

REFLEXIONES SOBRE LA INTERVENCIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA ATENCIÓN TEMPRANA

Maria Augusta Bolsanello

Universidad Federal do Paraná - Brasil.

Júlio Pérez López

Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia

RESUMEN

El presente estudio investiga y plantea el tipo de intervención que los profesionales de atención temprana desarrollan, con niños de cero a un año de edad, en la provincia brasileña de Paraná. Se efectuaron entrevistas a fisioterapeutas, logopedas, pedagogos y psicólogos que desarrollan su trabajo en centros de educación especial, en la ciudad de Curitiba, Paraná, Brasil. Los datos demuestran que los profesionales trabajan de forma aislada, realizando cada uno actividades específicas de su formación y sin tener en cuenta lo que hacen los otros profesionales. Se trata de una intervención multiprofesional, pero con una orientación mecanicista, enfocada exclusivamente en el niño y en su discapacidad, en la que solo se realizan actividades y ejercicios terapéuticos con carácter rehabilitador. Concluimos proponiendo, de entre otras medidas, la sustitución del modelo actual de intervención, por otro de carácter interdisciplinar, centrado en el niño pero sobretudo en la relación familiar madre-hijo. Por tanto, se resalta la necesidad de adoptar de una nueva postura filosófica y epistemológica para la intervención actual desde la atención temprana.

Palabras-clave: atención temprana, educación especial, necesidades especiales.

INTRODUCCIÓN

La atención temprana, en la realidad brasileña, es el primer programa de intervención en la educación especial, y está dirigida a la población infantil de 0 a 3 años que presenta necesidades transitorias o permanentes en su desarrollo o que tiene el riesgo de padecerlas.

El objetivo de la atención temprana ha sido promover acciones para prevenir, sanar o minimizar los efectos adversos del desarrollo del niño, por medio de procedimientos de evaluación e intervención. Con este enfoque, es como están estructuradas estas acciones en los currículos educativos (Brasil, 1995), y se enfocan exclusivamente sobre el niño y su discapacidad, objetivando y especificando lo que él deberá alcanzar en su desarrollo. Esto ha provocado que con frecuencia, las técnicas de intervención y evaluación estén basadas en escalas de desarrollo y maduración, y que se vayan transformando en las metas que el niño deberá ir cumpliendo para desarrollarse. Es decir, se establecen como los objetivos que deben ser alcanzados a lo largo de la intervención (Coriat, 1997).

En lo que se refiere al papel de la madre o la familia, en la atención temprana, queda circunscrito al proceso de intervención. Generalmente la madre es vista como “auxiliar” o “co-terapeuta” de los profesionales, debiendo “aprender” y “cumplir” en casa las intervenciones que ellos juzgan necesarias para el desarrollo del niño (Bolsanello, 1998). Así, el niño se considera como un mero receptor de las actividades ejecutadas por la madre, condición que puede interferir en la vinculación entre ambos, y generar en el bebé un sentimiento de inseguridad y falta de confianza, lo que según Winnicott (1993) no permitiría la formación de un “self verdadero”.

Por otro lado, los profesionales deberían, al menos teórica e idealmente, formar parte de un equipo multiprofesional que funcionara de un modo interdisciplinar; es decir, cada uno ejerciendo las funciones específicas de su formación pero en relación con los demás. En la práctica, comprobamos que generalmente los profesionales (fisioterapeuta, logopeda, pedagogo y psicólogo) trabajan solos y de una forma mecanizada y directa sobre el niño sin conocer el trabajo que realizan sus compañeros. Sus actuaciones se limitan a la estimulación de un determinado órgano, miembro o función deficitario del niño, y no tienen en cuenta la globalidad del niño (Bolsanello, 2003).

Esta manera, la mayoría de las intervenciones en la estimulación temprana se caracterizan por un abordaje centrado sobretudo en el niño, donde se priorizan los fundamentos neurológicos y principios preventivos, ignorando prácticamente los fundamentos psicológicos que deberían constituirse, de acuerdo con Heese (1986), en el hilo conductor de esta intervención.

Sin embargo, diferentes estudios e investigaciones actuales como los de Bailey et al. (1991), Björck-Akesson e Grandlund (1995), Dunst et al. (1991), Guralnick (1997), Meisels y Shonkoff (2000), o Pérez-Lopez (2004), empiezan a destacar y a reclamar una nueva tendencia en la atención temprana. En ellos se destaca que debe producirse un cambio en cuanto al modelo de intervención centrado en el niño por el modelo centrado en la familia y en los contextos de desarrollo, una vez que se ha demostrado su mayor eficacia y significado para el desarrollo infantil.

También debemos tener en consideración que el nacimiento de un bebé con discapacidad puede generar sentimientos y comportamientos maternos que generen una dificultad de adaptación recíproca entre madre e hijo, y en estos casos, de acuerdo con Jerusalinsky y Coriat (1983), la intervención temprana debe tener por principal objetivo proporcionar soporte y apoyo a la madre, con la finalidad de reconstruir o modificar la función materna cuando sea necesario, y así facilitar la promoción de la interacción madre-bebé, hasta el punto de implicar a la madre en el desarrollo de su hijo.

Por otro lado, cuando es la madre quien tiene dificultades para adaptarse activamente a las necesidades del niño, es necesario que los profesionales también sean capaces de entender, tratar e incluso prevenir este comportamiento, intentando fortalecer la confianza de la madre en sí misma y en su capacidad de percibir adecuadamente el proceso de desarrollo de su hijo (Winnicott, 1988). Este apoyo es fundamental para hacer que la madre se crea “apta para encontrar a su bebé y para habilitar a su bebé a encontrarla” (Winnicott, 1975, p. 121).

Brazelton (1988) considera que un programa de estimulación debe ayudar a la madre a enfocar su atención y interés, de forma más productiva, sobre su hijo. Con esto se le podrá dar a la madre un mayor sentimiento de autoestima, y de sentirse capaz de promover el desarrollo del hijo. Este autor también considera que un programa así debe hacer a la madre percibir las capacidades del niño, aquello que realmente es capaz de realizar. También debe fomentar los juegos, sociales o con juguetes, con entre la madre y el niño. Para Brazelton, inicialmente, la madre tiene una expectativa de fracaso en relación al hijo con discapacidad. El éxito de un programa de intervención temprana está justamente en hacer que esta expectativa desaparezca o que no se incorpore en la interacción con el bebé y, por consiguiente, en la mente de la madre. Si esto no ocurriera, la madre no esperará que su hijo obtenga ningún tipo de éxito y puede transmitirle todo ello de un modo inconsciente o implícito en sus acciones. Ambas situaciones pueden llevar a la madre a no promover el desarrollo del hijo o perjudicarlo en su desarrollo.

Para que el bebé con discapacidad deje de ser un objeto temido, indeseable y evitado, es necesario que los profesionales responsables de la intervención, ayuden a la madre a formar una identidad positiva y realista del hijo. Esto puede verse facilitado por abordajes o intervenciones en las que se incluya su presencia y participación, y donde,

por ejemplo, sea el niño estimulado por unos profesionales coordinados que lo llamen por su nombre, y que enfatizen los puntos fuertes y normalizados de su desarrollo (sin dejar de identificar los déficits). Estos profesionales también deben identificar y comprender las expresiones de los sentimientos maternos (Klaus e Kennell, 1992) con el fin de animarla.

Para Brandão (1991), el profesional puede colaborar en romper la visión frágil del niño que tiene la familia por otra, humanizada y valorizada.

Jerusalinsky y Coriat (1983) compararon 50 niños con Síndrome de Down, que fueron atendidos desde un modelo de atención temprana basada en la reconstitución, sustentación y o sustitución de la función materna, con otros 50 bebés sindrómicos que no recibieron este tipo de estimulación. En sus resultados destacan que el primer grupo de niños presentó diferencias significativas, con mejoras en la comunicación, socialización, inteligencia y comportamientos psicomotores cuando se comparó con el otro grupo de niños.

Mahoney y Powell (1988) estudiaron 41 niños con discapacidades (con edades comprendidas entre los 2 y 32 meses) y a sus padres, insertados en un programa de intervención temprana fundamentado en la interacción padres-hijos. Concluyeron que esta interacción es una referencia importante y autentica para la atención temprana, puesto que los cambios en el comportamiento de los padres tienen un impacto positivo en el desarrollo infantil.

Coincidimos con Marfo (1990), cuando afirma que es necesario un cambio en la importancia de la estimulación en algunas de las áreas o dominios tradicionales del desarrollo y que debe reconocerse la importancia de la interacción madre-hijo como una nueva dirección en el trabajo de intervención temprana. Intervenir en la facilitación de la vinculación madre-bebé, se presenta como una medida importante en la promoción del desarrollo infantil y como prevención de factores que pueden perjudicar este desarrollo (Martínez-Fuentez, 2004; Wendland-Carro e Piccinini, 1995).

OBJETIVO

La investigación que aquí presentamos tuvo por objetivo estudiar el tipo de intervención que los profesionales desarrollan en el proceso de atención temprana.

METODOLOGÍA

Los datos fueron recogidos por medio de una técnica de entrevista. Participaron profesionales (fisioterapeutas, logopedas, pedagogos y psicólogos) que trabajaban en

atención temprana, con bebés de 0 a 3 años, en escuelas de educación especial, de la ciudad de Curitiba, Paraná, Brasil. Los datos fueron analizados por medio de análisis de contenido (Bardin, 1979), con un abordaje de tipo cualitativo, incluyendo datos descriptivos, pero tratando de enfatizar el proceso, y con la preocupación por destacar las perspectivas de todos los profesionales entrevistados.

RESULTADOS

En cuanto al tipo de intervención que desarrolla cada uno de los profesionales con el niño, se verifica que éstos profesionales sólo se preocupan por administrar actividades propias y específicas de su área de formación, sin tener en cuenta lo que se hace desde otras áreas.

Así, todos los fisioterapeutas únicamente buscan estimular el desarrollo motor del niño, como puede apreciarse en el siguiente relato: *“Hago una estimulación motora. Si lo que deseo es que el niño controle la cabeza, lo pongo en distintas posiciones, le pongo estímulos visuales a su alcance ... también, en situaciones patológicas, intento inhibir comportamientos inadecuados y estimular los adecuados”*.

Los logopedas fomentan actividades encaminadas a estimular exclusivamente la región oro-facial del bebé, la audición y la lenguaje: *“Sobretudo, estímulo la parte oral-facial, para ayudar en los problemas de succión, masticación y la hipotonía que generalmente tiene el bebé. También estímulo la audición y la lenguaje”*.

La mayoría de los pedagogos (85%) desarrollan, con el niño, un trabajo orientado a la estimulación de la coordinación viso-motora y esquema corporal, como puede observarse en el ejemplo siguiente: *“Busco desarrollar todas las percepciones, la percepción táctil, la auditiva, la visual, ... Con el bebé, trabajo la coordinación viso-motora ... pongo un poco de dificultad a cada paso: cada vez un poco más lejos, más cercano, el sonido más débil...”*.

Solamente una pedagoga afirmó utilizar juegos y masajes con el niño: *“Con los bebés, generalmente utilizo juegos y masajes. Dejo a los niños con los pañales, les voy haciendo masajes en sus cuerpos y también les voy hablando ... La fisio y la logo se enfadan, porque piensan que perturbo su trabajo ...”*.

En cuanto a los psicólogos, el 75% de ellos hacen la entrevista y la anámnesis, atienden a la familia y realizan reuniones con los padres: *“Hago una anámnesis inicial con la madre cuando el niño ingresa en el programa. No hago intervención individual, atendiendo a las madres y padres cuando es necesario o cuando ellos lo solicitan”*.

Solamente una psicóloga trabaja directamente con el niño. También realizaba la anámnesis y atendía a los padres: *“Hago un trabajo de estimulación, sobretudo con actividades para desarrollar el esquema corporal. También realizo anamnesis inicial con la familia y los atiendo cuándo es necesario”*.

De los resultados expuestos destacamos que en la intervención hecha por los profesionales predominan ejercicios terapéuticos y actividades para desarrollar las diferentes áreas del desarrollo infantil. Pero estos se caracterizan por una estimulación mecánica y, como señala Masini (1997), orientada por un fin compensatorio o rehabilitador.

Por lo tanto, evidenciamos que el tipo de trabajo desarrollado por los entrevistados está basado sobretudo en un modelo enfocado exclusivamente en el niño, y con una gran relevancia de la figura del profesional.

Con esta forma de actuación, se concibe al bebé como un sujeto fragmentado en áreas de desarrollo, dando la impresión de que no se trabaja con él con un carácter global e integrador, es decir no se le trata como una persona caracterizada por la globalidad, sino que más bien se le manipula como si de un objeto se tratara. El niño no es visto como un conjunto de potencialidades que pueden ser desarrolladas de forma global (Coriat y Jerusalinsky, 1975).

También debemos destacar que la intervención hecha por los profesionales se realiza, generalmente, dos o tres veces por semana, en sesiones de dos horas, repartidas en treinta minutos para cada profesional.

Así, cada profesional, en su media hora de trabajo, estimula (o piensa estimular) una determinada área del desarrollo sin tener presente las otras áreas. Por lo que el bebé no es visto como un sujeto completo sino que el fisioterapeuta lo ve como brazos y piernas; el logopeda como rostro y boca; el pedagogo como ojos y movimientos; el psicólogo, cuándo lo mira, lo hace como el pedagogo; y la madre que debería ser motivada para percibir a “su hijo” por lo que hace, generalmente, es llevada a percibir a un niño “dis-capacitado”.

Es probable, como señala Buscaglia (1993), que haya ocasiones en que el profesional se vea a sí mismo como lo más importante del proceso de intervención, perdiéndose la perspectiva y la importancia del niño como persona.

En este caso, los profesionales, al ocuparse únicamente por remediar y/o atenuar los déficits del desarrollo, no perciben que la estimulación en si misma no tiene sentido y que solamente lo adquiere en función del conjunto en el cuál se inscribe (Coriat y Jerusalinsky, 1975).

De acuerdo con Winnicott (1988) consideramos que la vinculación y la interacción con el bebé (incluyendo los momentos de cuidado), son los elementos que proporcionan un contexto seguro para el niño y que le permite atravesar de manera adecuada las etapas de su desarrollo. Así, podemos suponer que cuando la actuación de los profesionales no tiene en cuenta una adaptación a las necesidades básicas del bebé y de la familia, ello puede desembocar en malos tratos al niño, puesto que no se enseña a los padres cómo manipular al niño ni tampoco como entender las señales que el niño emite, lo cual puede llevar a que las madres interactúen con el bebé de manera insatisfactoria.

Muchas veces, los bebés lloran cuando son “manipulados” por los profesionales en las sesiones de tratamiento, y esto genera ansiedad e incomodidad para las madres, como puede observarse en la respuesta dada por un fisioterapeuta: “Hay madres que se incomodan con el llanto de sus hijos, se ponen angustiadas; pero yo no permito interferencias ... les explico que es por el bien del niño ...”.

También destacamos que la intervención de la mayoría de los psicólogos no es diferente de la realizada por los otros profesionales; es decir, cada uno ejecuta sus funciones específicas, dando lugar a un equipo “dividido”, sin comunicación ni cohesión interna. Los psicólogos tampoco hacen ninguno trabajo efectivo con la madre. Parecen desconocer la importancia de facilitar la vinculación madre-hijo en los primeros años del niño. Todo esto, lo que probablemente revela son graves lagunas en su formación profesional para el trabajo en atención temprana.

CONCLUSIONES

Los datos recogidos permiten elaborar las siguientes conclusiones: a) la intervención utilizada por los profesionales se centra más en la estimulación precoz que en la atención temprana pues sigue un modelo enfocado sobretudo en el niño y en su discapacidad, tratando de proporcionar solamente estímulos variados encaminados a remediar y atenuar los déficits del desarrollo del bebé; b) la intervención hecha por los profesionales tiene un carácter mecanicista, enfatizando actividades y ejercicios terapéuticos estereotipados, donde el niño es un mero receptor pasivo de las manipulaciones, y donde no hay una adaptación a sus necesidades; c) esta forma de intervención relega a un segundo plano la figura de la madre y le refuerza su visión del niño como un “discapacitado” y no le fomenta ver a su “hijo” por las capacidades y potencialidades de las que dispone; d) aunque los profesionales afirmen trabajar en equipo, cada uno trabaja de modo aislado, realizando actividades específicas de su profesión, lo que Bentes (1996) llama “soledad profesional”.

PROPUESTAS Y SUGERENCIAS

Se propone un cambio del enfoque técnico actual de la estimulación temprana, por otro, centrado en el niño y su familia, con el objetivo de facilitar la vinculación entre ambos y así promover el desarrollo infantil. Se deben efectuar grandes esfuerzos para lograr este nuevo enfoque.

Para evitar la fragmentación del niño, la intervención directa con el bebé podría ser hecha por un solo profesional (modelo de intervención transdisciplinar) o por un grupo de profesionales que coordinen sus actuaciones (modelo de intervención interdisciplinar). En ningún caso puede excluirse el equipo de trabajo, como bien señala Pérez-López (2003). Pero no el funcionamiento del equipo actual, debe ser un equipo que tenga una actitud de diálogo para orientar los intereses comunes, y la organización y sustentación del trabajo del profesional que deberá actuar directamente con la madre o la familia y el bebé. La actuación del equipo debería posibilitar la asociación, la intercomplementariedad y un tratamiento global de todos los problemas que vayan surgiendo.

Por otro lado, hasta ahora, las intervenciones de los profesionales reflejan una fuerte influencia de sus formaciones académicas, por lo que se hace necesaria la sustitución de estos patrones por una nueva postura filosófica y epistemológica. Así, entre otras medidas, se propone la participación de la Universidad (en sus actividades de enseñanza, investigación y extensión) para mejorar la educación especial y en particular la de la atención temprana, debiendo incluso modificar las directrices educativas nacionales que regentan estos servicios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAILEY, D. B & Blasco, P. M. (1990). Parents perspectives on a written survey of family needs. *Journal of Early Intervention*, 14, 196-203.
- BARDIN, L. (1979). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Persona.
- BENTES, N. O. (1996). *Atuação do psicólogo escolar na equipe interdisciplinar*. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.
- BJORCK-AKESSON & GRANLUND, M. (1995). Family involvement in assessment and intervention: perceptions of professionals and parents in Sweden. *Exceptional Children*, 61 (6), 520-535.
- BOLSANELLO, M. A. (1998) *Interação mãe-filho portador de deficiência: concepções e modo de atuação dos profissionais em estimulação precoce*. Tese de Doutorado (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

- BOLSANELLO, M. A (2003). Concepções sobre os procedimentos de intervenção e avaliação de profissionais em estimulação precoce. *Revista Educar em Revista*, 22, 301-313.
- BRANDÃO, P. C. (1991). *O bebê com síndrome de Down e seus pais*. Trabalho apresentado no 4º Congresso Mundial e 2º Congresso Nacional da Criança Autista. São Paulo, SP.
- BRASIL (1995). *Diretrizes Educacionais sobre estimulação precoce: o portador de necessidades educativas especiais*. Ministério da Educação e do Desporto, Secretaria de Educação Especial, Brasília, DF.
- BRAZELTON, T. B. (1988). *O Desenvolvimento do Apego: uma Família em Formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- BUSCAGLIA, L. F. (1993). *Os Deficientes e seus Pais*. Rio de Janeiro: Record.
- CORIAT, E. (1997). *A Psicanálise na Clínica de Bebês e Crianças Pequenas*. Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- CORIAT, L. F. & JERUSALINSKY, A. N. (1975). *Estimulación temprana*. Conferência apresentada no 3º Congresso Latinoamericano de Neuropsiquiatria Infantil. São Paulo, SP.
- DUNST, C.J., JOHANSON, C., TRIVETTE, C. M. & HAMBY, D. (1997). Family-oriented early intervention policies and practices: family-centered or not? *Exceptional Children*, 58 (2), 115-126.
- GURALNICK, M. J. (1997). *The Effectiveness of Early Intervention*. Maryland: Paul H. Brookes.
- HEESE, G. (1986). *La Estimulación Temprana en el Niño Discapacitado*. Buenos Aires: Panamericana.
- JERUSALINSKY, A. N. & CORIAT, E. (1983). Estimulação Precoce e Função Materna. Em Associação Brasileira de Neuropsiquiatria Infantil (Org.), *Anais do 7º Congresso Brasileiro de Neurologia e Psiquiatria Infantil* (p. 436-446). Canela, Rio Grande do Sul: Abenepi.
- KLAUS, M. H. & KENNEL, J. H. (1992). *Pais/Bebê: a Formação do Apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- MAHONEY, G. & POWELL, A. (1988). Modifying parent-child interaction: enhancing the development of handicapped children. *The Journal of Special Education*, 22 (1), 82-96.
- MARFO, K. (1990). Maternal directiveness in interactions with mentally handicapped children: an analytical commentary. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31 (4), 531-549.
- MARTINS-FUENTEZ, M. T. (2004). Atención temprana y alteraciones de la vinculación afectiva. En Pérez-López, J.; Brito de la Nuez, A. G. (Coord.). *Manual de Atención Temprana*, Madrid: Pirámide, 2004.
- MASINI, E.F. S. (1997). Intervenção educacional junto à pessoa deficiente visual (d.v.). Em E. A.F.S. Masini, E. Becker, E. B. Pinto, L. A. Amaral & M. L. T. M. Amiralian, *Deficiência: alternativas de intervenção* (p.72-92). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- MEISELS, S.J.; SHONKOFF, J. P. (2000). Early Childhood intervention: continuing evolution. En J. P. Shonkoff y S. J. Meisels (Eds). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 3-31.
- PÉREZ-LÓPEZ, J. (2003). Formación e investigación en atención temprana. *Revista de Atención Temprana*, 1 (8), 75-77.
- PÉREZ-LÓPEZ, J. (2004). Modelos explicativos del desarrollo aplicados a la atención temprana. En Pérez-López, J.; Brito de la Nuez, A. G. (Coord.). *Manual de Atención Temprana*, Madrid: Pirámide, 2004.
- WINNICOTT, D. W. (1975). *A Criança e o seu Mundo*. Rio de Janeiro: Zahar.
- WINNICOTT, D. W. (1988). *Os Bebês e suas Mães*. São Paulo: Martins Fontes.
- WINNICOTT, D. W. (1993). *A Família e o Desenvolvimento Individual*. São Paulo: Martins Fontes.
- WENDLAND-CARRO, J. & PICCININI, C. A. (1995). Interação precoce mãe-bebê: perspectivas de intervenção para a promoção do desenvolvimento infantil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 8 (1), 111-144.