

LA FORMACIÓN DE PADRES COMO ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN PRIMARIA. UNA PROPUESTA DE ESTUDIO PRELIMINAR

Juan, M.J.

Estévez, C.

Inglés, C.

Universidad Miguel Hernández

Pérez-López, J.

Universidad de Murcia

RESUMEN

El objetivo de este estudio es plantear un programa de sensibilización para los futuros padres y madres, de manera que puedan ayudar a detectar problemas en el desarrollo normal de los niños de 0 a 2 años. Este trabajo parte de la premisa de que si mejoramos los conocimientos de los padres sobre el desarrollo de sus futuros niños/as (en cuanto a reconocer sus capacidades y sus habilidades), potenciaremos la detección precoz de problemas psicomotores que puedan ir surgiendo a lo largo de la evolución de sus hijos/as. Pretendemos desarrollar al máximo el concepto de Atención Temprana, no sólo como mero constructo de intervención en patologías (prevención terciaria), sino ampliándolo, tal y como lo avala el Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2000), a la prevención secundaria y sobre todo a la prevención primaria. Nos enmarcamos en un modelo ecológico y transaccional, lo cual justifica la intervención más allá del niño, y queremos potenciar y resaltar la necesidad de efectuar todo tipo de actuaciones preventivas. No obstante, este trabajo tendría especial incidencia en el ámbito de la prevención primaria, donde apenas existen hipótesis y trabajos. Supondrá un primer paso de muchos otros que se deberán ir planteando para conseguir iniciar un largo camino que nos lleve a la plenitud de los derechos del niño y a la consecución del concepto de salud.

PALABRAS CLAVE: Prevención primaria, Detección Precoz, Atención Primaria, Problemas en el desarrollo, Atención Temprana.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo parte de dos supuestos o hipótesis, por un lado que la sociedad, y más concretamente las personas que están efectuando la transición a la paternidad o la maternidad, apenas tiene información sobre los hitos evolutivos que marcan las diferencias entre el desarrollo normal y patológico en la infancia; y por otro lado, que también se desconocen cuáles son los criterios de calidad estimular para la correcta interacción con los niños/as y que favorecen un adecuado desarrollo sensoriomotor.

Así pues, creemos que resulta esencial proporcionar a los padres una información que les enseñe y anime a implicarse con sus hijos. En este sentido y bajo este prisma se elaboraron los “*criterios de calidad estimular para la población infantil de 0 a 3 años*” (VVAA, 2002). Como punto de partida, este documento se planteó *entender por “calidad estimular” la adecuación de los estímulos físicos y sociales que recibe el niño a sus capacidades, de tal forma que potencien su desarrollo global y armónico (p. 5)*. Con todo esto, no se pretende la aceleración del desarrollo infantil, sino que los progenitores y educadores sean capaces de adaptarse a las características de cada niño/a en todas y cada una de sus áreas de desarrollo. También se pretende incidir en la idea de que no hay *una* única calidad estimular, sino que ésta irá cambiando para adaptarse a las capacidades y necesidades concretas de cada niño, y que no está mejor estimulado aquel niño que simplemente cuenta con *más número* de estímulos a su disposición, sino el que los recibe de una manera más adaptada a esas necesidades, condiciones y características concretas. Es decir que la clave del adecuado ambiente estimular no está tanto en la cantidad cuanto en la calidad.

Desde la Academia Americana de Pediatría (1996), también se recomienda la evaluación del desarrollo psicomotor como un aspecto más dentro de los programas de seguimiento de salud infantil. En este sentido, las consultas pediátricas se convierten en un observatorio privilegiado para detectar problemas en el desarrollo de los niños. Sin embargo, siguen siendo muchos los trastornos que no llegan a ser observados en la consulta del pediatra pues se presentan de forma muy sutil (García Tornel, 1996) o aparecen a partir de los dos años. Esto, también es debido a que la mayoría, o al menos muchos de ellos, no tiene una etiología clara, por lo que también sería necesario conocer factores de riesgo (estilos parentales, consumo de sustancias y/o alcohol, tipología de las familias – monoparentales, homoparentales...-, edad de las madres, inmigración, apoyos sociales de los que se dispone,...) que puedan ayudar a pronosticar más claramente problemas en el desarrollo.

En cualquiera de los casos, nos estamos refiriendo a problemas en el desarrollo, y éstos están implicados directamente con la salud. Por ellos creemos importante desarrollar e incidir más sobre este concepto.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1985), la salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la mera ausencia de enfermedad o dolencia. Por lo que el “curar”, no se puede ni debe convertir, en el objetivo básico de los equipos sanitarios, sino que se debería actuar en muchos más ámbitos, tales como la detección y la prevención, situando esta última en sus tres niveles de implicación: Primaria, secundaria y terciaria.

En cuanto a la prevención primaria las intervenciones estarían enfocadas a proteger y promover la salud, en tanto en cuanto, procuren el bienestar del niño y de su familia; con ella se trata de *evitar* la aparición de cualquier problema. El objetivo de la prevención secundaria tendría que ser el de *detectar precozmente* cualquier tipo de enfermedad, patología, síntoma o riesgo de padecer cualquier trastorno. Y la prevención terciaria tendría que impulsar actuaciones biopsicosociales que paliaran situaciones de falta de salud; es decir con ella se trata de *remediar o mejorar* las condiciones de la enfermedad o patología.

Con este enfoque de salud, integrado en una concepción biopsicosocial, al niño y a su familia habría que propiciarles todas aquellas actuaciones que no sólo mejoren determinadas dimensiones del desarrollo (Berger y Thomson, 1999), como pudieran ser su crecimiento físico, una adecuada alimentación, unos adecuados hábitos de sueño,...; sino que, además, habría que evitar y poder detectar, posibles situaciones de riesgo que pudiesen poner en peligro la salud de nuestros niños y también la de sus familias. Es decir, que debemos tener la prevención y la detección como objetivo prioritario de nuestros planteamientos de intervención.

En 1975 Haggerty y colaboradores ya llamaron la atención sobre el hecho de que los trastornos del comportamiento, de desarrollo y de tipo psicosocial constituían la nueva morbilidad en pediatría (Haggerty y Roghman, 1975). Estudios posteriores han demostrado la alta prevalencia de estos problemas en la consulta de pediatría, más que las típicas dolencias de la infancia (Hickson y cols, 1983). En España, los estudios epidemiológicos señalan que en una población infantil de menos de 4 años entre el 7% y el 15% de los niños pueden presentar de forma permanente o transitoria alguna alteración o trastorno en su desarrollo psicomotor, y de ellos el 15% presentan una discapacidad permanente (Bugié y Lorente, 2003).

La supervisión de la salud constituye el eje principal y una herramienta fundamental en el seguimiento del crecimiento y desarrollo de un niño en edad pediátrica. No obstante, a lo largo de los años, esto ha ido variando hasta considerar al niño como parte

integral de una familia y un medio social y ambiental que lo rodea. Así, hoy en día y como se destaca en el trabajo de Cifuentes y Fanta (2006), una supervisión de salud completa, amplia y centrada en la familia, requiere que el niño sea visto en el contexto de la familia y que el cuidado de su salud se realice integrando tanto los aspectos de salud, como los educacionales y sociales.

En efecto, como destaca Pérez-López (2004), el ser humano se desarrolla en un ambiente social, y desde el momento del nacimiento el niño debe ser cuidado y protegido por los otros. Pero en el proceso de satisfacción de las necesidades biológicas que aseguran la supervivencia, los padres, mediante las emociones que expresan al niño, y mediante el contenido y la secuenciación de su conducta, podrían influir sobre las competencias emergentes de sus hijos a nivel cognitivo, lingüístico, social y emocional; por ello es importante conocer los patrones de desarrollo infantil.

Por otro lado, los modelos ecológico y transaccional también sugieren que los efectos de la atención temprana estarán mediatizados por estas interacciones adulto-niño (Dunst, 1993; Mahoney, Boyce, Fewell, Spiker y Wheeden, 1998). En este sentido, se ha comprobado que las intervenciones tempranas orientadas a modificar los patrones desadaptados o inadecuados de interacción han sido efectivas al mejorar el funcionamiento de la díada adulto-niño (Clark, Fedderly y Conlin, 1991; Lieberman, Weston y Pawl, 1991) y el posterior desarrollo cognitivo, social, y comunicativo (Achenbach, Phares, Howell, Rauh y Nurcombe, 1990). No obstante, aunque estas intervenciones son prometedoras, todavía hacen falta técnicas que detecten de una forma precoz, fiable y válida los signos o señales de los problemas existentes. En esta línea, un trabajo pionero de Barnard y colaboradores sugería que la observación de los padres y sus hijos en situaciones semiestructuradas de interacción como la alimentación, eran fiables y podían identificar a niños que presentaban riesgo de obtener resultados muy pobres en su desarrollo (Barnard, 1994; Farel, Freeman, Keenan y Huber, 1991). Sin embargo, todavía se evidencia la falta de programas preventivos y estructurados que vayan en esta línea.

Por ello, el objetivo de este trabajo, consiste en tratar elaborar un programa de prevención de los problemas de desarrollo infantil basado en un programa educacional para padres, que mejore las habilidades de éstos y propicie un entorno de estimulación óptimo para sus hijos, en el que se potencien al máximo las capacidades de los niños, pero que a su vez, sirva para enseñar a los padres habilidades y capacidades que les sirvan para detectar, lo más tempranamente posible, cualquier indicio de retraso evolutivo en sus bebés.

Consideramos que el desarrollo es un proceso complejo y dinámico de interacción continua entre el niño y el mundo que le rodea (Sameroff y Fiese, 2000) y que, generalmente, se produce de forma predecible con el entorno (Papalia, Olds y Felman, 2001). Este proceso ocurre a través de estadios en los que los superiores se adquieren

cuando ya se han alcanzado los inferiores. Sin embargo esta evolución no es continua sino que tiene reorganizaciones, en todas las áreas del desarrollo. Estas áreas, a su vez, están interrelacionadas, de modo que la afectación en una, puede repercutir en la otras (García Tornell, 1996). Es decir, cualquier alteración en este proceso de desarrollo, marcado por limitaciones en las capacidades básicas del niño o por problemas en su entorno familiar, puede entorpecer o estancar su ritmo de maduración normal. En estos casos, la identificación e intervención temprana se hace imprescindible para normalizar, prevenir o paliar estos problemas.

Por todo expuesto hasta ahora, creemos que se hace necesario, y cada vez más, que pensemos en los padres y madres como agentes activos para la detección de problemas del desarrollo. Muchos estudios ya han demostrado que los progenitores son muy útiles para detectar problemas que requieren una evaluación más precisa o una observación más detallada de sus propios hijos (Thompson y cols, 1991; Glascoe y MacLean, 1990, 1991; García Tornell y Reuter, 1996), y evidentemente para crear entornos de estimulación adecuados que puedan optimizar el desarrollo del niño.

Hay que tratar es de mejorar el entorno de desarrollo del niño, aprovechando los momentos cotidianos y naturales para fomentar la calidad de la interacción entre el adulto y el niño. Pensamos que el buen establecimiento de las primeras relaciones padres-hijos son piedra angular para el desarrollo posterior del niño.

Con nuestro trabajo, queremos contribuir a mejorar las habilidades de los padres en el desempeño de estas labores de prevención o evitación, detección y estimulación de sus niños/as, a través de su incorporación en un programa de formación en desarrollo infantil y calidad estimular. Estamos convencidos de que con ello no sólo mejorarán las habilidades y capacidades sensoriomotoras de los niños, sino que propiciarán unas mejores condiciones de crianza para sus hijos, y también se mejorará la percepción que tienen los padres sobre su propia eficacia para cubrir todos estos objetivos.

En resumen, el objetivo prioritario de este trabajo consiste en elaborar un programa de prevención de problemas del desarrollo en la infancia, a través de la formación de padres en desarrollo infantil, identificación de señales de alerta y calidad estimular.

MÉTODO

Participantes

Para llevar a cabo nuestro objetivo, debemos elegir una muestra representativa y que reúna una serie de requisitos. En este sentido, el programa se efectuará sólo con *madres y padres primerizos* (para asegurarnos de que no estén contaminados por expe-

riencias previas), también trataremos que sea una muestra lo más homogénea posible y que las futuras madres se encuentren en el tercer trimestre del embarazo.

Se seleccionarán dos grupos al azar (control y experimental) en un Centro de Salud de la Red Pública Sanitaria de la Provincia de Alicante que esté realizando los cursos de preparación al parto, habiendo revisado previamente que en la programación de los cursos no tengan ningún tipo de información sobre calidad estimular.

Procedimiento

Para la consecución de estos objetivos se diseñará y elaborará un programa educativo para padres dirigido a mejorar sus capacidades. Y el diseño de la investigación será experimental.

La hipótesis a la que se pretendemos responder es *si influye una mayor formación de los padres en los hitos evolutivos sobre la detección de problemas en el desarrollo en sus hijos*. Para ello, se compararían dos grupos (experimental y control) que difieren en que unos padres han estado recibiendo el curso de formación sobre desarrollo psicomotor infantil, y otros padres no lo han recibido. Lo que esperamos encontrar es que existan diferencias entre ambas muestras por su exposición al factor de estudio, y ello se evaluaría comparando los niveles de desarrollo de sus hijos. Es decir, se realizaría un análisis, a posteriori, en cuanto a si ha habido diferencias en el número de detecciones de problemas en el desarrollo. Y si esto se constata, obtendríamos una confirmación de los mayores niveles de prevención y detección debidos al programa. Todo esto, a su vez, también puede y debe suponer, en los casos necesarios, una mayor y más precoz derivación a los servicios adecuados; además de aumentar la calidad estimular que podrán proporcionar todas las familias implicadas a sus hijos. En definitiva, se contribuirá a la mejora de la calidad de vida del niño y de sus familias.

Para llevar a cabo esta investigación, elaboraríamos un curso de formación en hitos de desarrollo, signos de alarma y de calidad estimular, una plantilla de vaciado que nos aportara la información necesaria para objetivar la información que tienen los padres sobre desarrollo psicomotor, y un cuestionario de autoeficacia específica referida a detección de problemas de desarrollo y calidad estimular, adaptando el cuestionario de autoeficacia general (Fernández Ballesteros, 1990). Todo ello exige conocer la información relevante para tal fin, por lo que diferentes profesionales relacionados con la infancia: pediatras, personal de enfermería, psicólogos, pedagogos, técnicos en atención temprana, logopedas, fisioterapeutas, psiquiatras infantiles, neuro-pediatras, neonatólogos,... deberían aportar sus conocimientos y consensuar una información lo más objetiva y útil posible. Posteriormente, se elegirían dos o tres profesionales de la misma área y se les mandaría un boceto de plantilla con múltiples opciones, para que ellos fuesen opinando.

Con sus respuestas, plantearíamos una segunda plantilla que se volvería a reenviar por lo que los resultados revierten en todo el grupo, y tras dos o tres reenvíos se conseguiría una plantilla consensuada de expertos (Mira, Pérez, García y Estévez, 1997), mediante una metodología Q-sort. Esta plantilla incluirá hitos básicos del desarrollo infantil, signos de alarma, antecedentes familiares, y factores de riesgo.

Una vez realizado este proceso, se rellenarán las plantillas, y se analizarán estadísticamente con el paquete estadístico informatizado SPSS 11, de manera que podamos comprobar si nuestra hipótesis se confirma. En caso afirmativo, deberíamos plantear la búsqueda de soluciones con el fin de que se cumplieran los requisitos del modelo biopsicosocial planteado en el libro blando de la atención temprana (GAT, 2000), y pudiésemos tener niños con la mejor SALUD posible.

CONCLUSIONES

La Prevención primaria es uno de los objetivos de la Atención Temprana, sobre el que a pesar de haber sido contemplado, apenas existen trabajos. Creemos que es el reto que debemos afrontar, si consideramos que la Atención Temprana es un derecho constitucional, del mismo nivel que otros derechos del niño, y si realmente pensamos que la salud no sólo debe ser considerada como ausencia de enfermedad.

Con esta investigación se pretende resaltar que cada vez se hace más necesario que, desde los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, se trabaje firmemente para conseguir unos estándares de calidad que nos permitan un desarrollo óptimo, no sólo para aquellos niños con alteraciones en su desarrollo sino también para niños de riesgo y por que no para todas las familias. Así, que una vez que se pueda verificar la falta de formación e información en hitos del desarrollo, podamos dotar a todos los futuros padres de herramientas en prevención y promoción del desarrollo infantil, es decir, en calidad estimular. Estamos seguros de que esto les permitirá, no sólo aprender, saber más, estar más seguros, y divertimos más con nuestros hijos,, sino que sobre todo conseguiremos tener una sociedad más SANA.

BIBLIOGRAFÍA

- Achenbach, T.M., Phares, V., Howell, C.T., Rauh, V.A., y Nurcombe, B.(1990).Seven-year outcome of the Vermont intervention program for low-birthweight infants. *Child Development* ,61, 1672-1681.
- American Academy of Pediatrics (1995). *Committee on Practice and Ambulatory Medicine*. Recommendations for preventive pediatric health care Pediatrics 96 (2p1):373-374.

- Barnard, K.(1994).Feeding and teaching scales. In *Nursing child assessment satellite training program*. Seattle, WA:NCAST Publications.
- Bugié,C. (2001) *Conceptos de trastornos en el desarrollo. Aproximación a su prevalencia*. Revista conmemorativa X Aniversario de la Asociación Catalana de Atención Precoz.
- Bugié,C. y Lorente, I. (2003). *Diagnóstico en Atención Temprana*. Minusval . N Especial., 38-47.
- Casado Pérez, D. Et al (2003). *Curso de Prevención de deficiencias: materiales de seguimiento y evaluación*. Documento de trabajo 3. Real Patronato sobre Discapacidad, Madrid.
- Clark, R., Fedderly, S., y Conlin, S.(1991).Therapeutic outcome of mother .infant group interventions for postpartum depression. *Presented at the Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* in San Francisco, CA.
- Cifuentes, L. y Fanta. E. (2000).. Supervisión de salud en pediatría ambulatoria actividades a cumplir.. Catalán S, y otros (Eds). *La supervisión del niño y del adolescente*. Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile.
- Dunst, C.J.(1993).Implications of risk and opportunity factors for assessment and intervention practices. *Topics in Early Childhood Special Education*, 13, 143-153.
- Farel, A.M., Freeman, V.A., Keenan, N.L., y Huber, C.J.(1991).Interaction between high-risk infants and their mothers: The NCAST as an assessment tool. *Research Nursing Health*, 14, 109-118.
- García Tornel, S. et al (1996). *Nuevo método de evaluación del desarrollo psicomotor basado en la información de los padres. Versión española de la Kent Infant Development Scale*. Anales Españoles de Pediatría;44; 448-452.
- García Tornel, S. y Glascoe, F.P. (1996). *Detección precoz de problemas del desarrollo por el pediatra; Importancia de los padres*. Pediatría Pediátrica, 2 (2), 196-206.
- García Tornel, S.(1994). *Nuevo método de evaluación del desarrollo psicomotor basado en la información de los padres: Versión Española de La Kent Infant Development Scale (EDIK)*. Tesis doctoral.
- Lieberman, A.F., Weston, D.R., y Pawl, J.H.(1991).Prevention intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development*,62, 199-209.
- Llopis, D. Llopis, R (2000). *Programa de Formación de Padres y Madres; Evaluación de una experiencia. V Congreso Estatal de Intervención Social, Madrid; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. (IMSERSO), pp 447-457.*
- Mahoney, G., Boyce, G., Fewell, R.R., Spiker, D., y Wheeden, C.A.(1998).The relationship of parent-child interaction to the effectiveness of early intervention services for at-risk children and children with disabilities. *Topics in Early Childhood Special Education*,18, 5-13.
- Málquez Chaves, M.L. y Capote Cabrera, C. (1994). En García Cabero, M et al.(Eds). *Actas del II Congreso INFAD, infancia y adolescencia*, Univ. León, pp 55-57.
- Mariño Fernández,A. (1986). *Aula de Padres: Un Deseño Marcadamente Preventivo*. Eidos de intervención en Psicología. Santiago de Compostela: Colexio Oficial de

- Psicólogos de Galicia, pp. 246-249.
- Mira, J.J., Pérez E., García, S., Cordelia, E. (1997). *¿Qué caracteriza a una historia clínica excelente en salud mental? Aplicación de la técnica Delphi para la mejora de la calidad de los procesos asistenciales*. Rev. Calidad Asistencial, 12: 394-400
- Mira, J.J., Pérez E., García, S., Cordelia, E., Palacios, M.D. (1998). *Resultados de una auditoría de historias clínicas en salud mental*. Rev. Clínica y Salud, 511
- Ochaita Alderete, Esperanza (1995). *Desarrollo de las relaciones padres/hijos. Infancia y Sociedad*; Revista de Estudios, pp 207-227.
- Palacios González, J. (1987). *Contenidos, Estructuras y Determinantes de las Ideas de los Padres. Una investigación empírica*. Rev. Infancia y Aprendizaje, vol 39-40, pp 113-136.
- Papalia, Olds y Felman (2001). *El Desarrollo Humano*.
- Pérez-López, J. (2004) Modelos explicativos del desarrollo aplicados a la atención temprana. En J. Pérez-López y A.G. Brito (Coord.) *Manual de Atención Temprana* (pp. 27-44). Madrid: Pirámide.
- Pérez López, J. y Brito de la Nuez, A. G. (coords) (2004). *Manual de Atención Temprana*. Madrid: Pirámide.
- Ponte Mittelbrun, J. (2004). *Guía de estándares de calidad en Atención Temprana*. IMSERSO.
- Prieto, E. Et al (1994). *Potenciar la capacidad educativa de la familia: Una alternativa para el desarrollo infantil*. Idea. Revista de la Facultad de Ciencias Humanas, Fol. 16, pp 103-107.
- Protocols de Medicina Preventiva a la Edad Pediátrica (1995). *Departament de Sanitat i Seguretat Social*. Generalitat de Catalunya.
- Sameroff, A.J. y Fiese, B.H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. En J.P. Shonkoff y S.J. Meisels (Eds). *Handbook of early childhood intervention. Second Edition*. (pp.135-159) Cambridge: Cambridge University Press
- Solís-Cámara, R. Et al (2002). *Estructura Factorial y propiedades de la Escala de Comportamientos para Madres y Padres con Niños Pequeños (ECMP)*. Psicothema, vol. 14 (3) Ago, pp, 637-642.
- Solís-Cámara, R. Et al (2003). *Expectativas del desarrollo y prácticas disciplinarias y de crianza en parejas con niños con necesidades educativas especiales*. Salud Mental. Vol 26 (2) Abr, pp 51-58.
- Trianes Torres, M.V. y Infante Cañete, L. (2003). *Intervención Temprana en la competencia social. En Intervención Temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 años*. Madrid: Pirámide, pp 155-174.
- VVAA (1999). *La Atención Temprana en la Comunidad de Madrid*. Situación actual y Documentos del grupo Padi. Genysí.
- VVAA (2000). *Libro Blanco de Atención Temprana. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía*. Colección Documentos 55/2000.
- VVAA. (2002). Criterios de calidad estimular para la población infantil de 0 a 3 años. *Revista de Atención Temprana*, 5, 4-20.

