

La atención al discapacitado en la Diputación de Castellón

OTO LUQUE I AIGÜES

Director técnico de los Servicios Socioeducativos. Diputació de Castelló.

La orientación seguida por los distintos centros y servicios socioeducativos (en particular, aquí, los que se refieren a la atención específica de minusvalías psíquicas y auditivas) se ha venido caracterizando por la progresiva modernización en los planteamientos y en el incremento en cuanto a las dotaciones personales técnicas y económicas que requieran de acuerdo con la demanda social. En lo que se refiere a los Servicios de Atención Precoz y Discapacidades Auditivas, hay que decir del primero que es un servicio de nueva creación en fase de consolidación, con una demostrada utilidad, y del segundo, que obedece a una radical modificación en la tradicional atención a los «sordos» que venía desarrollando la Diputación. En ambos casos prima la profesionalización de los programas en cuanto al diagnóstico temprano y el desarrollo de programas individualizados, que se orientan a la integración racional de los individuos y al correcto acomodo a sus condiciones intelectuales y habilidades personales.

Un estudio previo a la realización de cualquier acción constituyó un estudio pormenorizado y profundo sobre la situación del sector al cual se dirige la Educación Especial, así como de sus objetivos y metodología a utilizar, todo esto, por supuesto, dentro del ámbito de competencias asumido por la Diputación Provincial. Aquí situaremos las campañas de detección temprana de discapacidades psíquicas y sensoriales, así como la campaña de censo provincial de discapacidades. En este estudio vendríamos a situar la racionalización del sector, con un cuidadoso análisis de necesidades y recursos. En este punto se ha considerado un objetivo a conseguir el más eficaz apro-

vechamiento de los servicios y dependencias actualmente existentes, de acuerdo con criterios técnicos. Y todo este proceso se realiza orientado a la reducción del gasto y su reinversión en servicios de nueva creación o mejoramiento de los ya existentes.

Otro aspecto que viene a caracterizar a este proyecto es la necesidad de actuar de acuerdo con un criterio básico de coordinación por parte de todos los estamentos implicados en el proceso educativo especializado, y como parte de esta dinámica se busca globalizar recursos. Ello, sin duda, se llevará a cabo dentro de los criterios emanados de la Dirección General de Enseñanzas Básicas y Especiales, así como de la Dirección General de Servicios Sociales de la Generalitat Valenciana.

De otro lado, habría que destacar la orientación general de este proyecto, que se enmarcaría en el proceso de normalización progresiva del niño diferente desde un enfoque interdisciplinar en los ámbitos sociolaboral y escolar.

Asimismo, merece destacarse que la Educación Especial no estará referida a minusválidos psíquicos (en sus diferentes grados y niveles) únicamente, sino que se pretende completar con un cuadro de atención a los minusválidos en su conjunto, comprendiendo las diferencias sensoriales (auditivas, visuales...), así como las físicas, todo ello, claro está, dentro de un concepto alternativo de «niño diferente», y con una voluntad clara: su integración racional y su potenciación de capacidades y habilidades auditivas y visuales. De otro lado, hay que destacar el estudio diagnóstico de la población escolarizada y su redistribución según criterios de integración racional y sectorización.

Como una consecuencia necesaria derivada de estos criterios básicos de actuación anteriormente expuestos, se considera un aspecto prioritario la necesidad de descentralización, a través de la reconversión y adaptación de los servicios según necesidades del sector, con la conjunción de esfuerzos y coordinación de estamentos implicados (mancomunidades de ayuntamientos, asociaciones privadas...), como ya habíamos apuntado dentro del marco general de las direcciones generales respectivas de nuestra Generalitat.

De forma esquemática y breve indicaremos que la política de atención al minusválido o discapacitado se ha centrado a nivel de prevención y, en general, previo a la escolarización en la realización de campañas de detección y sensibilización en coordinación con instancias sanitarias fundamentalmente y los servicios ambulatorios de rehabilitación.

En el nivel escolar ha habido una radical transformación con el criterio de diagnóstico y reubicación de la población escolar atendida. Hemos procedido a una integración progresiva en los distintos niveles escolares según grados y tipos de discapacidad, y gracias a la colaboración con la Conselleria de Educación y Cultura hemos avanzado hacia la plena sectorización y la creación de recursos en los distintos centros específicos (donde se escolariza estrictamente aquellos casos que requieren atención especial y no pueden ser integrados a otros niveles de escolarización).

En los niveles de edad no escolar hemos puesto en marcha de forma experimental líneas de Formación Profesional Especial y Adaptada, para los casos de mejor nivel de habilidad personal e intelectual con adaptación al medio, y para aquellos otros casos están en marcha proyectos de centros residenciales y atencionales. Igualmente, la creación de recursos a nivel comarcal de centros ocupacionales (en las comarcas del Baix Maestrat y en La Plana Alta y La Plana Baixa), junto a la concertación con otros centros ocupacionales ya existentes y planes de ayudas a través de la coordinación con los Servicios Sociales de la Generalitat Valenciana, es otro de los ámbitos conseguidos.

Esto se completa con los proyectos de centros de empleo protegido y cooperativas de padres, iniciativas éstas en fase de estudio, a las cuales Diputación da soporte y colaboración.

Excma. Diputación Provincial de Castellón

Servicio de Atención a las Discapacidades Auditivas

ENTREVISTA REALIZADA A:

J. Arturo Aragón Babiloni, técnico-coordinador, y a **Ana María Parra Fuentes**, logopeda.

COMPONEN DICHO SERVICIO:

Sofía Herráez Martín. Logopeda.
Ana Gómez Navarro. Profesora de aula.
Paz Dols Moreno. Profesora de aula.
Andrés Fernández Lorenzo. Profesor de aula.
Amelia Gallo-Alcántara Gordo. Profesora de aula.

mente, es decir, atención a los discapacitados auditivos en aulas específicas.

Hasta este momento, únicamente se atendían alumnos en edades superiores a los 6 años y, en el curso 80-81, viendo la necesidad de atender en edad más temprana a los niños, se pensó en crear un aula para niños de 3 a 5 años. Dado que en el Centro de Atención al Menor del Complejo había una guardería con niños de 3 y 4 años, se consideró este el lugar más idóneo para la ubicación del aula, ya que con ello lográbamos, desde el inicio de su escolarización, un contacto periódico con alumnos normo-oyentes.

En el curso 84-85, con el objetivo de normalizar la situación de los alumnos discapacitados auditivos de 3 a 5 años, se lleva a cabo la reestructuración de la guardería. Los alumnos se integran, según edad, en las aulas ordinarias, recibiendo las atenciones específicas a

¿Qué es el Servicio de Atención a las Discapacidades Auditivas?

Es un servicio que, dependiente de la Excelentísima Diputación de Castellón, ubicado en el Complejo Socio-Educativo de Penyeta Roja e integrado en su estructura orgánica, atiende a los alumnos con discapacidades auditivas del citado complejo, es el responsable de efectuar el seguimiento de los alumnos que han sido integrados y de la revisión y posterior ubicación de los discapacitados auditivos detectados en las distintas comarcas de la provincia de Castellón.

¿Cuándo se creó el servicio y cuáles han sido sus funciones y áreas de actuación hasta el presente?

La creación del servicio como tal es relativamente reciente, aunque la atención al discapacitado auditivo se remonta, en la Excelentísima Diputación de Castellón, a más de un siglo, en el antiguo emplazamiento de la Plaza de



Fadrell (Casa de Beneficencia).

En el curso escolar 79-80, el centro cambia de emplazamiento y se traslada al actual, Penyeta Roja, permaneciendo durante un corto período de tiempo con la misma estructura que anterior-

su déficit en sesiones individuales o en pequeño grupo.

Y finalmente, en el curso actual 85-86, y siendo que el Centro de Atención al Menor del Complejo cuenta también con un Departamento de Lactancia (0-3 años), se atiende al discapacitado auditivo

desde el mismo momento de su detección, factor este decisivo, dado que recibirá una estimulación precoz, para su futura escolarización.

El pasado 25 de abril se creó oficialmente el Servicio de Atención a las Discapacidades Auditivas en su actual estructura, aunque, como hemos indicado, se ha llegado a este punto después de un largo proceso de reestructuraciones continuas.

En la actualidad el servicio comprende las siguientes áreas de actuación:

— Centro de Discapacidades Auditivas (específico).

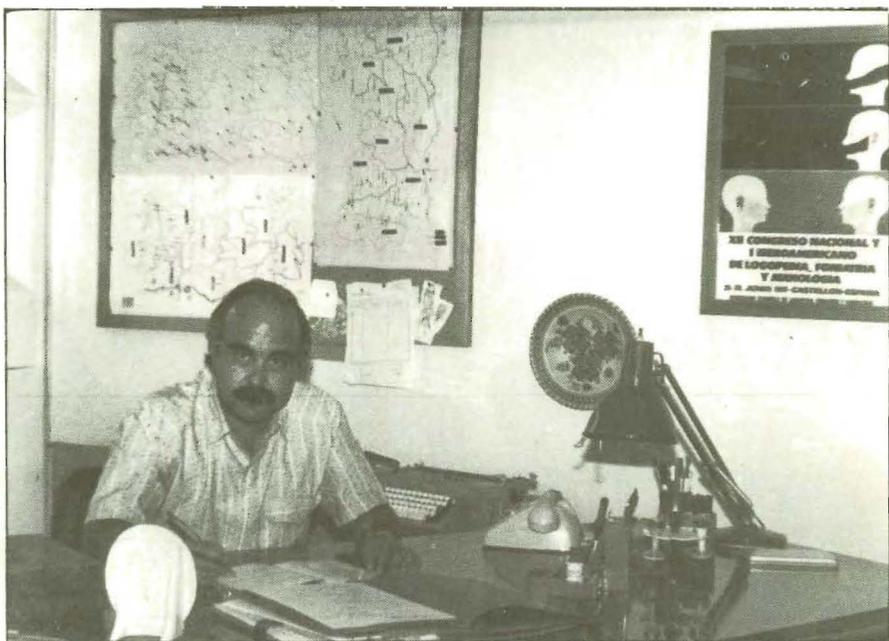
— Atención a los alumnos discapacitados auditivos en las secciones de:

Departamento de Lactancia.

Departamento de Guardería.

Centro de Enseñanza General Básica.

Alumnos discapacitados auditivos integrados en centros de EGB de la provincia.



son las propias de cada uno de ellos.

¿Cuál es la experiencia en integración escolar que tiene el servicio?

Es relativamente larga, ya que a partir del curso 80-81 se han venido integrando en aulas ordinarias de centros de EGB de la provincia alumnos atendidos originariamente en el servicio, aunque, bien es verdad, no con los apoyos técnicos y seguimiento que reciben los alumnos integrados recientemente.

En el presente curso escolar, y como consecuencia del proceso llevado a cabo hasta la actualidad, se han integrado alumnos en centros ordinarios de su localidad con el adecuado apoyo técnico (logopeda y profesor de apoyo), a cargo de personal de la Conselleria de Cultura, Educación y Ciencia y el seguimiento a cargo del personal del servicio. Por otra parte, se han integrado alumnos en el centro de EGB del Complejo Penyeta Roja, debido a que este paso se considera, en algunos casos, imprescindible para su mejor integración posterior en el centro que le corresponda. Lógicamente, el apoyo técni-

co y el seguimiento corre a cargo del personal del servicio.

Estos alumnos realmente no se han integrado, sino que han continuado la situación normalizada que tenían anteriormente en la guardería.

Asimismo, se han integrado alumnos del centro específico en Formación Profesional y Aprendizaje de Tareas del Complejo, recibiendo apoyo técnico y seguimiento por parte del personal del servicio.

Debido a que el objetivo primordial del servicio es la integración, los alumnos del centro específico llevan a cabo actividades conjuntas con los alumnos del Centro de EGB, tales como extraescolares, tiempo libre, educación física, talleres, etcétera. Además los alumnos del aula de primer nivel realizan las actividades de plástica, pretecnología, dramatización, etcétera, conjuntamente con los alumnos del Ciclo Inicial del Centro de EGB.

¿Con qué personal técnico cuenta el servicio y cuáles son sus funciones?

El servicio cuenta con personal técnico dedicado exclusivamente a la atención de los discapacitados auditivos y de personal que incide, en mayor o menor grado, en estos alumnos, aunque no está dedicado exclusivamente a ellos.

Como personal exclusivo el servicio cuenta con cuatro profesores de aula en el centro específico; con dos logopedas, una atendiendo a los alumnos del centro específico y otra atendiendo a los alumnos de lactancia, guardería y EGB, con un técnico del Departamento de Diagnóstico y Orientación como coordinador de los distintos ámbitos y áreas del servicio.

Los servicios concurrentes al de discapacitados auditivos son el Departamento de Diagnóstico y Orientación, el de Educación Física, el de Fisioterapia y el de Talleres Formativos, cuyas funciones

Anteriormente se ha dicho que el servicio atiende a discapacitados auditivos desde el momento de su detección. ¿Qué proceso se sigue para esta detección?

Normalmente los padres, cuando el niño llega a una cierta edad, se dan cuenta de que no responde a estímulos sonoros o, en el peor de los casos, llega a cierta edad sin hablar. Entonces acuden al otorrino que diagnostica la deficiencia auditiva. Una vez diagnosticado el niño, si se considera que necesita una atención especializada, el médico lo remite al servicio en la mayor parte de los casos. En ocasiones los padres, que por cualquier circunstancia conocen la existencia del servicio, acuden directamente al mismo. En este caso se les hace el diagnóstico audiológico que debe ser previo a cualquier acción posterior.

Desde finales del curso anterior se está llevando a cabo una campaña de detección de deficientes auditivos, similar a la del IVAF, cuyo objetivo fundamental es conocer la población con problemas de audición, para, una vez conocida, poner en marcha los mecanismos necesarios a cada caso. Además servirá para conocer la realidad en cada zona, teniendo entonces la posibilidad de racionalizar los recursos.

Hemos observado que se han mencionado servicios dependientes de otros organismos. ¿Qué relación mantiene el servicio con los mismos?

En este campo existe una coordinación prácticamente total en los organismos que de alguna forma inciden en el mismo.

Con el INSALUD, dado que el Servicio de Otorrinolaringología de la Residencia del Sagrado Corazón de Castellón, que tras mantener contactos con el director de la misma y con los miembros del servicio, revisan a todos los detectados en la campaña mencionada. Con la Conselleria de Cultura, Educación y Ciencia, dado que, además de colaborar activamente en la detección de casos a través de los SPEs, colabora estrechamente con el servi-



cio en la integración de los discapacitados auditivos en centros ordinarios, aportando, además, el apoyo técnico necesario.

¿Qué valoración se puede hacer de la experiencia de integración?

En principio, totalmente positiva. A través del seguimiento llevado a cabo se ha podido constatar, opinión que ratifican los profesionales en contacto diario con los alumnos integrados, que la evolución de todos los casos ha sido favorable. Los niños se han adaptado perfectamente a la marcha general de los centros y a la específica de las aulas y han sido aceptados desde el primer momento por todos los integrantes de la comunidad escolar. Quiero resaltar que no hemos

tenido ningún problema para integrar a los niños, es más, me atrevería a decir que hasta el momento todo han sido facilidades.

¿Qué contactos mantiene el servicio con otros de la Comunidad Autónoma y del resto del Estado?

Además de los anteriormente mencionados, se mantienen contactos periódicos con el IVAF de la Diputación de Valencia, con el Gabinete Psicopedagógico de la Caixa de Barcelona, así como con profesionales del Hospital de San Juan de Dios, Hospital de Nuestra Señora del Mar, el de la Santa Cruz y San Pablo y, en general, a través de la Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología, con profesionales de todo el Estado.

Servicio de Atención Precoz

ENTREVISTA REALIZADA A:

Marta Vicent Huguet y Mercedes Ferrer Castelló,
psicólogas y profesoras de Pedagogía Terapéutica

b) Mejorar la interrelación afectiva y emocional padre-hijo, a través de un programa de orientación familiar que integre a los padres en la tarea educativa de sus hijos.

2) ¿A quién va dirigida la atención precoz?

Va dirigida a los niños considerados de alto riesgo, es decir, aquellos niños que corren el riesgo de ver afectado el curso de su desarrollo por causas de origen prena-

1) ¿Qué justifica y qué es la atención precoz?

Partimos del hecho evidente de que, a pesar de los grandes avances de la ciencia médica, seguimos encontrando un porcentaje cada vez más elevado de subnormalidad, que se vería paliada con un tratamiento precoz en el período neonatal.

La prevención del retardo en el desarrollo puede y debe hacerse actuando sobre las diversas causas que pueden producir discapacidades, pero cuando no se logra este cometido debemos actuar iniciando un tratamiento de estimulación precoz. Tratamiento que, dadas las características del sistema nervioso, será más eficaz cuanto más precozmente se plantee, ya que en la primera etapa del desarrollo el cerebro presenta una mayor plasticidad y existen trabajos a nivel mundial que demuestran que la estimulación mejora la arborización dendrítica cerebral, incrementando el desarrollo de funciones tanto psíquicas como motóricas.

La atención precoz parte, en esencia, del hecho científicamente demostrado de que para que se produzca un desarrollo normal físico e intelectual es necesario estimular adecuadamente al organismo durante su período de crecimiento, es decir, du-



rante los primeros años de la vida del niño, de 0 a 3 años de edad. Así entendemos por atención precoz una presentación ordenada y continuada de estímulos que favorecen el máximo desarrollo de las posibilidades físicas e intelectuales del niño, con el fin de conseguir que su evolución sea lo más parecida posible a la del niño considerado normal. Para ello se establecen dos objetivos generales:

a) Ofrecer al niño un ambiente rico en estímulos para conseguir su máximo desarrollo motor, perceptivo-cognitivo, de lenguaje social.

tal, natal o postnatal. Se agrupan en dos niveles, que requieren distinto tipo de intervención:

a) Asistencial o de tratamiento: dirigido a niños cuyo desarrollo va a llevar aparejado necesariamente cierto grado de retraso mental: Síndrome de Down, alteraciones metabólicas, hidrocefalia, macrocefalia, alteraciones neurológicas, secuelas de infecciones postnatales graves, etcétera.

b) De prevención, dirigida a niños en principio «normales», pero cuyo desarrollo puede verse afectado por

causas de riesgo tanto físicas como ambientales: bebés de ambientes socioeconómicos y culturales muy bajos, con problemas de desnutrición, niños de madres muy jóvenes o de mucha edad, prematuros, de bajo o excesivo peso al nacer, con sufrimiento fetal, anoxia, etcétera.

3) ¿Qué es el Servicio de Atención Precoz?

La Diputación Provincial de Castellón realiza una labor en el campo de la Educación Especial atendiendo a las necesidades de formación, asistencia y educación de niños con discapacidades psíquicas en edad escolar y de adultos en talleres ocupacionales. Quedaba pues por cubrir un vacío importante: la prevención y tratamiento de deficiencias psíquicas en la primera infancia, que sin duda revertiría en una mejora de la población afectada y de la sociedad en general. Vista la necesidad de este tipo de atención y conociendo la carencia de la misma en la provincia de Castellón, la Diputación puso en marcha, en mayo de 1984 y en régimen de experiencia piloto, este Servicio de Atención Precoz. Se trata de un servicio profesional especializado en el diagnóstico y tratamiento psicopedagógico de niños con retraso en el desarrollo durante la etapa comprendida entre el nacimiento y los 3 años, con el objetivo de mejorar su desarrollo global (intelectual, motor, emocional) y su adaptación social.

Desde un principio, este servicio tuvo dos campos de actuación. Por una parte, la atención a los niños acogidos en régimen de internado y media pensión en el Departamento de Lactancia de Penya Roja, por tratarse de niños de alto riesgo ambiental. Por otra, la atención en régimen ambulatorio a niños de 0 a 3 años de la provincia de Castellón que sufren alguna patología psíquica evidente o con riesgo de padecerla.

Desde su puesta en marcha llevamos el servicio dos psicólogas, profesoras de Pedagogía Terapéutica, realizando la labor de diagnóstico, tratamiento, orientación y seguimiento. Para el próximo año contaremos con especialistas en Fisioterapia y Logopedia, completando así la cobertura asistencial y el enfoque multidisciplinario que un Equipo de Atención Precoz debe ofrecer.

4) Queda claro, pues, que el Servicio de Atención Precoz cubre la asistencia en el aspecto psicológico. ¿Qué ocurre con la asistencia médica?

Este es un tema muy importante. Por una parte, porque el desarrollo psíquico y físico no pueden considerarse por separado, y por otra, porque un gran número de niños discapacitados o con riesgo de serlo presentan o pueden presentar problemas de salud, en el crecimiento, neurológicos, motores, visuales y auditivos, etcétera, que requieren un control y seguimiento médico.

Considerando este tema esencial y teniendo en cuenta la importancia de la detección temprana de las deficiencias psíquicas, vimos la necesidad de contactar y coordinar nuestro trabajo con la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social de Castellón, donde nacen el 80% de los niños de la provincia y se controla la evolución clínica de los niños con problemas. Esta coordinación es especialmente significativa con: Servicio de Neonatología (Dr. Ramón Aguilera), ya que este servicio atiende todos aquellos nacimientos patológicos o de riesgo, que serán remitidos posteriormente a nuestro servicio para realizar el diagnóstico psicológico y el tratamiento de estimulación precoz oportuno. También el Servicio de Rehabilitación y Pediatría de este centro hospitalario remite a este servicio todos aquellos casos que por su problemática requieren de un diagnóstico o asistencia psicológica.

Se realizan reuniones periódicas con el fin de aunar la información médica y psicológica e incidir coordinadamente en el mejor desarrollo global del niño atendido.

5) Realmente, esta cobertura sanitaria y psicológica así coordinada supone un paso adelante en el tema de la prevención de las discapacidades. ¿Qué creéis que faltaría por hacer?

Otro camino para conseguir una prevención efectiva es que todas aquellas personas o instituciones que tienen relación con esta primera etapa de la vida del niño conozcan y tengan información sobre los recursos asistenciales a los que pueden dirigirse. Así, en el curso 84-85 llevamos a cabo una campaña informativa editando un folleto explicativo dirigido a la sociedad en general, pero más concretamente a pediatras, parvularios o escuelas infantiles, hospitales y maternidades, ayuntamientos, con la finalidad de que la detección y derivación de los casos necesitados de atención precoz fuera eficaz. También se mantiene contacto con el Centro base de la Delegación Territorial de Servicios Sociales, los Gabinetes Municipales de la provincia, guarderías del INAS, etcétera, con el mismo fin.

Desde un planteamiento más amplio, vemos la necesidad de que la Administración, y más concretamente Sanidad, tomen conciencia de la importancia de una prevención temprana, incluyendo en los centros hospitalarios servicios de diagnóstico y orientación psicológica que detecten y deriven los casos hacia los recursos adecuados. Habría que decir también que la Estimulación Precoz en España sólo lleva aplicándose unos diez años, y de una forma desorganizada, ya que no existe a nivel institucional una planificación ni una normativa que regule los recursos y cubra las necesidades en este campo asistencial.

6) ¿Cuál es vuestra metodología de trabajo?

Nos basamos teóricamente en la Psicología Evolutiva, Psicología Neurológica y Psicología del Aprendizaje.

Es común a los dos campos de aplicación (lactancia y tratamiento ambulatorio): 1) El diagnóstico inicial, detectando, estudiando y analizando los desajustes o retardos; utilizando como material: la entrevista directa con los padres, historiales y diagnósticos médicos, información de la maestra; auxiliares y asistente social, en el caso de niños de lactancia, aplicación de las Escalas de Desarrollo Bayley, Brunet-Lezine y Gesell, y observación directa. 2) El seguimiento, ya que para controlar la evolución se realizan estudios diagnósticos en las siguientes etapas: 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 30 y 36 meses. 3) La programación de objetivos comportamentales a estimular a partir de los datos que ofrece el estudio del nivel de desarrollo del niño, respetando la evolución progresiva de los mismos y el ritmo individual de cada uno.

El Departamento de Lactancia está atendido pedagógicamente por una maestra, colaborando también las auxiliares, y sanitariamente por un pediatra. Las tareas que realiza el Servicio de Atención Precoz son las siguientes: diagnóstico inicial y seguimiento de todos los niños acogidos; detección y selección de los niños que debido a su problemática especial, y en base al diagnóstico realizado, precisan de una atención precoz; tratamiento individualizado de estimulación a los niños seleccionados en sesiones de dos horas semanales; entrega de informes y orientaciones psicológicas y pedagógicas a la maestra del departamento; diagnóstico final y orientaciones sobre los niños que cada año pasan al parvulario.

En la asistencia a niños con discapacidades en régi-

men ambulatorio, todo niño que viene al servicio ha sido explorado neurológicamente y médicamente, por lo tanto contamos con un diagnóstico de estos niveles. Se comienza con la entrevista inicial de los padres, elaborando un diagnóstico funcional y descriptivo de la realidad del niño y su ambiente en ese momento. A partir de esto se inicia el tratamiento propiamente dicho, elaborando un programa que trata de ayudar al niño a superar aquellas etapas que no podría superar espontáneamente o tardaría mucho más tiempo en hacerlo. Semanalmente, el niño asiste durante una hora a la sesión de esti-

Aunque hay que procurar que todas las actividades de la vida diaria estén encaminadas a conseguir los fines que se pretenden, aconsejamos a los padres realizar en casa, en sesiones cortas, los programas establecidos en todas las áreas, consiguiendo así un diálogo y conocimiento más preciso de las dificultades y progresos del niño. Semanalmente los padres valorarán la realización de dichos comportamientos rellenando un sencillo registro.

Entre los dos y tres años de edad, aconsejamos a los padres que lleven a los niños a parvularios con el fin de co-



mulación en la que están presentes siempre los padres. Al término se entrega a los padres por escrito el programa de objetivos comportamentales a estimular y las orientaciones precisas sobre actividades o formas de conseguirlo. Se orienta sobre las posturas en las que ha de mantenerse el niño, la forma de levantarlo y trasladarlo, ámbito físico y condiciones en las que se debe llevar a cabo el programa, tipos de esfuerzo, frecuencias, hábitos, etcétera.

menzar a ayudarle en la relación y adaptación social. En esta nueva etapa procuramos la coordinación estrecha entre parvulario, familia y el servicio, llevando conjuntamente el mismo programa de estimulación.

En este aspecto, queremos resaltar una realidad que está influyendo negativamente en una mayor y continuada efectividad del tratamiento precoz: la mayoría de parvularios o escuelas infantiles atienden las necesidades básicas en alimentación, higiene y

cuidados físicos, pero no cultivan ni estimulan el desarrollo psicológico por falta de conocimiento del mismo y de medios materiales y profesionales. Por ello, cada vez se hace más necesaria una normativa educativa que contemple y proteja el desarrollo de los niños de la primera infancia.

7) ¿Qué papel tiene la familia en la estimulación precoz?

El papel de la familia, más en concreto de los padres, en la estimulación precoz de su hijo es esencial e insustituible. Los padres, con su dedicación cotidiana y su afecto, son los principales y mejores estimuladores.

Entre los padres y profesionales que se ocupan del niño debe existir una estrecha colaboración. No hay estimulación eficaz sin este requisito. Ambas partes deben confiar plenamente entre sí, para emprender una tarea que será realmente positiva si hay unos padres dispuestos a participar aportando ideas, sugerencias y vivencias personales, convirtiendo así la estimulación en una labor común.

8) ¿Qué características tienen los niños que atendéis?

Los niños del Departamento de Lactancia son niños de alto riesgo ambiental: familias de nivel cultural y socioeconómico bajo, con problemas de desempleo, alcoholismo, delincuencia, prostitución, enfermedad mental, separación y promiscuidad; casos de malos tratos físicos (falta de cuidados básicos, higiene, alimentación, etcétera) y psicológicos (rechazo afectivo, abandono). Atendiéndose a veinte niños de 0 a 3 años de edad.

En tratamiento ambulatorio se atiende a un total de 24 niños, presentando las siguientes patologías: 18 niños

con Síndrome de Down; 1 con Trisomía parcial 22; 5 con afecciones neurológicas: lesiones cerebrales.

En seguimiento ambulatorio, a un total de 17 niños. Este seguimiento consiste en un diagnóstico continuado en las etapas antes citadas, con el fin de detectar y prevenir a tiempo posibles discapacidades. Los agentes de riesgo que afectan a estos niños: 1 por artrogriposis múltiple congénita; 6 por privación ambiental; 9 por sufrimiento perinatal; 1 por rubeola.

Otro grupo de niños que nos son remitidos son diagnosticados y dados de alta al no observarse deficiencia alguna.

Desde mayo de 1984 llevamos diagnosticados un total de 84 niños.

meros meses de vida) y los niños que han llegado a partir de los dos años. Por lo que el tratamiento precoz es un método efectivo como prevención. Cuando obtengamos más datos, realizaremos un estudio más profundo sobre los distintos aspectos.

También, que la aceptación de las deficiencias del niño, la conciencia de que se le tiene que enseñar y ayudar, mejora la dinámica de relación entre padres e hijo y el proceso de aprendizaje.

10) ¿A qué nivel se encuentra la investigación en el campo de la estimulación precoz? ¿Lleváis algún tipo de trabajo de investigación en este campo?



9) ¿Qué resultados habéis observado?

A pesar del poco tiempo que llevamos en este campo, ya hemos podido observar diferencias significativas en la adaptación y niveles de desarrollo de los niños tratados precozmente (desde los pri-

Como hemos comentado, la incorporación de las técnicas de estimulación precoz en el tratamiento de los niños deficientes en los niños de nuestro país es algo reciente, y en materia de investigación hay todavía mucho por hacer. En otros países más adelantados en este tema, han aparecido un gran número de in-

investigaciones en las últimas décadas, tanto médicas como psicológicas, que señalan los efectos positivos de la detección y el tratamiento precoz de los problemas que pueden desembocar en retrasos del desarrollo infantil.

En España, los escasos trabajos realizados se han centrado en el caso concreto de los niños afectados de Síndrome de Down, estudiando la eficacia de los programas de estimulación precoz y las ventajas de una intervención a muy temprana edad (Villa-Elizaga, Sánchez Palacios, Candel). Todos ellos coinciden en señalar que los efectos de la estimulación precoz son positivos, no sólo porque se consigue un mayor cociente de desarrollo, sino también porque posibilitan un desarrollo global más armónico y una dinámica familiar más favorable, destacando también que esta eficacia va unida al inicio verdaderamente precoz del tratamiento.

En nuestro caso, hemos llevado a cabo, en colaboración con pediatras y neonatólogos de la Residencia de la Seguridad Social de Castellón, un trabajo de investigación que intenta conocer cuáles son las variables perinatales más significativas que pueden informar sobre el pronóstico de los niños de alto riesgo, relacionándolas con los datos de la exploración psicológica y clínica a largo plazo. Concretamente, se estudiaron un grupo de 28 niños a la edad de 6-7 años, correlacionando variables perinatales como la edad estacional, el peso al



nacimiento, el test de Apgar, la distocia y la evolución neurológica en la primera semana de vida, con los resultados obtenidos por estos niños en la escala MSCA y con un estado clínico y neurológico actual. Los resultados han coincidido con estudios de este tipo realizados en otros países, indicando como variables más significativas a nivel pronóstico: la valoración neurológica a los siete días de vida, seguida de la misma valoración a las cuarenta y ocho horas y del

test de Apgar a los cinco minutos de vida.

Creemos que este tipo de investigaciones longitudinales a medio y largo plazo son también muy necesarias en el campo de la estimulación precoz, ya que aportan una información muy valiosa respecto a la detección de tratamiento precoz de todos aquellos niños que pueden ver afectado su desarrollo por causas perinatales, y que supone un tanto por ciento muy elevado de los niños con discapacidades.