas en las que se encuentran pueden permitirnos establecer criterios de intervención no masivos. Es necesario, si no queremos intervenir excesivamente o no atender la demanda, conjugar factores de riesgo y factores de protección así como el análisis adecuado de los casos en los que sospechamos necesaria la intervención.

Nosotros hemos utilizado cuatro grupos de factores de riesgo: ambiental, familiar, evolutivo y maltrato infantil. La población ha sido dividida en riesgo o no riesgo en función de las características que presentaban los sujetos. El 53% de los sujetos del programa presentaban alguna característica que les situaba en riesgo. El 50% fue detectado en el programa y el 3% fuera del programa.

Distribuimos a los sujetos en función del tipo de riesgo: el 3% en riesgo ambiental pobre, la prevención la realizan las auxiliares a través de recomendaciones e información primera sobre tipo de ayudas.

El 18% de los sujetos fueron situados en riesgo familiar según los factores considerados en este grupo los sujetos se distribuyeron como sigue: 2 cesiones, 1 separación no amistosa, 1 madre con tratamiento psiquiátrico, una familia con el hijo mayor deficiente profundo y una familia con el primer hijo fallecido de muerte súbita.

De los dos sujetos cedidos solamente uno necesitó intervención especializada. La cesión es una forma de adopción generalmente intrafamiliar donde el sujeto es cedido para que sea cuidado durante los primeros años de su niñez o incluso hasta la pubertad, los padres biológicos suelen estar presentes y adoptan un papel pasivo, delegando prácticamente todas sus funciones hasta una edad determinada que empiezan a hacerse cargo de sus hijos (Rallo, 1990). No existen muchos estudios relacionados con el tema y la mayoría de textos sobre factores de riesgo no incluye esta categoría, recientemente hemos podido constatar que Pedreira (1995) considera la cesión como factor desestabilizante en el desarrollo del niño y también cita a Rallo en sus escritos. Ambos sujetos recibieron orientaciones específicas y uno de ellos fue derivado a psiquiatría infantil. El sujeto derivado a psiquiatría infantil era una cesión entre hermanas gemelas, el ambiente familiar era tenso y conflictivo. El seguimiento

realizado hasta los ocho meses, indicaba inicio de trastorno de conducta como tendencia a la inhibición, disminución de expresiones faciales, disminución de la actividad, alteraciones del sueño (característica del primer año de vida por lo que no lo consideramos un síntoma en sí mismo), y conductas agresivas en la escuela infantil según los educadores. Utilizamos el término trastorno de conducta, con la finalidad de poder seguir a los sujetos cuyo perfil psicológico no encaja en la normalidad pero tampoco en un trastorno más específico, lo utilizamos a nivel general y no como diagnóstico. Trabajamos de forma conjunta psiquiatra infantil y psicólogo en distintas sesiones educativas.

La otra cesión, hasta la fecha de finalización del estudio cuando los niños cumplían el segundo año de vida, no necesitó ningún tipo de intervención especializada. Recibió las orientaciones específicas adecuadas a su situación que además eran solicitadas por la abuela persona a cargo del sujeto. El niño cedido en este caso era hijo de madre adolescente, soltera y estudiante vivía con sus padres y su madre era la encargada de cuidar y criar al niño excepto en la alimentación que se encargaba la madre biológica, le dio el pecho hasta el año y medio, momento en que decide dejar de darlo y desaparecer durante unas semanas del domicilio paterno con el consentimiento de sus padres. Las relaciones intrafamiliares no mostraban conflictos o tensiones graves. A diferencia de la anterior cesión comentada.

El desarrollo del sujeto no presentaba hasta la fecha del alta ningún síntoma o característica que nos inclinase a la intervención puntual. Optamos por el seguimiento y las orientaciones específicas.

El sujeto cuyos padres biológicos estaban en proceso de separación no amistosa, sugirieron la posibilidad de unas sesiones educativas para tratar su problema con el fin de que no afectara al niño. Las sesiones se realizaron con el niño y sin el niño con el objetivo de observar el tipo de conducta que mantenían frente al niño, se les dio las orientaciones específicas y se les orientó a los servicios sociales por si surgían mayores problemas. La madre siguió asistiendo a las sesiones educativas y el padre dejó de asistir. Aunque las características del caso: madre adolescente, sin apoyo familiar (padre alcohólico, madre que no se ocupa de sus hijos) frente a la separación no tiene lugar para ir, ni trabajo y decide juntarse con otro amigo, no son factores que aumenten el riesgo de la separación. La madre es una persona emprendedora, encuentra trabajo después de un fuerte bache y decide tener otro hijo con la persona con la que convive. No deja de asistir a las sesiones educativas y esta vez lo hace con la otra pareja. La búsqueda de apoyo exterior nos inclina a situarla como factor de protección de su hijo a pesar de las condiciones adversas.

Madre con tratamiento psiquiátrico. El sujeto no precisó intervención de ningún tipo. La

familia de este sujeto presentaba las siguientes características. La madre acudía al control psicológico puntualmente y comentaba abiertamente sus problemas, asistía acompañada de sus padres biológicos que le proporcionaban apoyo constante pero el cuidado del niño lo realizaba la madre. El sujeto presentaba un desarrollo normal en todas las áreas, al igual que el contexto familiar, a excepción del tratamiento que recibía la madre. En conjunto la estructura familiar parecía actuar como factor de protección para madre e hijo, por lo que el seguimiento del niño en programa de atención infantil se consideró suficiente para vigilar posibles alteraciones en su desarrollo.

La familia cuyo primer hijo era deficiente profundo asistía puntualmente a las sesiones de control, la bibliografía existente sobre los hermanos de niños deficientes señalan la necesidad de apoyo psicológico a los padres para evitar conductas de sobreprotección y excesiva preocupación por el desarrollo del niño sano, o de exceso de responsabilidad en el otro hermano, así como una adecuada información sobre el tema a medida que el hermano sano va siendo capaz de entender la deficiencia de su hermano. En definitiva se trata de orientar a los padres para evitar ciertas conductas que puedan repercutir en el niño sano. Creemos que un programa de estas características es adecuado para este tipo de informaciones que sin necesidad de acudir a un psicólogo privado obtienen pautas para tratar a ambos hermanos, a la vez que pueden expresar sus temores con respecto al niño sano, ya que cualquier conducta normal puede ser percibida como índice de anormalidad, específicamente las conductas evolutivas críticas como son el inicio a la marcha, al lenguaje a la socialización donde la atención de los padres aumenta especialmente si no son precoces.

En cuanto a los padres del sujeto cuyo primer hijo falleció de muerte súbita, no precisaron, en este caso, ningún tipo de atención especial. El seguimiento del desarrollo evolutivo y la posibilidad de comentar sus temores a que volviera a suceder lo mismo fue suficiente para disminuir el nivel de ansiedad que este segundo hijo les provocaba, así como el tipo de cuidados que le dispensaban tendiendo a sobreproteger constantemente a su hijo para evitar cualquier tipo de accidente que le pudiese dañar. Los padres solicitaron una sesión educativa para observar las conductas de su hijo, la realizamos con el objetivo de atender la preocupación de los padres, una vez realizada y comentada no tuvieron mayor necesidad que asistir al seguimiento para el control psicológico del niño. Curiosamente al rebasar el año de vida (su primer hijo murió a los ocho meses) las conductas paternas empezaron a normalizarse, manteniendo una actitud más adecuada a las etapas evolutivas del sujeto.

Creemos que un tipo de programa de estas características beneficia a estos tipos de familia que impactados por la muerte súbita de un hijo parecen quedarse desprotegidos y desorientados en cuanto a conductas de maternaje. Es probable que otros padres cuyas

características específicas difieran del caso de nuestro estudio puedan influir negativamente en el desarrollo de sus hijos. No hemos encontrado investigaciones longitudinales que nos señalen los riesgos a los que pueden estar sometidos los siguientes hijos de este tipo de padres. No obstante, sabemos por otro tipo de investigaciones que la muerte de un familiar cercano es un factor que puede desestabilizar y desencadenar alteraciones o trastornos mentales, por lo que decidimos incluir la muerte súbita como factor de riesgo.

El 26% de los sujetos en riesgo evolutivo presentaban características que hacían suponer dificultades en el desarrollo normal en las distintas áreas clásicas en las que se divide el desarrollo evolutivo: 2 sujetos en el área motora, 1 sujeto en lenguaje, 2 en cognición, 2 en el área emocional-afectiva y 2 sujetos cuyo desarrollo era muy avanzado por su edad cronológica.

Los dos sujetos en riesgo de alteraciones motoras o que pudiesen incidir en su adaptación al medio, ya que en las primeras edades el desenvolvimiento motor es el aspecto que permite al sujeto principalmente relacionarse con su entorno.

Uno de los sujetos presentaba retropulsión de hombros, desviación motora mínima (Flehming, 1988) que le impide a partir de los seis meses adecuar sus extremidades superiores a las exigencias funcionales del entorno pudiéndose producir una disminución en el desarrollo motor que a su vez disminuye los logros en otras áreas evolutivas. Mediante unos ejercicios simples puede conseguirse la motricidad correcta sin necesidad de esperar a que evolutivamente se autocorrija o se desvíe. Estos padres recibieron actividades específicas para realizar en casa con el fin de favorecer el tono muscular. Las actividades se realizaron primero en el programa con el objetivo de entrenarles y posteriormente ellos las realizaron en casa. Los ejercicios dieron resultado y se prosiguió el seguimiento siguiendo el calendario normal a través del programa de atención psicológica infantil. Desaparecieron los signos externos que presentaba el niño: exceso de irritabilidad probablemente producida por la tensión en los hombros y su incapacidad para acercarse los objetos a la boca y a los ojos, temblores y chillidos exagerados al acercarse personas desconocidas, como era nuestro caso, dificultad para solicitar motrizmente los objetos que se le enseñaban o visualizaba lo que provocaba conductas verbales de grito para solicitarlos o movimientos globales exagerados.

El otro sujeto en riesgo evolutivo motor presentaba el pulgar excesivamente bajo, con tendencia a llevarlo a la palma de la mano. Consultado el pediatra de la sección y descartar posibles deficiencias motoras o síndromes mayores, se decidió no intervenir y vigilar el desarrollo manual en las siguientes visitas. Durante el seguimiento que duró hasta los dos años no se constató dificultades en la manipulación de objetos ni en otras áreas.

En cuanto al sujeto en riesgo evolutivo en el área del lenguaje presentaba las siguientes características: desarrollo normal según la Escala Observacional del Desarrollo de la conducta, la EOD, y según los protocolos utilizados hasta los 9 meses. A partir de los nueve meses se constata la falta de indicación, señalar con el índice cuando se le ofrece algún objeto a elegir, o se estimula a través de la imitación el señalamiento de objetos o imágenes en libros, actitud seria, no suele sonreír ni mantener contacto ocular para comunicarse con el aplicador, mantiene la cabeza baja, no obstante no da muestras de falta de comprensión o de interacción con otros ya que sigue las instrucciones dadas y mantiene turnos en actividades como "dame y toma". No emite sonidos ni palabras en las sesiones de seguimiento. Anotamos un exceso de inhibición en las sesiones pero no le intervenimos pues la madre nos señala que en su casa sí emite sonidos, sonríe y juega con su hermana. No obstante la madre está preocupada por el lenguaje de su hijo. Le recomendamos juegos de interacción.

La madre está en tratamiento psiquiátrico y presenta las siguientes características. Trabaja y cuida de su abuela (la bisabuela del niño), su hija mayor de siete años presentaba problemas de control de esfínteres, conductas agresivas y fracaso escolar. Al niño le cuida su abuelo que. La madre muestra una excesiva preocupación por su hijo al que según ella no podía cuidar lo suficiente, también está preocupada por un sobrino que tiene espina bífida y está convencida de que a su hijo no habla, aunque nos ha comentado que tiene tres palabras y varias onomatopeyas. Después de un año de seguimiento y constatar que las conductas verbales no podían ser valoradas adecuadamente en las sesiones de control y ya que la madre no podía asistir a sesiones educativas debido a la falta de tiempo y el sujeto manifestaba conductas de inhibición y pocos avances en lenguaje e iba a cumplir los dos años se decidió mandar un estimulador a su casa con el objetivo de valorar el lenguaje en sesiones de estimulación en casa.

Le consideramos en riesgo evolutivo por las características que presenta el niño, parece vulnerable ante este tipo de situaciones. En segundo lugar consideramos el riesgo familiar que optamos por considerar desencadenante de las dificultades que puede presentar el niño en las adquisiciones básicas. Creemos que el seguimiento y las observaciones puntuales realizadas en casa nos ayudarán a establecer un criterio adecuado para valorarle y en su momento diagnosticarle.

Los dos sujetos situados en el área perceptivo-cognitiva son los dos niños con estrabismo evolutivo, que no son intervenidos pero sí evaluados específicamente en visión con el objetivo de valorar las capacidades visuales en desarrollo y su relación con el interés por conductas visuales que le permiten obtener información, siguiendo las recomendaciones de la ONCE, Hyväring y Flehming. Nos remitimos a la información del pediatra que considera normal el

estrabismo en esos sujetos, por lo que decidimos mantenerles en el calendario normal de seguimiento.

Los dos sujetos clasificados en el área afectivo-emocional son: un sujeto con alergia a la leche y le consideramos en riesgo por situarse en esa área las alteraciones psicósomáticas. No se le interviene. El otro sujeto presenta trastornos del sueño, diagnosticado según la CIE-10 como insomnio infantil, está medicado pero la medicación no da resultado. La madre tiene otros tres hijos, está opositando y cambiándose de casa. Nos comenta por primera vez los problemas de sueño de su hijo cuando este tiene ocho meses, en ese momento se mantiene en las horas consideradas normales, en cuanto a los rituales de la hora de dormir y el lugar del sueño son: dormir con la madre y cogido de la mano de lo contrario se despierta. A medida que transcurre el tiempo las horas de sueño disminuyen y aumenta la necesidad de la presencia de la madre. Al año nos vuelve a comentar que le ha estado dando gotas para dormir y otras sustancias (tilas, infusiones diversas...) finalmente ha decidido llevarle a casa de su madre para que esté un tiempo con ella y puedan descansar todos pero antes de hacerlo nos quiere preguntar si eso le puede perjudicar. Hace poco además, la madre se quedó dormida y los hermanos le dieron de beber lejía y tuvo que ingresarlo. Decidimos derivarlo a psiquiatría infantil y seguir un programa mixto: psiquiatra y sesiones educativas.

En cuanto a los dos sujetos de desarrollo avanzado les situamos en riesgo evolutivo siguiendo las recomendaciones actuales existentes en la bibliografía sobre superdotados y sus posibles efectos negativos en el desarrollo evolutivo de los niños. Creemos suficiente el seguimiento para controlar las conductas externas que pueden influir en los sujetos. No obstante uno de ellos fue intervenido en Sesión educativa debido a las características de los padres. Presión constante para que demuestre sus habilidades. Los padres demandan más sesiones para poder autocontrolarse y adecuar sus requerimientos al desarrollo y cuidado de su hijo.

Un programa de estas características puede ayudar a valorar adecuadamente y orientar a los padres cuyos hijos muestran un desarrollo excesivamente precoz: gateo a los seis meses, a los nueve anduvo, al año era capaz de contar cuentos con ayuda.

En el área de Maltrato infantil situamos a dos sujetos en riesgo de maltrato infantil primario, siguiendo las recomendaciones de Jones y cols. En ambos casos los padres toleraban mal las conductas evolutivas normales y exigían comportamientos excesivos en función de la edad de los niños que al no poder responder recibían castigos innecesarios.

Ambos casos fueron intervenidos en sesiones educativas con el objetivo de intentar cambiar el estilo educativo a través de modelos distintos de interacción con el niño. Ya que las

orientaciones sobre el desarrollo evolutivo no les ayudaban a cambiar su percepción sobre el niño.

Uno de los casos fue derivado por el pediatra de la zona, para consultarnos sobre un posible diagnóstico de hiperactividad. Después de valorar el caso en varias sesiones educativas llegamos a la conclusión de que el exceso de actividad era producida por el exceso de control al que estaba sometido lo que le producía irritabilidad más que hiperactividad. Lo consideramos maltrato infantil primario y le recomendamos actividades específicas y la posibilidad de sesiones educativas para valorar las conductas de su hijo.

El otro sujeto considerado en riesgo de maltrato infantil primario tenía unas características distintas. El sujeto presentaba un desarrollo normal pero con dificultades en el lenguaje según los padres, cualquier movimiento no previsto por los padres era considerado como una conducta inadecuada que merecía un azote y diversas palabras obscenas sin ningún tipo de reparo por el lugar en el cual se encontraban, en las sesiones de seguimiento. Un hermano del paciente de tres años no hablaba y presentaba un aspecto descuidado: ojerosos, delgado, nervioso. Los padres se mostraban preocupados por sus hijos y querían ayudarles, asistían con el hermano de tres años por si podíamos tratarle ya que no hablaba. Al niño de tres años se le proporcionó tratamiento durante el tiempo que estuvimos realizando el programa y se le informó de centros públicos a los que podían asistir para tratarle.

Hemos podido comprobar que los factores de riesgo son útiles para clasificar a grosso modo a los sujetos con probabilidad de desviarse y el seguimiento nos permite establecer criterios de intervención, como acabamos de exponer.

Este estudio no nos permite asegurar que estos sujetos se hubiesen desviado de no ser intervenidos precozmente, o que los sujetos desviados del proceso normal: trastorno del sueño (insomnio), conductas depresivas-agresivas (cesión), desviación motriz (retropulsión de hombros) se hubiesen finalmente adaptado y reconducido su desarrollo ya que cabe la posibilidad de que la maduración, desarrollo evolutivo o las circunstancias posteriores favoreciesen al sujeto no desviándole del desarrollo considerado normal. El seguimiento sin intervención a largo plazo hubiese sido la única posibilidad de confirmar si el desarrollo evolutivo era afectado. Pero la prevención primaria se define precisamente por la capacidad de atender a una población en riesgo sin esperar a que se produzcan enfermedades o trastornos, anticiparse a los trastornos que pudiesen aparecer de no intervenir y reducir la posibilidad de que surjan. La prevención primaria implica el desconocimiento de lo que hubiese sucedido de no haber tomado las medidas adoptadas. Pero está respaldada por los datos de las investigaciones que confirman la alta probabilidad de que el proceso de desarrollo

armónico se desestabilice cuando un conjunto de variables actúan en una población o en un sujeto inmerso en esa población.

Pero aún considerando que las circunstancias reconducieran el desarrollo de estos sujetos y no precisaran ser intervenidos en edades posteriores el hecho de ayudar y atender a los sujetos y a sus familias en situaciones conflictivas puntuales es suficiente para avalar la necesidad de intervenir y despejar dudas sobre su probabilidad de desviarse, al intentar controlar la situación para que regresa a la normalidad o para evitar situaciones de estrés que perjudiquen el funcionamiento del grupo familiar.

En definitiva reducir la probabilidad de ocurrencia de trastornos o el aumento de los mismos es el objetivo de la prevención primaria.

Las escalas evolutivas como instrumento de valoración tal como proponen los servicios de salud, no resultan eficaces para la prevención primaria, ya que los sujetos intervenidos no fueron detectados por la escala utilizada. Puede que otro instrumento de valoración distinto al utilizado en esta investigación hubiese dado otros resultados aunque resulta improbable ya que ninguno de los tests que se aplican actualmente tiene en cuenta factores de riesgo y están diseñados para detectar y valorar el desarrollo evolutivo y no para prevenir posibles desviaciones o sospecha de dificultad en el desarrollo.

Junto a un instrumento de valoración psicológica parece conveniente utilizar índices de riesgo y factores de protección para poder llevar a cabo la intervención temprana.

En cuanto a las auxiliares de clínica que colaboraron en la aplicación de la prueba dejaron de hacerlo a partir de los 6 meses por la dificultad que suponía contestar a los padres y evaluar a los niños. En ningún caso sospecharon desviaciones en los niños atendidos y considerados en riesgo antes de los 6 meses. Si bien la aplicación de la escala y en algunos casos las intuiciones de su propia observación fueron eficaces para la decisión de intervenir a algunos sujetos. Pero en ningún caso pudieron decidir qué tipo de tratamiento establecerían antes de derivarlo a otro servicio. Lo que nos hace suponer, y confirman diversos estudios, que tanto las auxiliares de clínica como las enfermeras tienden a derivar sujetos que no necesitan intervención ni diagnóstico y a no derivar sujetos que fueron sospechosos antes de que necesitaran tratamiento. Y que existe una tendencia decreciente en la utilización de dichas pruebas a medida que son aplicadas por este tipo de profesionales.

Hemos podido constatar que existe una demanda que actualmente no se contempla en la bibliografía existente, los padres de niños de muerte súbita. Es cierto que no hemos

constatado si esta situación produce algún tipo de trastorno en la conducta de los niños pero los estudios relacionados con este tema sugieren que los padres necesitan apoyo psicológico y suelen estar desorientados y angustiados con el siguiente hijo.

Los padres que asistieron al programa insistían en la necesidad de conocer si el desarrollo de su hijo era normal, cómo debían cuidarle, y qué hacer para prevenir que no ocurriera lo mismo. Los tres padres tendían a proteger excesivamente a nuevos hijos, así como a exagerar los cuidados hacia el niño sobre todo durante el primer año de vida. Creemos interesante la aportación que un programa de estas características puede ofrecer a este tipo de familias, que sin realizar la intervención familiar, por lo menos en estos tres casos (uno del programa y los otros dos añadidos), puede ayudar a establecer una relación más distendida entre los miembros así como orientar y reorganizar los cuidados maternos. Nos parecería interesante constatar en una población mayor si los padres cuyo primer hijo murió por muerte súbita generan unas expectativas distintas a padres sin esta característica y si estas expectativas pueden influir en el comportamiento posterior de los niños.

Aunque los conceptos de riesgo y factores de protección utilizados nos han permitido agrupar a sujetos con mayor probabilidad de ver afectados su desarrollo evolutivo, creemos necesario aumentar los conocimientos actuales sobre situaciones de riesgo y concretizar las pautas de seguimiento y orientación que deben seguirse en prevención primaria.

Estamos de acuerdo con R. Alzate, M^aJ. Ortiz y A. Echevarría (1988) en que estudios sistemáticos en población en riesgo aportarán datos interesantes sobre estas situaciones y la identificación de factores de riesgo nuevos. Estamos convencidos que otros riesgos psicológicos no localizados actualmente: superdotados, niños enfermos crónicos (diabéticos, asmáticos...) niños adoptados, niños prematuros y otros, podrían beneficiarse de una programa de estas características en donde el acudir al psicólogo no forma parte de la anormalidad sino de lo normal.

Es posible que el alto número de sujetos en riesgo, el 53% de la muestra utilizada, se deba a la necesidad de encontrar sujetos sospechosos, tal como establecen las críticas a la prevención primaria. Hemos intentado controlar este factor subjetivo del profesional que aplica los protocolos, estableciendo niveles distintos de intervención, cuatro tipos distintos de intervención: Tipo I orientaciones específicas, Tipo II sesiones educativas, Tipo III estimulación y Tipo IV derivación o tratamiento mixto.

Proponemos estos cuatro tipo de intervenciones para cubrir la demanda actual no atendida que por sus características no puede ser derivada a los centros de Salud Mental o a los centros

de Estimulación Temprana (Tizón, 1992).

Los sujetos son intervenidos después de situarles en riesgo y realizar una observación detenida de sus conductas, esperando para intervenir a que las sospechas de dificultad de desarrollo sean constatadas en las siguientes valoraciones. Este es el caso de varios sujetos con la misma situación de riesgo como es el caso del sujeto nº 2 (cesión) intervenido mediante orientaciones específicas y el sujeto nº 12 que estando en las mismas condiciones de riesgo fue derivado a psiquiatría infantil, después de haber realizado las orientaciones específicas adecuadas al caso. Hemos tratado de realizar la intervención mínima, tipo I y II, antes de llegar a la estimulación o tratamiento mixto cuando ello ha sido posible como en el caso nº 12, tratando siempre de evitar intervenir pues creemos que la valoración y seguimiento es suficiente para vigilar el desarrollo evolutivo pero cuando una conducta tarda en aparecer y el tiempo deseado para su manifestación se aproxima a los límites de lo que consideramos desviación hemos preferido intervenir. En el caso nº 17, sospecha de dificultad de adquisición del lenguaje, situamos al sujeto en riesgo a los 9 meses y le intervenimos a los 24 meses al considerar que en ese momento y teniendo en cuenta las características del ambiente y del sujeto la probabilidad de retraso del lenguaje era alta en comparación a los meses anteriores donde era todavía posible esperar ya que el sujeto manifestaba las respuestas lingüísticas adecuadas a su edad.

Es también probable que los factores de riesgo utilizados nos lleven a una intervención innecesaria, pero no intervenimos a todos los sujetos, como ya hemos expuesto, y sólo actuamos cuando las características individuales del niño y su familia presuponen mayor probabilidad de riesgo.

Podemos considerar excesivo que de 34 sujetos que componen la muestra, 18 sean considerados en riesgo, o sea el 53% de la población en riesgo. Si atendemos a los datos del Ministerio de Sanidad, el 60,36% de los sujetos llegan tarde a tratamiento, no nos parece un dato excesivo, especialmente si tenemos en cuenta que situar a los sujetos en riesgo no implica intervención. Se trata de estar atentos a algunas circunstancias pueden influir negativamente en el desarrollo y estar atentos a las mismas con el fin de controlarlas. Esto a su vez, supone una mayor probabilidad de interpretar cualquier respuesta del sujeto como inicio de desviación, tal como nos recuerdan las críticas a la prevención primaria. Intentamos valorar las respuestas de los niños en riesgo como sanas y las analizamos detenidamente el caso antes de intervenir, (Pedreira, 1995).

Teniendo en cuenta el tipo de intervenciones propuestas, sólo cuatro de ellas resultarían realmente necesarias, el resto, ocho intervenciones, deben considerarse mínimas y con el fin

de evitar posibles desviaciones. Por lo tanto, debemos considerar que de 34 sujetos, 4, el 11.76% de la población, precisaban intervención y creemos que este es un dato cercano a la realidad, si tenemos en cuenta otros estudios realizados sobre trastornos en la infancia en edades posteriores (Bragado, 1995; Martí e Ibáñez, 1993).

Creemos haber controlado la intervención excesiva, utilizando tipos de intervención mínima que nos ayudan a valorar la conducta antes de realizar una intervención directa sobre el sujeto, informan y forman a los padres sobre conductas determinadas en sus hijos.

Es posible que la muestra final, 34 sujetos de 77 que iniciaron el programa, haya terminado sesgada y que los sujetos que continuaran el programa lo hiciesen por su situación de riesgo aún sin saberlo ellos. No podemos asegurar que los sujetos que abandonaron el programa no estuviesen en situación de riesgo ya que no tenemos suficientes datos personales para comprobarlo, pero analizadas las variables que caracterizan a nuestra muestra (número de hijos, estatus social, tipo de parto...) no la distingue de la muestra inicial. Pero aún considerando la probabilidad de que la muestra se sesgara (la pérdida de sujetos es una de las características de los estudios longitudinales) y de que no hicimos uso de las técnicas recomendadas para controlar esta situación (contactos con los sujetos perdidos, nueva muestra, ...) creemos que la apertura del programa a los sujetos añadidos nos muestra como solicitan información tanto familias en riesgo como familias que no lo están.

Aún en el caso de considerar que la muestra terminó sesgada creemos que sigue siendo válido ya que los sujetos intervenidos no lo hubiesen sido, por lo menos en estas edades, de no existir el programa.

Aunque no poseemos datos oficiales de los niños sanos que necesitan intervención psicológica, si tenemos conocimiento de la demanda frecuente de problemas psicológicos en Atención Primaria relativos a problemas de Salud Mental (Cortés, Catalán, Enguidanos y Costa, 1993). También tenemos conocimiento por la práctica profesional personal de los niños que llegan a estimulación o reeducación que podrían haber sido detectados e intervenidos antes de acudir al centro donde trabajamos (niños derivados por Equipos de Atención Temprana por maestros de Escuela infantil que son derivados a partir de los tres años o incluso más tarde por graves retrasos del desarrollo general).

Aunque es evidente la necesidad de un estudio epidemiológico con una población más numerosa que la utilizada en este trabajo, la distribución de los datos marca la necesidad de realizar una valoración psicológica junto a la actual valoración pediátrica.

Podemos finalizar diciendo que los resultados comprueban la primera hipótesis. Los protocolos de seguimiento y las situaciones de riesgo al ser aplicados a una población sana permiten detectar a sujetos que necesitan ser intervenidos tempranamente. Somos conscientes de que la muestra es pequeña para poder concluir y generalizar los datos obtenidos, lo que no nos permite establecer el tipo de trastornos que prevalecen en los primeros años de vida, ni cuales son los factores de riesgo determinantes en los trastornos, pero no era este nuestro objetivo. Nuestro objetivo era simplemente detectar a sujetos que precisan intervención antes de los dos años.

2 - Es de esperar que los sujetos detectados e intervenidos no lo hayan sido por otros medios sanitarios.

- Los resultados globales obtenidos, el 35,29% de la población ha precisado algún tipo de intervención y sólo un caso fue detectado fuera del programa, confirman la segunda hipótesis y los niños añadidos al programa que necesitaban tratamiento añaden validez a la misma.

Ninguno de los niños intervenidos o detectados lo han sido por otros medios sanitarios. A excepción del caso nº 18 que fue derivado por el pediatra y que nosotros no teníamos en situación de riesgo. Aunque el diagnóstico no coincidió con el del pediatra es de señalar que su sospecha nos llevo a un seguimiento y valoración puntual de lo que ocurría y a la posterior intervención. También queremos destacar que la aplicación de este programa hizo posible su derivación porque de lo contrario los padres no hubiesen acudido al psicólogo tal como afirmaron.

- Es de esperar, según podemos inferir de nuestros datos, que incrementando la cobertura de los servicios de salud a favor de la acción preventiva primaria y secundaria psicológica aumente la demanda en edades tempranas de problemas psicológicos y disminuya la demanda en edades posteriores. La generalización de programas de atención psicológica sistematizada podría resolver esta cuestión.
- De ser así, tal como se presentan los datos en nuestro trabajo, la detención y prevención temprana supondría, como ha ocurrido en otros programas de prevención, que el aumento de cobertura y distribución de los mismos recursos hacia otros fines, no aumenta el coste/beneficio, sino que lo disminuye. Para ello sería necesario realizar un estudio económico de una muestra más amplia.
- Se confirma la posibilidad de detectar situaciones de riesgo e intervenir tempranamente utilizando protocolos de seguimiento psicológico.
- La validez de los protocolos elaborados se ha visto confirmada en nuestra muestra.

- Los datos también confirman la idea de que los casos más recuperables son los que no se atienden actualmente (Cobo, 1983).
- La realización conjunta de una valoración y en su caso diagnóstico, pediatra-psicólogo-profesionales sociales, cambiaría sustancialmente los programas de prevención en Salud Materno-Infantil, como demuestran los datos de las intervenciones realizadas.
- Queremos dejar constancia de que los niños detectados pueden parecer no suficientemente graves como para ser intervenidos pero eso es así porque en prevención primaria se trabaja con probabilidades de ocurrencia de trastornos y se interviene para evitar que se produzcan. De ahí la propuesta de varios tipos de intervención antes de llegar a la estimulación precoz que es el tratamiento específico para deficiencias establecidas.
- También es cierto que con los conocimientos actuales en psicología de la primera infancia resulta difícil asegurar que existe una deficiencia porque el desarrollo no se ajuste a la norma establecida, pero sí es posible sospechar y predecir la posibilidad de desviarse partiendo del desarrollo conocido y eso permite realizar programas de prevención.

Cuando finalizamos el programa quisimos comprobar, siguiendo la idea de Tarjan, 1986 si los padres que asistieron al mismo tenían antecedentes o familiares cercanos deficientes, suponiendo que este podía ser un motivo importante por el que hubiesen acudido al programa y continuado en él. Entonces, decidimos establecer una tercera hipótesis.

3 - Es de esperar que existan antecedentes de riesgo biológico o psicológico en las familias que han seguido el programa.

- Esta hipótesis no ha sido confirmada. Los padres que siguieron el programa no tenían antecedentes cercanos de deficiencias biológicas o psicológicas (excepto dos familias).

Y en cuanto a lo niños que preguntaron por el programa y se añadieron a él tampoco.

- Esto puede significar que los padres están sensibilizados por el desarrollo psicológico de sus hijos pero al no poder acceder a él no lo demandan.

Cabe destacar que de los padres que abandonaron el programa antes de los 6 meses y avisaron de que lo iban a dejar, (puesto que de los demás no conocemos las razones), 6 lo hicieron por no poderse desplazar hasta el hospital sugiriendo la idea de realizarlo en el centro donde acudían al pediatra y otros 3 argumentaron la dificultad de abandonar el trabajo por las mañanas. Otros 2 argumentaron que el problema de cadera del niño en valoración ya se había

solucionado y ya no sentían temor por el desarrollo evolutivo de su hijo y por eso no lo creían necesario.

Finalmente, apuntar que no existen actualmente estadísticas con las que podamos contrastar nuestros datos.

La información solicitada a diversos organismos oficiales y privados sobre sujetos sin riesgo que han precisado atención temprana no nos han podido ser facilitada. No existen estadística sobre la demanda existente en los 3 primeros años de vida y la frecuencia de desviaciones psicológicas puesto que no existe este tipo de atención en estas edades. Sólo conocemos el dato del Ministerio de Sanidad que reconoce que el 60,36% de los niños atendidos en los Centros Base fueron detectados tarde. Pero tampoco hemos podido confirmar a qué tipo de niños y problemas se refiere.

5.6.- CONCLUSIONES Y REVISIÓN DEL ESTUDIO REALIZADO

De los resultados generales podemos concluir:

- El modelo psicológico en Atención Primaria permite prevenir e intervenir a la población infantil sana antes de derivarlos a servicios especializados de Estimulación Temprana o a los Servicios de Salud Mental.
- El modelo psicológico permite realizar una intervención mínima a sujetos sospechosos de desviación o trastorno y puede atender la demanda actualmente contenida en los Centros de Atención Primaria.
- Los factores de riesgo y protección son útiles para intervenir si se realiza un control y seguimiento psicológico de los sujetos en riesgo, de lo contrario pueden llevar a programas de intervención masiva que no son útiles ni económicos en la práctica para seleccionar a los sujetos en riesgo que van a ser intervenidos.
- La utilización de protocolos de seguimiento psicológico permite obtener información suficiente para detectar o sospechar alteraciones en el desarrollo sin necesidad de emplear instrumentos de diagnóstico, como son los baby-tests.
- Los distintos tipos de intervención propuesta permite controlar a los niños sospechosos de desviación sin necesidad de derivarlos a centros específicos.

- La atención infantil y detección temprana basada en los factores de riesgo y factores de protección, protocolos de seguimiento e instrumentos clásicos en psicología, las escalas evolutivas, detectan a sujetos en riesgo no detectables por la aplicación solo de escalas evolutivas.
- Los profesionales de sanidad no relacionados con el campo de psicología, no solucionan el problema de detección temprana de desviaciones pero sí pueden informar y valorar situaciones de mayor riesgo y ponerlo en conocimiento del psicólogo.
- Del análisis de los datos obtenidos podemos afirmar que un alto porcentaje de niños sanos no son detectados ni tratados a tiempo.
- Los niños detectados e intervenidos durante los dos primeros años de vida no lo hubiesen sido de no aplicar el programa de atención y seguimiento a la población infantil sana.
- El modelo psicológico propuesto demuestra ser una alternativa eficaz a la demanda de los problemas psicológicos en los centros de Atención Primaria.

Una vez finalizado el estudio queremos señalar aquellos aspectos que creemos pueden mejorar su eficacia y los que deberían haber sido más elaborados.

- Creemos que en la práctica este tipo de programas deben coordinarse con el servicio de ginecología. La coordinación con dicho servicio permitiría establecer e investigar factores de riesgo con anterioridad al nacimiento y adelantar la prevención primaria asesorando a los padres.
- La aplicación de un cuestionario sencillo sobre la actitud de los futuros padres como padres permitiría anticipar el tipo de formación e información que precisan algunas familias.
- Informar y formar a través de La Educación Maternal, paralelamente al seguimiento y valoración sobre el desarrollo evolutivo de las primeras edades, incidiendo en los conflictos típicos de las primeras edades orientando y dando pautas de intervención que ayuden a prevenir conflictos.
- Es necesario realizar una documentación más exhaustiva de la sexualidad infantil, sueño y alimentación. Creemos que la revisión bibliográfica realizada es básica pero no

suficiente, deberíamos haber consultado, leído y documentado más estos temas.

- Realizar una muestra experimental transversal que aportara datos que comprobaran nuestros resultados, en sujetos sanos que acuden al pediatra mayores de dos años para comprobar que sujetos necesitarían ser intervenidos y no son tratados.
- Sistematizar y controlar el material que utilizamos para elicitación de respuestas ya que sólo controlamos parte.
- Hemos consultado la bibliografía relacionada con este estudio durante el año 1997, no habiendo encontrado ninguna publicación representativa referente a dicho estudio.

BIBLIOGRAFÍA

Abad, D. et. al. (1993). *Guía para la atención del maltrato a la infancia por los profesionales de la salud*. Dirección General de Planificación, Formación e Investigación. Consejería de Salud. Madrid.

Ainsworth, M.D. (1973). "The development infant-mother attachment". En B.H. Caldwell and H. Ricciuti. *Review of Child Development Research*, University of Chicago Press. Chicago.

Ainsworth, M.D.S., y Bell, S.M. (1978). "Apego, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña". En J. Delval (Comp.), *Lecturas de psicología del niño*. Vol. 1. Madrid. Alianza Editorial.

Ajuriaguerra, J. (1973). *Manual de Psiquiatría Infantil*, Toray-Masson. Barcelona.

Alvarez Vélez, M^a I. (1994). *La protección de los derechos del niño. En el marco de las Naciones Unidas y en el Derecho Constitucional Español*. Madrid. Universidad Pontificia Comillas, I.C.A.D.E.

Arizcun, J. (1981). "Aspectos perinatológicos del Plan nacional de Prevención de la subnormalidad". *Plan Nacional de Prevención*. Real Patronato.

Arnau, J. (1978). *Psicología Experimental: Un enfoque metodológico*, Trillas. México.

Arruabarrena, M^a. I.; Paúl, J. de, y Torres, B. (1996). *El Maltrato Infantil: Detección, notificación, investigación y evaluación*. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales.

Ayuntamiento de Madrid (1996). *Programa de atención a los menores y a las familias*. Madrid. Ayto. de Madrid (Área de Servicios Sociales).

Baillargeon, R., Spelke, E.S. y Wasserman, S. (1985). "Object permanence in five-month-old infants". *Cognition*, 20,191-208.

- Baillargeon, R. y Devos, J. (1991). "Object permanance in young infants: further evidence". *Child Development*, 62, 1227-1246.
- Baillargeon, R. (1987). "Object permanance in 3 1/2 and 4 1/2 month-old infants". *Developmental Psychology*, 23, 655-664.
- Bakeman, R. y Gottman, J.M. (1989). *Observación de la interacción: Introducción al análisis secuencial*. Madrid. Morata.
- Baldwin, S. et al. (1990): *Quality of life. Perspectives and policies*, Routledge. Londres.
- Baltes, P.B. (1983). "Psicología evolutiva del ciclo vital. Algunas observaciones convergentes sobre historia y teoría". En A. Marchesi, M. Carretero y J. Palacios (Comp.), *Psicología evolutiva I. Teoría y Métodos*. Madrid. Alianza Editorial.
- Baltes, P.B., Reese, H. W. y Nesselroade, J. R. (1981). *Métodos de investigación en psicología evolutiva: Enfoque del ciclo vital*. Madrid. Morata.
- Bandura, A. y Walters, R. H. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid. Alianza Editorial.
- Banks, M. S., Aslin, R. N. y Letson, R. D. (1975). "Sensitive period for the development of human binocular vision". *Science*, 190, 675-677.
- Bender, M. (1989). "Tests educativos y psicológicos que deberían ser aplicados en los primeros años de vida. Experiencias con niños de 0 a 2 años".
- Berea, R. (1990): "Demanda de Servicios de Atención a la Primera Infancia". *Primera Infancia*, nº 1, 53:63. Ministerio de Asuntos Sociales.
- Bergès, J. (1988): "El tono y la motricidad en el examen del niño". En Lebovici *Tratado de psiquiatría del niño y adolescente*, Tomo II 139:163. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Bloch, H. (1983): "La puorsuite visuelle chez le nouveau-né à terme et chez le prématuré", *Enfance*, nº 1-2, 19:29.
- Bloom, L. y Lahey, M. (1978). *Language development and language disorders*. Nueva York.

Wiley.

Bluma, S. et al. (1989). *Guía Portage de educación preescolar*. Barcelona. TEA.

Bohlin, G. et Hagekull, B. (1987): "Le 'bon maternage': attitudes maternelles et interaction mère-enfant". En Cramer, B. *Psychiatrie du Bébé*, Editions Médecine et Hygiène. Paris. 409:429.

Borzzone, A. M. (1985). "Consideraciones sobre la etapa prelingüística". *Rev. Logop. Fonol. Audiol.* Vol. IV, nº 4, 206-213.

Bower, T. G. R. (1979): *A primer of infant development*, Freeman. San Francisco.

Bower, T. G. R. (1976). "El mundo visual de los niños". En varios "Psicobiología evolutiva. Herencia, ambiente, comportamiento". *Selección de Scientific American*. Barcelona. Fontanella.

Bowlby, J. (1982). *Los cuidados maternos y la salud mental*. Buenos Aires. Humanitas.

Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid. Morata.

Bragado, C. (1992). "Psicología y salud", *Papeles del Psicólogo*. Época II, nº 53, 42-47.

Bragado, C.; Carrasco, I.; Sánchez Bernardos, M^a.L.; Bersabe, R.M^a; Loriga, A. y Monsalve, T. (1995). "Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: resultados preliminares". *Clínica y Salud*. Año IV, vol. 6, nº 1, 67-82.

Bragado, C. (1994). *Terapia de Conducta en la Infancia: Trastornos de ansiedad*. Madrid. UNED y Fundación Universidad-Empresa.

Brazelton, T.B.; Cramer, B.G. (1993): *La relación más temprana*, Paidós. Barcelona.

Brazelton, T.B. (1973): "Neonatal behavioral assessment scale", *Clinics in development medicine*, nº 56. Heinemann. Londres.

Brazelton, T.B. (1987): "Les tensions dans les familles d'aujourd'hui". En Cramer, B., *Psyquiatrie du Bébé*, Editions Médecine et Hygiène, 229:241.

Brazelton, T.B.; Scholl, M.L.; Robey, J. (1966): "Visual behavior in the neonate", *Pediatrics*, 37, 284.

Bretherton, J. (1992). "The origins of attachment theory: John Bowlby y and Mary Ainsworth". *Developmental Psychology*, nº 28, 759-775.

Bricker, D. (1991). *Educación temprana de niños en riesgo y disminuidos. De la primera infancia a preescolar*. México. Trillas.

Bronfenbrenner (1987). *La ecología del desarrollo humano*, Paidós.

Bruner, J.S. (1986). *El habla del niño. Aprendiendo a usar el lenguaje*, Paidós. Madrid.

Bruner, J.S. (1988). *Desarrollo cognitivo y educación*, Morata. Madrid.

Bruner, J. S. (1984). *Acción, pensamiento y lenguaje*, (Compilación de J. L. Linaza). Madrid. Alianza Editorial.

Bühler, K. (1979): *Teoría del lenguaje*, Alianza Universidad. Madrid.

Burke J.D.; Darrel, A.; Regier, M. (1989). "Epidemiología de los trastornos mentales", Cap. 3, 67-87. En Talbott, J.A.; Hales, R.E.; Yudofsky, S.C.: *Tratado de Psiquiatría*, The American Psychiatric Press. Ancora. Barcelona.

Cabases, J.M. (1988). *Análisis Económico de los Programas de prevención de deficiencias*. Ponencia presentada a: Seminario sobre programas de Prevención de Deficiencias. Pamplona, 27 y 28 junio.

Campbell, S.K. (1986). "Evidence for need to renorm the Bayley Scales of infant: development based on the performance of a population-based sample of 12-month-old infants", *Topics in early childhood special education*, vol. 6, nº 2, 83-96.

Caparrós, A. (1976). *Historia de la Psicología*, vol. 1. Barcelona. Sertesa Universidad de Barcelona.

Caparrós, A. (1982). "En el centenario de "Die seele des Kindes" de W. Th. Preyer". *Anuario de Psicología*, nº 26, 109-116.

- Caplan, G. (1964) *Principles of preventive psychiatry*. New York, Basic Books.
- Carpintero, H. y Peiró, J.M. (1977). "La presencia de J.M. Baldwin en la psicología de J. Piaget". *Revista de Psicología General y Aplicada*, 32, 601-611.
- Carrasco, E. (1992). "Tareas del psicólogo en promoción y prevención de la salud en atención primaria". *Papeles del Psicólogo*. Época II, 53, 41.
- Casado, J. (1990). "Enfermedades infantiles de origen social" *Salud*, vol. 5, 68-90. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales.
- Casati, I. y Lezine, I. (1968). *Les étapes de la intelligence sensori-motrice de l'enfant*. Paris. Les éditions du centre de psychologie appliquée.
- Case, R. (1984). "Desarrollo intelectual". En M. Carretero y J. García Madruga (Comp.) *Lecturas en psicología del pensamiento*. Madrid. Alianza Editorial.
- Case, R. (1989). *El desarrollo intelectual. Del nacimiento a la edad madura*. Barcelona. Paidós.
- Cavero, C. (1995). *Valoración de las incapacidades en el Sistema Sanitario Español*. Valladolid. Universidad de Valladolid.
- CIE 10. (Clasificación Internacional de Enfermedades) (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*.
- Clarke-Stewart, A. (1990). "La educación de los niños en un mundo cambiante", *Primera Infancia*, 1, 18-33. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales.
- Clarkin, J.F.; Stephen, Ph.D.; Hurt, W., Ph.D. (1989). "Evaluación psicológica: Test y escalas de valoración", Sec. II. Cap. 8, 223:242. En Talbott, J.A.; Hales, R.E.; Yudofsky, S.C.. *Tratado de Psiquiatría*, The American Psychiatric Press. Ancora. Barcelona.
- Clemente, R. M. (1996). *Desarrollo del lenguaje. Manual para profesionales de la intervención en ambientes educativos*. Barcelona. Octaedro Universidad.
- Clemente, A. (1985). "Bases socioafectivas y cognitivas de la adquisición del lenguaje. De

seis meses a dos años. *Rev. Logop. Fonoaud.* Vol. IV, 4, 214-219.

Cobo, C. (1983). *Paidopsiquiatría Dinámica I*, Roche. Madrid.

Cole, M. (1984). "La zona de desarrollo próximo: donde cultura y conocimiento se generan mutuamente". *Infancia y Aprendizaje*, 25, 3-17.

Coleman, J.M.; Hagerman, R.J. (1992). "The fragile X syndrome", *Development medicine and child neurology*. Vol. 34, 9, 826-832.

Comisión de Asistencia de la AEN (1987). "Modelo de asistencia en Salud Mental". *As. Esp. Neuropsiquiatría*. Vol. VII, 21.

Corominas, A. (1979). "Bases para una política preventiva". *Prevención de la subnormalidad*. Barcelona. Salvat

Cortés, Catalán, Enguidanos y Costa (1994). "La problemática psicológica infantil en las consultas de Atención Primaria". *La Salud Mental en la Red de Atención a la Infancia*. Servicio de Salud Mental de Villaverde.

Chaussain, J.L. (1988). "Las enfermedades endocrinas del niño y sus consecuencias psicológicas". En S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé, *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, Tomo II, 347-371. Madrid. Biblioteca Nueva.

Chiland, C (1988). "El examen psicológico". En S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé, *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, Tomo II, 65-87. Madrid. Biblioteca Nueva.

Chombart de Lauwe, M.J. (1988). "Aportaciones de la sociología, la etnología y la psicología a la psiquiatría infantil". En S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé. *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, Tomo I, 243-271. Madrid. Biblioteca Nueva.

Davis, J.A. y Dobbing, J. (1986). *Fundamentos Científicos de Pediatría*. Barcelona. Salvat.

Dayton, G.O. y Jones, M.H. (1964). "Analysis of characteristics of fixation reflex in infants by use of direct current electro-oculography". *Neurology*, 14, 1152-1156.

Delval, J. (1978). "La psicología del niño ayer y hoy". En J. Delval (Comp.), *Lecturas de*

psicología del niño, vol. 1. Madrid. Alianza Editorial.

Delval, J. (1988) "Sobre la historia del desarrollo del niño". *Infancia y Aprendizaje*, 13, 35-67.

Delval, J. (1988). "Tiedemann. Observaciones sobre el desarrollo de las facultades anímicas de los niños". *Infancia y Aprendizaje*, 41, 31-51.

Delval, J. y Gómez, J. C. (1988). "Dietrich Tiedemann: la psicología del niño hace doscientos años". *Infancia y Aprendizaje*, 41, 9-30.

Dennis, W. (1963). "A bibliography of baby biographies". *Child Developmental*, 7, 71-73.

Desviat, M. (1985). "De la asistencia médica a la salud pública" *Asc. Esp. Neuropsiquiatría*, vol. V, nº 15.

Diamond, K.E. y Lefurgy, W.G. (1992). "Relations between mothers, expectations and the performance of their infants who have developmental handicaps", *American journal on mental retardation*. Vol. 97, 1, 11-20.

Diatkine, R. (1988). "El lugar del examen del lenguaje en el examen". En S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé, *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Tomo II, 133-139. Madrid. Biblioteca Nueva.

Doménech, E. y Polaino, A. (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona. Expaxs, S.A.

Doménech, E. y Ezpeleta, L. (1995). "Las clasificaciones en psicopatología infantil". En J. Rodríguez Sacristán, *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla. Publicaciones de la Universidad de Manuales Universitarios.

Doménech, E. y Canals, J. (1995). "Evolución histórica de la psicopatología infantil". En J. Rodríguez Sacristán, *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla. Publicaciones de la Universidad de Manuales Universitarios.

Doménech, E. (1987). "El pasado de la psicopatología infantil". En Alzate Heredia, R. (edit.). *Trastornos de conducta en la infancia*. Bilbao. Boan, 43-76.

Doménech, E. (1995). "Psicopatología de la primera edad". En J. Rodríguez Sacristán, *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla. Publicaciones de la Universidad de Manuales Universitarios.

Donaldson, M. (1979). *La mente de los niños*. Morata. Madrid.

Dorros, K.G.; Brody, N.; Rose, S.A. (1981). "A comparison of auditory behavior in the premature and full term infant". En H. O. Kimmel; E. H. Van Olst y J. F. Orlebeke, *The orienting reflex in humans*. New York. L. Erlbaum.

Dubowitz, L.M.S., Morante y A. Verghote, M. (1980). "Visual function in the preterm and full-term newborn infant", *Developmental Medicine and Child Neurology*, nº 22, 465-475.

Dulcan, M.K. (1989). "Tratamiento de niños y adolescentes", Sec. IV, Cap. 30, 971-1003. En J. A. Talbott; R. E. Hales y S. C. Yudofsky. *Tratado de Psiquiatría*, The American Psychiatric Press. Barcelona. Ancora.

Erler, G. (1990). "La atención a la primera infancia: un reto a la ecología social", *Primera Infancia*, nº 1, 5-17. Ministerio de Asuntos Sociales.

Escuela Andaluza de Salud Pública (1990). "Importancia del concepto de riesgo en salud materno-infantil", Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

Estevill, E. (1991). *El sueño ese desconocido*. EMISA, Médico Internacional. Madrid.

Evans, E.D. (1987). *Educación Infantil Temprana: Tendencias Actuales*, Trillas. México.

Fagan, R.L. (1961). "Infant's recognition of invariant features of faces", *Child Development*, 47, 627-638.

Fantz, R.L. (1961). "The origin of form perception", *Scientific American*, 204, 66-72.

Fantz, R.L., Fagan, J.F.; Miranda, S.B. (1975). *Early visual selectivity in Infant perception: from sensation to cognition*. L.B. Cohen, P. Salapatek (Eds) New York, Academic Press 249-345.

Fantz, R.L.; Ordy, J.M.; Udelf, M.S. (1962). "Maturation of pattern vision in Infants during

- the first six months", *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 55, 907-917.
- Felix, SW. (1992). "Language Acquisition as a Maturation Process" En Weissenborn, J. & Goodluck, H. & Roeper, T.: *Theoretical Issues in Language Acquisition*, Lawrence Erlbaum Associates (LEA). Hillsdale, New Jersey.
- Fernández, T. R. y Gil, P. (1990). "El nacimiento de la Psicología Evolutiva". En J. A. García Madruga y P. Lacassa (Dir). *Psicología Evolutiva*. Vol. 1. UNED. Madrid.
- Fernández, M. P. (1992). "Interacción social y comunicación preverbal en bebés. *Rev. Logop. Folog. Audiol.* Vol. XII, 1, 10-18.
- Ferra, P.; Carballo, S.; Guerra, O.; Panadés, C.; Roselló, V. y Vaño, X. (1995). "La crisis en la familia adoptiva, análisis de la práctica clínica de orientación sistémica". *Clínica y Salud*. Año VI, vol. 6, 1, 7-24.
- Ferrero, C. (1992). "La salud infantil desde la perspectiva de la educación y la asistencia". *Primer Congreso Internacional de Infancia y Sociedad*. Ministerio de Asuntos Sociales.
- Fivush, R. y Hudson, J. (Eds.). (1996). *Conocimiento y recuerdo en la infancia*. Simposio Emory sobre Cognición. Aprendizaje Visor. Madrid.
- Fundación Santillana (1996). Educación y desarrollo. Aprender para el futuro, (*Documentos de un debate*). Madrid. Santillana.
- Furth, H. (1983). "Perspectivas Piagetianas". En A. Marchesi, M. Carretero, J. Palacios: *Psicología Evolutiva 1: Teorías y Métodos*, Alianza Editorial. Madrid.
- Gallo, P. (1994). *Adquisición de las estructuras morfológicas de sujeto*. (Tesis, no publicada) Universidad Complutense de Madrid.
- Gallo, P. (1990). "Cómo el niño construye hipótesis sobre la gramática de su lengua", *Estudios de Psicología*, 41, 73-92.
- García Madruga, J. A. (1988). "Lenguaje y Conducta Cognitiva: el papel del lenguaje en la solución de problemas". *Estudios de Psicología*. 33/34, 191-209.

García Madruga, J. A. (1991). *Desarrollo y Conocimiento*. Siglo Veintiuno. Madrid.

García Madruga, J. A. (1985). "Psicología evolutiva: algunos aspectos actuales en el estudio del desarrollo". *Revista de Psicología General y Aplicada*, 40.

García Calvo, A. (1989). *Hablando de lo que habla el niño*, Lucina. Zamora.

Gimferrer, P. (1988). *Espejo, espacio y apariciones*, Visor. Madrid.

García, V. (1990). "Salud y Educación Infantil: Ambientes educativos y calidad de vida", *Salud*, vol. 5, 55-66. Ministerios de Asuntos Sociales.

García Etchegoyen, E. (1983). "El apego o vínculo afectivo un llamado de atención para las estrategias de intervención y estimulación temprana", Instituto Interamericano del niño. Montevideo-Uruguay.

Gesell, A. (1984). *El niño de 1 a 4 años*. Paidós. Barcelona.

Gesell, A.; Ilg, F. L.; Ames, B. y Rodell, J. L. (1979). *El infante y el niño en la cultura*. Paidós. Barcelona.

Gil Fernández, J. (1988). *Los sonidos del lenguaje*. Síntesis. Madrid.

Goldstein, E.B.; Pink, S.I. (1981). "Selective attention in vision: recognition memory for superimposed line drawings", *Journal of Experimental Psychology Human Perception and Performance*, 7, 954-967.

Goldstein, E.B. (1988). *Sensación y Percepción*. Debate, Colección Universitaria. Madrid.

Goldstein, E.B. (1978). "Cone pigment regeneration in frogs and humans". En *Visual psychophysics physiology*, J. Armington, J. Kranskopf, B. Wooton, Academic Press, 73-84. New York.

Goldstein, E.B. (1975). "The perception of multiple images", *Communication Review*, 23, 34-68.

González, A. (1990). *Teoría y Práctica de la Atención Primaria en España*, Ministerio de

Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Madrid.

Gorman-Smith, D.; Matson, J.L. (1993). "Abuso sexual y personas con retraso mental", *Siglo Cero*, nº 143, 5-14.

Gowen, J.W. et al. (1992). "Object play and exploration in children with and without disabilities: a longitudinal study". *American Journal on mental retardation*, vol. 97, nº 1, 21-38.

Guedeney, A.; Kreisler, L. (1988). "Troubles sévères du sommeil dans les dix-huit premiers mois de la vie". En Cramer, B. *Psychiatrie du Bébé*, Editions Médecine et Hygiène. Paris.

Guralnick, M.J.; Bennett, F.C. (1989). *Eficacia de una intervención precoz en niños minusválidos y en situación de riesgo*. INSERSO. Madrid.

Habte, D. (1990). "The crisis of child health in developing countries", *Acta Paediatrica Scandinavica*, vol. 79, nº 2, 130-136.

Haizea-Llevant (1991). *Escala de Desarrollo*. Consejería de Cultura del Gobierno Vasco.

Hellbrügge, T. et al. (1980). *Diagnóstico funcional del desarrollo durante el primer año de vida*. Marfil. Alcoy.

Hernández Pina, F. (1990). *Teorías Psicolingüísticas y su aplicación a la adquisición del español como lengua materna*. Siglo XXI. Madrid.

Hernández Pina, F. (1981). "Adquisición del lenguaje infantil: Etapa del balbuceo". En Adquisición del lenguaje. Monografía. *Infancia y Aprendizaje*. 71-83.

Hernández, F. (1984). "Teorías psicosociolingüísticas y su aplicación a la adquisición del español como lengua materna" *Siglo XXI*. Madrid.

Horowitz, F.D. (1986). "El desarrollo social de los niños: procesos normales y nuestra comprensión del niño de alto riesgo", *Siglo Cero*, nº 108, 38-44.

Hostau, J. M. (1989). "Aplicación de la audiometría por observación de la conducta". *Rev. Logop. Fonol. Audiol.* vol. IX, nº 1, 31-34.

- Houzel, D. (1988). "El examen psiquiátrico". En Lebovici *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, Tomo II 95-111 Biblioteca Nueva. Madrid.
- Huertas, R. (1992). *Del Manicomio a la Salud Mental. Para una historia de la psiquiatría pública*. Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social. Madrid
- Illingworth, R. S., (1985). *El niño normal*. El Manual Moderno, S.A. de C.V. Madrid.
- John, D.N. et al. (1987). *El maltractament dels infants: Prevenció i atenció del problema*. Frontissa. Barcelona.
- Jouen, F. (1983). "Les réactions au mouvement visuel chez le nourrisson". *Enfant*, nº 1-2 (1983), 129-137.
- Juarez, A.; Monfort, M. (1989). *Estimulación del lenguaje oral*. Santillana. Madrid.
- Kagan, J. y Klein, R. E. (1973). "Cross-cultural perspectives on early development". *American Psychologist*. 28, 947-961.
- Kagan, J. (1970). "Attention and psychological change in the young child". *Science*. 170, 826-832.
- Kagan, J. (1992). "Yesterday s premises, tomorrow s premises". *Development Psychology*. 28, 990-997.
- Kagan, J. (1987). *El niño hoy. Desarrollo humano y familia*. Espasa-Calpe. Madrid.
- Kaye, K. (1982). *La vida mental y social del bebé: Cómo los padres crean personas*. Paidós. Barcelona.
- Kazdin, A. (1988). *Tratamiento de la conducta antisocial en la infancia y adolescencia*. Martínez-Roca. Barcelona.
- Kempe, R. S. y Kempe, C. H. (1985). *Niños Maltratados*. Morata. Madrid.
- Kessen, W. (1965). *The Child*. Wiley. Nueva York.

Kind, P. (1991). *The design and construction of quality of life measures. Discussion*. Centre for Health Economics. York (GB).

Klaus-Kennel, (1976). *La relación madre-hijo*. Panamérica. México.

Kolb, B.; Whishaw, I.Q. (1985). *Fundamentos de Neuropsicología Humana*. Labor. Barcelona.

Koupernik, C.; Bourguignon, A. (1988). "Desarrollo de las estructuras cerebrales del feto y del niño". En Lebovici, *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Tomo I, 87-105. Biblioteca Nueva. Madrid.

Kreisler, L. (1988). "El examen médico". En Lebovici. *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Tomo II, 87-95, Biblioteca Nueva, Madrid.

Kreisler, L. (1990). "Trastornos psicossomáticos en el lactante. En S. Lebovici; R. Diatkine y M. Soulé. *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Tomo V, cap. VII. Biblioteca Nueva. Madrid.

Lachance, C. (1991). "Le dépistage précoce des problèmes de développement au cours de la première année de vie en région périphérique". *Revue francophone de la déficience intellectuelle*. Vol. 2, n° 1, 65-70.

Lamb, H.R. (1989). "Psiquiatría Comunitaria y Prevención", Sec. V, Cap. 37, 1125-1142. En J. A., Talbott; R. E., Hales y S. C., Yudofsky. *Tratado de Psiquiatría*. The American Psychiatric Press. Ancora. Barcelona.

Lamote de Grignon, C. (1980). *Neurología Evolutiva*. Salvat, Barcelona.

Lamour, M.; Spira, N.; Noël, C. et Rosenfeld, J. (1987). "Nouvelles actions préventives chez des nourrissons à risque psycho-social et leurs familles". En B. Cramer. *Psychiatrie du Bébé*. Editions Médecine et Hygiène, 301-321.

Leguire, L.E. et al. (1992). "The CCH Vision stimulation program for infants with low vision: preliminary results". *Journal of Visual impairment and blindness*. Vol. 86, n° 1, 33-36.

- Lenevthal, H. et al. (1992). *Desarrollo de la percepción auditiva*. Editor Pich. Prensa Universitaria. Baleares.
- Lenneberg, E. (1982). *Fundamentos del desarrollo del lenguaje*. Universidad Textos. Madrid.
- Lindgren, G.W. y Katoda, H. (1993). "Maturational rate of Tokyo children with and without mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*. Vol. 98, nº 1, 128-134.
- López Ornat, S. (1992). "Sobre la gramaticalización". *Cognitiva*. Vol. 4, nº 1 49-74.
- López Ornat, S. et al. (1995). *La adquisición de la lengua española*. Siglo XXI. Madrid.
- López Mondéjar, L. (1992). "El psicólogo clínico en Salud Mental Comunitaria, un lugar cuestionado". *Papeles del Psicólogo*. Época II, 53, 39-40.
- Lundh, W. (1988). "Prévention et intervention en Suède: survol des changements survenus ces dix dernières années en santé publique et pour la protection de l'enfant". En B. Cramer. *Psychiatrie du Bébé*. Editions Médecine et Hygiène.
- Llavero, J. (1987). "Estudio de las necesidades de asistencia perinatal hospitalaria en la Comunidad Autónoma de Madrid". *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. Vol. 61, nº 9-10.
- Marchesi, A. (1987). *El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos*. Alianza Editorial. Madrid.
- Marchesi, A. (1990). "La educación infantil". *Primera Infancia*, nº 1 32-41. Ministerios de Asuntos Sociales.
- Mariño, D. y Menéndez, J. (1986). "Reflexiones sobre actuaciones que pudieran ser preventivas". *Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*. Vol. VI nº 17.
- Martí, E. (1991). *Psicología Evolutiva. Teorías y ámbitos de investigación*. Anthropos. Barcelona.
- Martí, E. (1990). "La perspectiva piagetiana de los años 70 y 80: de las estructuras al funcionamiento". *Anuario de Psicología*. 44, 19-45.

Martí, F. e Ibañez, C. (1994). "La interconsulta psiquiátrica en un hospital general". *La Salud Mental en la Red de Atención a la Infancia*. Servicio de Salud Mental de Villaverde.

Martínez, J.J. (1990). "Protagonismo de la Comunidad en la Promoción de la Salud infantil". *Infancia y Sociedad*, nº 5 108-120.

Mauk, G.W. y Mauk, P.P. (1992). "Somewhere, out there: Preschool children with hearing impairment and learning disabilities", *Topics in early childhood special education*. Vol. 12 nº 22 174-195.

Mause, Ll. (1982). *Historia de la Infancia*. Alianza. Madrid.

Mcgloughlin, A., Morrissey, M. y Sever, J: (1987). "Acquisitions et troubles du comportement à neuf ans: l'influence des facteurs de stress précoces et tardifs". En B. Cramer. *Psychiatrie du Bébé*, Editions Médecine et Hygiène. Paris. 515-529.

McGuire, J. y Earls, F. (1991). "Prevention of Psychiatric disorders in early childhood". *J. Child Psychol. Psychiat.*, 32, 1: 129-153.

Mehler, J.y Dupoux, E. (1990). *Naître humain*. Odile Jacob. Paris.

Melhuish, E.C. (1987). "Etude du comportement socio-affectif à dix-huit mois en fonction du mode de garde, sexe et du tempérament". En B. Cramer. *Psychiatrie du Bébé*. Editions Médecine et Hygiène. Paris. 515-529.

Menéndez, F. (1982). "Psiquiatría social". *Asoc. Esp. Neuropsiquitría*. Vol. II, nº 4.

Menéndez, F. (1992). "Salud Mental en la Infancia. Modelo de trabajo Comunitario e interdisciplinario en el territorio". *Primer Congreso Internacional de Infancia y Sociedad*. Ministerio de Asuntos Sociales.

Miernmont, J. (1988). "Etología y desarrollo del niño". En Lebovici. *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Tomo I 161-185 Biblioteca Nueva Madrid.

Milles, C.J. (1992). "Niños superdotados: identificación precoz y educación". *Pediatrics*. Vol. 33, nº 1, 4-5.

Mosws, P. (1990). "Informe sobre la atención a la infancia y la igualdad de oportunidades en la Comunidad Europea". *Primera Infancia*, nº 1, 63-77 Ministerio de Asuntos Sociales.

Mousset, M.R. y Soulé, J. (1988). "El examen del lenguaje". En Lebovici. *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Tomo II 111-133 Biblioteca Nueva. Madrid.

Muñoz, A. (1991). "La prevención de los trastornos del lenguaje". *Rev. Logop. Fon. Audiol.* Vol. XI, 4, 221-228.

Nieto, M. (1987). "Diagnóstico precoz en neuropsicología en el niño". *Anales Españoles de Pediatría*. Suplemento 28. Vol. 27. Noviembre.

Newborg, L. et al. (1989). *Inventario de Desarrollo Battelle*. TEA. Barcelona.

Nordberg, L. et al. (1989). "Psychomotor and mental development during infancy". *Acta Paediatrica Scandinavica*. Suple. 353.

O'Hare, A. et al. (1993). "Screening and assessment of childhood deafness: experience from a centralized multi-disciplinary service". *Child care, Health and development*. Vol. 19 nº 4 239-249.

Ochotorena, J.P. et al. (1988). "Maltrato y Abandono Infantil: identificación de factores de riesgo". *Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco*. Vitoria-Gasteiz.

Olabarría, B. (1992). "El contexto de riesgo en la clínica infanto-juvenil, (Otra vuelta de tuerca)" en *Primer Congreso Internacional Infancia y Sociedad*. Ministerio de Asuntos Sociales.

Olerón, P. (1987). *El niño: Su saber y su saber hacer*. Morata. Madrid.

Ortiz, T. (19). *Neuropsicología del Lenguaje*. CEPE. Madrid.

Osofsky, J.D. (1987). "Symposium Irving Harris: prévention et intervention". En B. Cramer. *Psychiatrie du Bébé*. Editions Médecine et Hygiène, 227-229.

Panero, L.M. (1986). *Poesía*. Madrid. Visor.

Paulhus, E. (1990). *Enfants à risque*. Editions Fleurus. Paris.

Pedreira, J.L. et al. (1990). "De cuando los niños sufren, del cómo sufren los niños y de lo fácil que resulta a los adultos no creerlo". *Infancia y Sociedad*, nº 5 24-54.

Pedreira, J.L. (1987). "Metodología y elaboración de programas en Salud Mental Infanto-Juvenil". *Asoc. Esp. Neuropsiquiatria*. Vol. VII, nº 22.

Pedreira, J.L. (1990). "Intervenciones comunitarias en psiquiatría infantil". *Infancia y Sociedad*, nº 5, 5-21.

Pedreira, J.L. (1990). "Reflexiones acerca de un modelo de formación continuada del personal de instituciones infantiles". *Primera Infancia*, nº 1, 41-53. Ministerio de Asuntos Sociales.

Pedreira Massa, J. L. (1991). "La formación de los profesionales de la salud en la infancia. *Actas Congreso Internacional Infancia y Sociedad*. Tomo I. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.

Pedreira Massa, J. L. (1994). "Salud Mental Infantil: Quo Vadis". En *La salud mental en la red de atención a la infancia*. 119-132. Egraf, S. A.. Madrid.

Pedreira Massa, J.L. (1988). "El re-descubrimiento de la infancia en las ciencias sociales modernas". *Menores*. (4º época); 9: 47-62.

Perelló, J. (1972). *Morfología fonoaudiológica*. Científico Médica.

Pérez Pereira, M. (1988). "La atención a factores intralingüísticos en la adquisición del lenguaje". *Estudios de Psicología*. 33/34, 211-227.

Pérez Pereira, M. (1987). "Vigotski y la psicología dialéctica". En M. Siguán (Coord.). *Actualidad de Lev S. Vigotski*. Anthropos. Barcelona.

Pérez Pereira, M. (1994). "Imitations, repetitions, routines and the child analysis of language: Evidence from the blind". *Journal of child Language*, 21, 317-337.

Pinol-Douriez, M., Hurtig, M.C. y Colas, A. (1987). "Dynamiques interactives de la construction de l'identité dans les trois premières années de la vie". En B. Cramer.

Psychiatrie du Bébé. Editions Médecine et Hygiène, 363-391.

Platt, A. (1981). *Los protectores del niño*. Siglo XXI. México.

Platt, A. (1982). *Los salvadores del niño o la invención de la delincuencia infanto-juvenil*. Siglo XXI. México.

Polaino-Lorente, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid. Morata.

Popper, Ch.W. (1989). "Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia", Sec II, Cap. 21, 641-722. En J. A. Talbott, R. E. Hales y S. C. Yudofsky. *Tratado de Psiquiatría*. The American Psychiatric Press. Ancora. Barcelona.

Porte, J.M. (1988). "Las capacidades del recién nacido". En Lebovici. *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Tomo I, 185-203. Biblioteca Nueva. Madrid.

Porte, M. et al. (1988). "Le retard psychomoteur du nourrisson: forme clinique de l'autisme". En B. Cramer. *Psychiatrie du Bébé*. Editions Médecine et Hygiène. Paris. 431-451.

Riedl, R. (1983). *Biología del conocimiento*. Labor Universitaria. Madrid.

Rallo, J. (1991). "Consecuencias psicológicas de la cesión familiar". *Ateneo de Madrid*. Madrid.

Ridruejo, P.; Medina, L. y Rubio, J. L. (1996). McGraw Hill Interamericana. Madrid.

Riegel, K. F. (1972). "Influence of economical and political ideologies on the development of developmental psychology". *Psychological Bulletin*, 78, 129-141.

Río del, M. J. (1985). "De Skinner a Moerk, paseo por el amor y la muerte". *Rev. Logop. Fonoaud.*, vol. 3, 150-153.

Rivero, M. (1994). "Influencia del habla materna en los inicios de la adquisición del lenguaje: Primeras palabras y primeros enunciados de una palabra". *Rev. Logop. Fonol. Audiol.* Vol. XIV, 3 148-155.

- Rivière, A. (1991). *Objetos con Mente*. Alianza editorial. Madrid.
- Rocheftort, Ch. (1977). *Los niños primero*. Anagrama. Barcelona.
- Rodríguez Santos, J. M. (1990). *La deficiencia auditiva: un enfoque cognitivo*. Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca. Salamanca.
- Rojas, L. (1992). *La ciudad y sus desafíos: Héroes y víctimas*. Espasa Hoy. Madrid.
- Rondal, J. A. (1988). "Estrategias de enseñanza adoptadas por los padres y aprendizaje del lenguaje". *Rev. Logp. Fon. Audiol.* Vol. III, 1 11-22.
- Rondal, J.A. (1990). *La interacción adulto-niño y la construcción del lenguaje*. Trillas, México.
- Roussounis, S.H. et al. (1993). "Five-year-follow-up of very low birthweight infants: neurological and psychological outcome". *Child care, health and development*. Vol. 19, nº 1, 45-59.
- Salapatek, P. (1975). "Pattern perception in early-infancy". En Cohen y Salapatek. *Infant-perception: from sensation to cognition*. Vol. 1, 123-144. Academic Press. New York.
- Salbreux, R., Robaey, Ph. y Ferrari, L. (1987). "Tonus musculaire, extensibilité et développement psychique: signe associé, cause ou conséquence ?". En B. Cramer. *Psychiatrie du Bébé*. Editions Médecine et Hygiène. Paris. 451-465.
- Sameroff, A. J., Seiffer, R.; Baldwin, A. y Baldwin, C. (1993). "Stability of intelligence from preschool to adolescence: The influence of social and family risk factors". *Child Development*, 64, 80-97.
- Sánchez Granjel, L. (1980). *Historia de la Pediatría Española*. AEP. Barcelona.
- Sander, L.W. (1987). "Vingt-cinq ans après: quelques réflexions sur le développement de la personnalité à long terme". En B. Cramer. *Psychiatrie du Bébé*. Editions Médecine et Hygiène. Paris. 497-515.
- Sarriá, E. y Maciá, A. (1990). *Metodología observacional y psicología evolutiva*, vol. I,

UNED. Madrid.

Sastre, D. (1990). "Reflexiones a propósito del desarrollo en España de la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado". *Salud*, nº 5, 121-133. Ministerio de Asuntos Sociales.

Saudubray, J.M. y Rapoport, D. (1988). "Manifestaciones psiquiátricas en las enfermedades hereditarias del metabolismo" En Lebovici. *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Tomo II, 303-347. Biblioteca Nueva. Madrid.

Schaffer, H. R. (1993). *El contexto sociofamiliar de la educación de la infancia*. Barcelona. M.E.C./ A. M. Rosa Sensat.

Scheerenberger, R.C. (1984). *Historia del Retraso Mental*. Servicio Internacional de Información sobre Subnormales (SIIS). San Sebastián.

Scherer, R. y Hocquenghem, G. (1979). *Álbum sistemático de la infancia*. Anagrama. Barcelona.

Secadas, F. (1988). *Escala Observacional del Desarrollo*. TEA, Madrid.

Serra Raventós, M. (1981). "Análisis funcional de la comunicación, la representación y el lenguaje". *Rev. Logp. Fonoaudiol.* 1, 18-31.

Servicio de Salud Mental de Villaverde (1994). *La Salud Mental en la Red de Atención a la Infancia*. Hospital 12 de Octubre. Área XI. Madrid.

Shapiro, T., M.D. Margaret, E. y Hertzig, E. (1989). "Crecimiento normal y desarrollo", Sec. I, Cap. 4, 91-120. En J. A. Talbott, R. E. Hales y S. C. Yudofsky. *Tratado de Psiquiatría*. The American Psychiatric Press. Ancora. Barcelona.

Siches, E. (1992). "Retraso del lenguaje y adquisición de la morfología". *Rev. Logp. Fon. Audiol.* Vol. XII, 1, 39-44.

Signoret, J.L. (1988). "Contribuciones de la Neuropsicología". En Lebovici. *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Tomo I, 105-112. Biblioteca Nueva. Madrid.

Siguán, M. (1984). *Estudios sobre psicología del lenguaje infantil*. Pirámide. Barcelona.

Siguán, M. (1983). *Metodología para el estudio del lenguaje de la infancia*. Edicions de la Universitat de Barcelona. Barcelona.

Slater, A. y Bremner, G. (1989). *Infant Development*. Lea. Hillsdale (USA).

Soulé, M. y Michaute, E. (1987). "Une politique globale et coordonnée de prevention très précoce". En B. Cramer. *Psychiatrie du Bébé*. Editions Médecine et Hygiène, 241-257.

Soulé, M.; Lauzanne, K. (1988). "La carencia de cuidados maternos y sus efectos". En Lebovici. *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Tomo VI. Biblioteca Nueva. Madrid.

Spitz, R. (1969). *La masturbación en el niño*. Proteo. Buenos Aires. Argentina.

Sprung, H. y Sprung, L. (1991). "Reflexiones metodológicas y argumentaciones temáticas acerca de la historiografía de la psicología. A propósito de la historia de la psicología en Berlín". *Revista de Historia de la Psicología*, 12, 1-10.

Stern, D. (1991). *El mundo interpersonal del infante. Perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Paidós. Buenos Aires.

Stern, D. (1977). *La primera relación madre-hijo*. Morata. Madrid.

Sternberg, R. J. y Okagaki, L. (1989). "Continuity and discontinuity in intellectual development are not a matter of "either-or" ". *Human Development*, 32, 128-166.

Tarjan, G. (1986). "La prevención del retardo mental: Un prólogo y visión general". *Siglo Cero*, nº 108, 18-25.

Thevenet, A. (1986). *L'aide sociale aujurd'hui après la descentralisation*. E.S.F. Paris.

Trevarthen, C. (1991). "Emotions in Protoconversation; Communication of Emotions in Infancy". *Jornadas de Avances en el Campo de la Atención Temprana*. Ministerio de Asuntos Sociales; Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid.

Tronick, E., Als, H. y Brazelton, T.B. (1979). *Early Development of neonatal and behavior in Human Growth*. Vol. 3, 305-328. Falkner and S.M. Tanner (Eds). Plenum Press. New

York.

U.N.I.C.E.F. (1989). *UNICEF annual report*. UNICEF. New York (USA).

Valenzuela, C.E. (1992). "Estudio descriptivo sobre estilos de crianza empleados por padres de niños con dotación intelectual superior". *Niños*. Vol. 27, nº 74, 11-14.

Varios (1994). *Detección de deficiencias y Estimulación Temprana. Guía profesional para orientar a padres*. Junta de Castilla y León. Madrid.

Varios (1991). *Guía para la detección precoz de las deficiencias del recién nacido y del niño*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

Varios (1990). *Curso de prevención de deficiencias. Serie Documentos 33/92*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

Varios (1990). *Documento sobre criterios básicos de Salud Materno-Infantil*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

Vega, J. L. (1985). "Aspectos teóricos de la intervención". En *Psicología Evolutiva*. Vol. 3. UNED. Madrid.

Vila, I. (1984). "Del gesto a la palabra. Una explicación funcional". En J. Palacios, A. Marchesi y M. Carretero (Comp). *Psicología Evolutiva*, Vol. 2. Alianza Editorial. Madrid.

Vila, I. (1991). "Perspectivas funcionalistas en el estudio de la adquisición del lenguaje. *Rev. Logp. Fon. Audiol.* Vol. XI, 3, 165-169.

Vila, I. (1990). *Adquisición y desarrollo del lenguaje*. Graó. Barcelona.

Villa, I. et al. (1992). *Desarrollo y estimulación del niño durante los tres primeros años de vida*. Universidad de Navarra. Pamplona.

Villar, A. (1990). "Salud Mental Infanto-Juvenil en la atención precoz y las escuelas infantiles". *Ponencia en el Congreso Internacional de Educación Infantil*. Madrid 1989. Consejería de Educación. Comunidad de Madrid. Tomo I, 113-123.

Vor Bertalanffy, L. (1991). *Teoría personal de los sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.

Vuori, H. (1985): "Atención Primaria de Salud en Europa: problemas y soluciones". *Salud 2000*, 1, 21-28.

Vurpillot, E. (1972). *Les perceptions du nourrisson*. P.U.F. Paris.

Wellman, H. (1995). *Desarrollo de la teoría del pensamiento en los niños*. Desclée de Bronwer, S. A. Bilbao.

Wolff, P.H. y Ferber, R. (1979). "The development behavior in human infants, premature and newborn". *Annual Review of Neurosciences*, nº 2, 291-307.

Young, J.Z. (1986). *Los programas del cerebro humano*. Fondo de Cultura Económica, México.