

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación
Departamento de Didáctica y Organización Escolar



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5314054367

INTERVENCION PRECOZ EN NIÑOS DE ALTO RIESGO BIOLÓGICO



Mercedes Valle Trapero

Madrid, 1992

Colección Tesis Doctorales. N.º 78/92

b 1245150

© Mercedes Valle Trapero

Edita e imprime la Editorial de la Universidad
Complutense de Madrid. Servicio de Reprografía.
Escuela de Estomatología. Ciudad Universitaria.
Madrid, 1992.
Ricoh 3700
Depósito Legal: M-12164-1992



La Tesis Doctoral de Dña. Mercedes Valle Trarpero

Titulada "Intervención precoz en niños de alto riesgo biológico"

Director Dr. D. José Arizcun Pineda y Dra. Dña. Pilar Gutiez Cuevas

fue leida en la Facultad de Filosofía y CC. Educación de la UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID, el día 12 de marzo de 1991, ante el tribunal

constituido por los siguientes Profesores:

PRESIDENTE Dra. Dña. Carmen Arrabal Terán

VOCAL Dra. Dña. Pilar Garcibailador Martínez

VOCAL Dra. Dña Olga Fadón Pérez

VOCAL Dr. D. Antonio Medina Rivilla

SECRETARIO Dr. D. Rafael Carballo Santaolalla

habiendo recibido la calificación de

APTO CON LAUDE (UNANIMIDAD)

Madrid, a 12 de Marzo de 1991.

EL SECRETARIO DEL TRIBUNAL.

[Firma manuscrita]

Universidad Complutense de Madrid.
Facultad de F² y Ciencias de la Educación.
Sección de Pedagogía.

INTERVENCION PRECOZ EN NIÑOS DE ALTO RIESGO BIOLÓGICO.

Memoria presentada por:
Mercedes Valle Trapero.

Para la obtención del grado de Doctor en
Ciencias de la Educación.

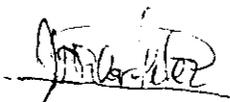
Directores: José Arízcon Pineda.
Pilar Gutiez Cuevas.

Madrid Enero 1.991.

D. JOSE ARIZCUN PINEDA, DIRECTOR, PROFESOR ASOCIADO DE PEDIATRIA Y JEFE DE SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO Y D^a PILAR GUTIEZ CUEVAS, DIRECTORA, PROFESORA TITULAR DE EDUCACION ESPECIAL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

CERTIFICA: Que D^a MERCEDES VALLE TRAPERO ha -
realizado la TESIS DOCTORAL con el título -
"Intervención Precoz en niños de alto riesgo
biológico", en el Departamento de Didáctica y
Organización escolar de la Facultad de F^a y -
Ciencias de la Educación.

Para que así conste firmamos la presente en
Madrid a veinticinco de Enero de mil novecientos noventa y uno.



Fdo. Pilar Gutiez Cuevas



Fdo. José Arizcun Pineda.

AGRADECIMIENTOS

Quiero mostrar mi agradecimiento a todas las personas y organismos que han colaborado en el proceso de elaboración de esta investigación.

En primer lugar expresaré mi gratitud al Hospital de Santa Cristina, uno de los pioneros en este campo de la investigación y del tratamiento especializado en niños pequeños, a todo el Departamento de Neonatología y especialmente a su jefe de servicio Dr. Ceferino de la Calle Contreras, al que tanto le pedí, a mi compañera M^a Teresa de Miguel y al equipo de Estimulación Precoz, con el cual trabajé y aprendí durante estos años.

De gran valor ha sido la colaboración del Centro de Proceso de Datos de la Universidad, así como del Departamento de Métodos (M.I.D.E.) de esta Facultad del que personalmente Rafael Carballo colaboró con sus valiosas aportaciones y dedicación.

Finalmente quiero resaltar la gran ayuda que he recibido del Servicio de Neonatología del Hospital Clínico San Carlos cuya labor científica y espíritu de trabajo han sido los mejores estímulos para llevar a cabo esta Tesis Doctoral.

INTERVENCIÓN PRECOZ EN NIÑOS
DE ALTO RIESGO BIOLÓGICO

INDICE

I.- INTRODUCCION.

1.- <u>Justificación para una Intervención Precoz en Niños de Alto Riesgo Biológico.</u>	1
1.1 La aparición asociada de otros factores de Riesgo de tipo: Biológico, Psicológico, Familiar, Ambiental.	2
1.2 La intervención como Prevención en una primera etapa.	6
2.- <u>Encuadre y Perspectiva General.</u>	10
2.1 Nuevo Paradigma de Intervención: Definición del Concepto de Riesgo.	11
2.2 Influencia de las teorías con mayor relevancia en la época:	12
- El pensamiento etológico y psicoanalítico.	
- Las teorías ambientales.	
- Las nuevas teorías neuroevolutivas.	

II.- MARCO TEORICO DE LA INTERVENCIÓN PRECOZ.

3.- <u>Concepto actual de Intervención Precoz.</u>	15
3.1 Definición.	15
3.2 Etiología y evolución.	17
3.3 El cambio epistemológico como factor de nuevos planteamientos sobre estos métodos educativos.	19
3.4 Enfoque general en otros países.	25
3.5 Situación en España.	30
4.- <u>Fundamentación de la Intervención Precoz.</u>	40
4.1 La Neurología Evolutiva.	42
4.2 La Psicología del Desarrollo.	47
4.3 La Psicología de la Conducta.	53
4.4 Bases Educativas.	55

5.-	<u>Objetivos Generales de toda Intervención Precoz.</u>	59
5.1	Objetivos aplicados a la Intervención según tipo de Riesgo.	59
5.2	Objetivos sociofamiliares globalmente considerados niño/familia/contexto.	63
5.3	Objetivos educativos.	66
6.-	<u>Hipótesis Generales sobre la Intervención Precoz y su eficacia como método educativo.</u>	69
7.-	<u>Campo de Aplicación: Naturaleza de la Población.</u>	72
1 -	Niños en situación de Alto Riesgo Ambiental.	
2 -	Niños en situación de Alto Riesgo Biológico.	
3 -	Niños con retrasos o discapacidades de desarrollo establecidas.	
	<u>Bibliografía Teórica.</u>	76

III.-LA INTERVENCION.

8.-	<u>Plan de Trabajo.</u>	94
8.1	El porqué de esta investigación: como surge la demanda.	94
8.2	Programas en los que basamos nuestra Intervención.	96
8.3	Evaluación inicial.	99
9.-	<u>El Diseño.</u>	107
9.1	Título de la Investigación.	107
9.2	Investigaciones más relevantes sobre este tema.	108
9.3	Planteamiento del problema.	124

9.4	Planteamiento de la Hipótesis.	126
-	Hipótesis referentes a las Variables de tipo Biológico.	
-	Hipótesis referentes a las Variables sobre el Desarrollo Madurativo e Intervenciones Educativas.	
-	Hipótesis referentes a las Variables Familiares y Ambientales.	
9.5	Definición de las variables.	132
9.6	Medios utilizados para realizar la Investigación.	167
-	Test Brune-Lezine.	
-	Objetivos de desarrollo; Equipo de Estimulación Hospital Santa Cristina.	
-	Inventario HOME.	
9.7	Selección del Diseño: Descripción de la muestra.	176
9.8	Selección y asignación de los sujetos.	178
9.9	Fases de la aplicación de la Intervención Precoz.	180
9.10	Registro de las observaciones y respuestas.	185
9.11	Método de corrección y análisis del estudio.	186

IV.- INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.

10.-	<u>Análisis estadístico utilizado.</u>	187
11.-	<u>Descripción de las variables implicadas en el estudio, referentes a:</u>	189
-	Antecedentes Maternos.	
-	Características socioculturales de los padres.	
-	Características del niño.	

12.- <u>Validación de las hipótesis formuladas.</u>	192
12.1 Hipótesis referentes a las Variables de tipo Biológico.	192
12.2 Hipótesis referentes a las Variables Sobre Desarrollo Madurativo e Intervenciones Educativas.	199
12.3 Hipótesis referentes a las Variables Familiares y Ambientales.	215
13.- <u>Conclusiones Generales.</u>	240
14.- <u>Propuesta para una Intervención Precoz Neonatal.</u>	249
- BIBLIOGRAFIA DEL DISEÑO.	257
- BIBLIOGRAFIA GENERAL.	269
- BASES DE DATOS.	351
- ANEXOS.	

I.- I N T R O D U C C I O N

1.- JUSTIFICACION PARA UNA INTERVENCION PRECOZ EN NIÑOS DE ALTO RIESGO BIOLÓGICO.

Este trabajo surge de la necesidad de respuesta a una demanda que ha ido creciendo en estos últimos diez años, y que hoy día es ineludible, tanto para las Instituciones Sanitarias, Educativas como de Servicios Sociales, que es la Atención e Intervención de la Población de Niños de Alto Riesgo Biológico. El alto índice de supervivencia de esta población es reciente y está asociado a la creación de una Moderna Tecnología en Cuidados Neonatales.

El gran avance en este campo de la Medicina, ha abierto grandes expectativas sobre el ser humano, pero nos ha hecho plantear muchos interrogantes.

No obstante, numerosas investigaciones realizadas en los Servicios de Neonatología demuestran no sólo un gran descenso de la Mortalidad Neonatal Infantil, sino también del Riesgo de Aparición de secuelas posteriores. (Sánchez Merodio, 1987).

1.1. La aparición asociada de otros factores de Riesgo de tipo: Biológico, Psicológico, Familiar, Ambiental.

Si bien es cierto el éxito alcanzado en este primer objetivo, que es primordial: la supervivencia y calidad de vida de estos niños, logrado con la atención prestada en su etapa neonatal, pensamos que no es suficiente para garantizar un desarrollo armónico de la personalidad a largo plazo. Los graves "riesgos" a que han estado sometidos durante los primeros meses de su vida puede condicionar la evolución posterior, si no se interviene precoz y sistemáticamente para compensar sus efectos, y algunos de estos Riesgos, además de los biológicos, pueden permanecer a lo largo del tiempo.

Enumeremos los más comunes:

a) Riesgo de Tipo Biológico:

Los factores de riesgo biológico que sufren estos niños los hacen más vulnerables frente a los agentes externos, por ello es frecuente que sufran hospitalizaciones posteriores, habiendo grandes diferencias dentro de la misma población. Debido a

ello suelen desarrollar sus recursos potenciales más lentamente y con más dificultades que la población normal (como veremos en los resultados de esta investigación) lo cual ya justificaría por sí mismo una intervención precoz y una orientación a largo plazo.

b) Riesgo Ambiental.

Este tipo de riesgo se produce, porque su primer sistema relacional no van a ser unos padres, una familia, que es lo específico del ser humano, sino una U.C.I. (Unidad de Cuidados Intensivos), con todo lo que este contexto anómalo conlleva, de carencia o distorsión de estímulos propioceptivos y sensitivo-sensoriales (Picciolini, 1988), como son:

- nivel de estimulación sensorial excesivo: ruido, luz, manejos bruscos.
- forma de relación basada no en la satisfacción de necesidades, sino en el manejo del cuerpo como receptor de cuidados muy rigurosos e invasivos.
- movilizaciones excesivas sin poder respetar los ritmos del niño: vigilia / sueño / alimentación.

c) Riesgo Psicológico.

Este riesgo puede producirse cuando un niño nace y es inmediatamente hospitalizado, debido a la ruptura brusca que experimenta su relación con la madre, establecida en el seno materno por medio de los circuitos de realimentación madre-hijo, transmitidos a través de posturas, ritmo respiratorio, estimulaciones táctiles y auditivas, etc., Estas estimulaciones son percibidas en mayor medida por el bebé al final del embarazo, y puede ser debido a la escasez de líquido amniótico que ha actuado como barrera protectora frente a las estimulaciones del exterior.

Esta ruptura que para ambos, madre e hijo, es muy dolorosa, va a tener efectos negativos ya que va a dificultar el establecimiento de un sincronía interaccional posterior (Ajuriaguerra, 1985), es decir, de una relación afectiva adecuada, tanto por parte del niño como de la madre, debido a que:

- En el niño: se van a debilitar casi todos los sistemas de conducta (Brazelton, 1981) que el ser humano trae al nacimiento, dispuestos a entrar

en actividad si tiene un ambiente adecuado que los estimule, lo cual en este contexto es difícil que ocurra.

- En la madre: también se van a debilitar los comportamientos de aproximación corporal, propios de todas las especies animales, como es lamer a sus crías cuando nacen, al no poderlos llevar a cabo a través del contacto con el cuerpo de su hijo.

Recordemos a Brazelton (1981), que dijo que el bebé crea a la madre y ella organiza los comportamientos del bebé; si no los puede organizar no se siente madre.

d) Riesgo Familiar.

El hecho por el que se han llamado familias de alto riesgo, es debido a que, si bien todas las familias tienen que hacer una reorganización ante la llegada de un nuevo miembro, estas familias están sometidas a una tensión emocional tan alta durante el primer periodo, que no pueden reestructurarse, apareciendo actitudes disfunciona-

les en uno o varios miembros, provocadas también por las ausencias prolongadas de uno de los miembros del hogar, que suele ser la madre, al tener que estar mucho tiempo en el hospital, si quiere cuidar y alimentar a su hijo.

1.2. La Intervención como Prevención en la primera etapa.

Nuestra intervención sobre todo en esta primera etapa es PREVENTIVA, y centrada en los padres y particularmente en la madre, para darle seguridad y confianza en que pronto volverá a ser protagonista en esta relación; evitando las actitudes de desaliento, incompetencia y frustración que, de persistir, la dejarían incapacitada para ejercer sus funciones maternas, como son: saber entender y responder a las necesidades y conductas de su hijo. (Le Blanc, 1989; Lemaitre-Sillère, 1989).

La función del padre es muy importante, no solo como apoyo a la madre, sino porque al conseguir potenciar y desarrollar su capacidad de paternidad precozmente, va a estar dispuesto a

participar activamente en las actividades del bebé, no sintiéndose relegado por los profesionales, como suele ocurrir en el sistema sociosanitario de casi todos los países. (Masson, 1987; Flórez, 1990).

Creemos que esta Intervención Precoz a través de los padres es eficaz, porque les devolvemos su capacidad de ser padres y les orientamos desde el mismo momento que observamos sus dificultades, o las del niño, para establecer una relación adecuada.

El trabajo en y con la familia se ha demostrado que es el método más eficaz en los dos primeros años de vida (Hanson, 1989; Coriat, 1974), debido a que gran parte de su actividad se puede realizar en casa a través de los hábitos de vida diaria que es lo que da significación y sentido a la vida del niño, a pesar de cuáles sean sus dificultades.

Consideramos necesaria una actuación educativa en Intervención Precoz para lo cual nos hemos sentido apoyados por la Ley de Educación de 1987, que, basándose en el Anteproyecto del Marco Curricular para la Educación Infantil, ha empezado

a considerar período educativo desde los 0 meses, señalando que en este período de 0 a 3 años, no se puede hablar de áreas curriculares, sino de ámbitos de experiencia que, tanto padres como educadores, deben proporcionar al niño. Como podemos observar, éstos son los mismos criterios aplicados en las primeras fases de la Intervención Precoz.

Así pues, el espíritu del M.E.C. a través de esta Ley contempla la Atención Educativa especial desde el momento que se considera necesario, sea cual sea la edad, o si hay riesgo de aparición de deficiencias (Art. 5º Real Decreto 334/1985 de Ordenación de la Educación Especial).

Nuestra intervención educativa en la población de Alto Riesgo le fundamentamos, basados en esta Ley, en dos factores decisivos:

Precocidad en la Edad de Inicio de Intervención, dirigida fundamentalmente a la Orientación, Enseñanza y Trabajo con las familias. Estas serán específicamente orientadas en cada momento, según los siguientes criterios: el estado evolutivo del niño, su dinámica familiar y las estructuras de apoyo social de que dispongan.

Así lo han considerado diversos autores desde orientaciones muy diferentes, como son Mahoney & Powel, 1984; Amiel-Tisson, 1989; Negri, 1988; Cunnigham y Davis, 1988; Valle, 1987),

2.- ENCUADRE Y PERSPECTIVA GENERAL.

El poder ir hacia una "nueva visión de la realidad" que nos hiciera salir de la dicotomía niño normal / niño retrasado, pudiendo considerar un espacio potencial transitorio, han contribuido enormemente los nuevos planteamientos sobre Intervención e Inicio de la actuación, producidos en todo el mundo en la década de los 70, aunque ya fueron iniciados por algunos autores en la década anterior. Recordemos que todavía en los años 60 como señala Tjossen (1976) no se creía en la eficacia de los programas educativos y la edad de Intervención (dato clave) era muy avanzada, con resultados poco alentadores. No obstante, desde el punto de vista neuropsicológico, ya había autores como Bloom (1964, citado en Guralnick, 1989) señalando que una importante proporción de nuestra competencia intelectual está determinada a los cuatro años de edad.

2.1. Nuevo paradigma de Intervención: Definición del Concepto de Riesgo.

Como decíamos, es en 1972 cuando la O.M.S. en el Congreso de Windsor, plantea como paradigma de intervención la "situación de riesgo", definiéndola como "aquellas características del sujeto y su entorno que, según los conocimientos que se poseen, asocian a los interesados con riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso". (p.35).

Es en 1978 cuando la O.M.S. define el Concepto de Riesgo como "la presencia en el individuo y/o en su entorno familiar y social de una o varias características o factores que aumentan la probabilidad de aparición de consecuencias adversas". (p. 20)

2.2. Influencia de las teorías con mayor relevancia en la época.

- El pensamiento etológico y psicoanalítico.

En estos planteamientos una de las teorías que inicialmente influyeron fue el pensamiento etológico y psicoanalítico con Bowlby (1951,) Hunt (1976) que estuvieron durante largo tiempo haciendo hincapié en la primacía de la experiencia precoz y en las consecuencias a largo plazo de los acontecimientos adversos precoces. Es triste reconocer que por la falta de conexión y de interdisciplinariedad en las distintas ramas de las Ciencias del Hombre, estos descubrimientos de hace 30 años no se hayan tenido en cuenta para la población de niños de Alto Riesgo Biológico, "miembros de honor" de tales experiencias.

- Las teorías ambientalistas.

Gran relevancia han tenido desde entonces los estudios sobre la influencia de factores ambientales tempranos en el desarrollo, Caldwell (1976), cuyo Inventario hemos utilizado,

hace un enfoque más educativo y social del desarrollo (apoyado por los nuevos descubrimientos de antropólogos como Bateson (1985), Dunst (1985)) señalando la gran influencia para el desarrollo de características paternas, tales como respuesta a las iniciativas infantiles, calidad y cantidad de las intervenciones verbales, así como la presencia en el hogar, de objetos inanimados (juguetes y materiales variados), y el grado de sensibilidad materna; también consideran de gran importancia la disponibilidad de redes sociales de apoyo.

- Las nuevas teorías neuroevolutivas.

Decisiva ha sido la influencia de las teorías neurológicas, con su aportación acerca de la determinación del valor de las experiencias tempranas sobre la organización y bases biológicas de las conductas posteriores, las cuales han sido la base para la creación de nuevos modelos de intervención centrados en el niño, como agente principal de la propia estimulación que recibe y de su propio desarrollo. Appleton, Golberg y Clifton (citados en Guralnick, 1989), hablan de que los niños procesan información y toman parte en su propio desarrollo.

Por esta época Brazelton (1981), apoyado en las investigaciones en etología, demuestra que el recién nacido trae unos sistemas de conducta listos para entrar en actividad y que estos sistemas se potencian, limitan o extinguen según el ambiente en el que el niño vive. (Cosnier, 1985).

No obstante, como señalan Ramey y Brvant (1983), aunque ya se había acuñado el concepto de riesgo, se seguía actuando sobre consecuencias establecidas y no para prevenirlas, con el consiguiente desfase temporal en un periodo tan crítico para el aprendizaje; ya que durante el primer año, como veremos en el capítulo sobre Fundamentación, cuando existe la posibilidad de recuperación anatomofuncional del Sistema Nervioso Central.

II.- MARCO TEORICO DE LA INTERVENCIÓN PRECOZ.

3.- CONCEPTO ACTUAL DE INTERVENCIÓN PRECOZ.

3.1. Definición.

La Intervención Precoz, siguiendo a Guralnick y Bennett, podríamos definirla no como un constructo sino más bien "como un conjunto de distintas intervenciones precoces, cada una de ellas con objetivos, naturaleza y alcance divergentes" (Guralnick, 1989,p.26). Aplicada a un grupo concreto de niños, estas variaciones pueden afectar tanto al fundamento mismo de la intervención (el modelo educativo), al enfoque (amplio o limitado), al tiempo (inicio de la intervención), a la duración, a la intensidad, a la localización (en centro o en hogar) y al objeto de la intervención que puede ser el niño o la familia.

Esta variedad en cuanto al enfoque, pueden observarse en nuestra investigación en las variables "Intervenciones propuestas a los 12 y 24 meses", en la que constan 6 alternativas posibles para actuar. Las diferencias en el enfoque y abor-

daje de la Intervención radican fundamentalmente en la Naturaleza de la Población; no son niños con disfunciones ya diagnosticadas, sino niños que han experimentado un fenómeno o secuencia de ellos desencadenantes de posibles secuelas conductuales o neuroevolutivas negativas a largo plazo. Debido a ello, estos autores llaman a esta fase, de vulnerabilidad porque es anterior a la aparición real de una alteración permanente en el desarrollo (Guralnick, 1989, p. 102).

3.2.- Etiología y evolución.

1978 es el año de las definiciones que, de este conjunto de intervenciones, se ha denominado generalmente Estimulación Precoz, basadas claramente en la mayoría de los autores en Deficiencias instauradas o muy probables, como son la de Moya (1987), González Mas (1984), Sánchez Palacios (1978). Sólo muy raramente se introduce en ellas que el ambiente sea estimulante o que esté adaptado a las capacidades de respuesta del niño. Todos la definen como una serie de "determinados estímulos o un conjunto de técnicas".

Lidia Coriat (1974) la definió con el término de Estimulación Temprana e introdujo unas variables que nos parecen fundamentales:

a) La familia, es el principal agente de normalización del proceso de desarrollo por la calidad ambiental que puede ofrecer.

b) La variación de metas que ella refiere de acuerdo con cada caso, aproximándose a lo que nosotros hemos llamado variedad de enfoques e intervenciones y que se refleja en nuestra

investigación en las variables "Intervenciones propuestas a los 12 y 24 meses".

Sansalvador (1987) hace una síntesis de autores y de centros muy aproximada, con respecto a las distintas definiciones que se han dado a estos modelos de intervención; fundamentalmente centrados en programas de actuación sobre el niño, y sólo para estimular las áreas de desarrollo.

Observaremos más adelante un gran cambio. Las definiciones tienden a incluir en sus enfoques, tres factores decisivos:

- a) el niño conjuntamente con los padres,
- b) la influencia del entorno como marco de ampliación de actividades del hogar y,
- c) un componente de formación a los padres.

He aquí la aportación tan relevante de las investigaciones de Gaiter (1984) citado en Guralnick, (1989) sobre programas de estimulación en los Niños de Alto Riesgo durante la etapa de Hospitalización, con distintas formas de intervención; concluye que el éxito de estos programas fue debido más al apoyo que habían recibido los padres que a las modalidades de Estimulación utilizadas.

3.3. El cambio epistemológico como factor de nuevos planteamientos sobre estos métodos educativos.

En estos últimos años es frecuente encontrar varias denominaciones para nombrar una misma realidad que nosotros hemos denominado Intervención Precoz, definida anteriormente. Analicemos la evolución de las múltiples denominaciones que el concepto ha tenido: 1° Estimulación Precoz; 2° Atención Precoz; 3° Atención Temprana y 4° Intervención Precoz; eliminamos conscientemente los términos relacionados con un enfoque rehabilitador como habilitación precoz, neurohabilitación, estimulación neurosensorial, ya que sólo hemos considerado los enfoques preventivos, cuya actuación es anterior a la aparición de cualquier déficit. Es posible que estos términos hayan sido producto, de la confusión y falta de acuerdo sobre la propia ACTUACION. Pero también pensamos que estas múltiples denominaciones proceden, a su vez, de una evolución en nuestros conocimientos y en nuestra epistemología. Analicemos el proceso:

Lo que en su día, se nombró como Estimulación Precoz, hoy sabemos que es un reduccionismo del que hemos aprendido más de los errores que de los aciertos. Después pasamos al

término de Atención Precoz ya que entendíamos que nuestro enfoque debía ir hacia una Atención Globalizada, pero individualizada en cada caso, con enfoques y planteamientos distintos. Además, esta atención se estaba comprobando que la mayor eficacia radicaba en su dimensión temporal (lo antes posible).

Se pasó a acuñar el término de Atención Temprana (sobre todo en ambientes psicopedagógicos) por descartar toda connotación clínica (como es precoz) y porque ampliaba un horizonte de intervención centrado más en los aspectos ecológicos que influyen en el desarrollo infantil.

El término pues de Atención Precoz se quedó circunscrito a los centros específicos creados para impartir tratamientos médicos (fisioterapia) y psicopedagógicos (estimulación global, logopedia y psicomotricidad).

El término que nosotros hemos escogido de Intervención Precoz es reflejo también de nuestras propias concepciones que son las siguientes:

Creemos que se debe INTERVENIR con métodos y orientaciones hoy día muy comprobados y específicos; en una primera etapa dentro del ámbito hospitalario que es donde se detectan y a la vez se generan los problemas inherentes a la condición de Alto Riesgo; de ahí el término Precoz, que supone lo antes posible, pero en el momento adecuado, con el fin de crear un ámbito más rico para el desarrollo de las capacidades de estos niños, a la vez que los potenciamos con distintas técnicas.

Si bien es cierto que la Intervención Precoz tiene sus orígenes en estas teorías, los conceptos han ido evolucionando en estos últimos años, coincidiendo con el cambio al término INTERVENCIÓN. Veamos una definición de hace diez años sobre Estimulación Precoz con los parámetros clásicos conocidos por todos: "Un conjunto de técnicas, procedentes de la psicología del desarrollo y de la neuropsicología, que convenientemente enseñadas a los padres por profesionales especializados, son aplicadas sistemáticamente sobre el niño para potenciar sus áreas de desarrollo más deficitarias". (Gonzalez Mas (1977) y comparémosla con las definiciones

dadas en los dos últimos años, por autores clásicos en el tema; observemos cómo el foco de atención pasan a ser el niño/familia situados en el contexto, con sus estructuras de apoyo sociales, educativas, de salud:

García Echegoyen afirma: "La Intervención Temprana es un sistema de apoyo para la familia y trata de facilitar el pleno desarrollo del potencial del niño" (García Echegoyen, 1987, pág. 66).

Fernández Ríos en 1984, habla de "Intervención enriquecedora: como el intento de optimizar las múltiples posibilidades del desarrollo humano. El objetivo es hacer que éste se adapte conscientemente a su ambiente (Sternberg, 1981, y se apropie del mismo de una forma lo más autónoma posible". (Fernández Ríos, 1984, pp. 321).

Dunst (1985) utiliza el término "Early Intervention" para describir programas para niños en edad preescolar y bebés de Alto Riesgo. Este autor invierte los factores de la Intervención

Precoz y aporta una visión ecológica de los problemas de desarrollo en el niño. El objetivo, para él, de la intervención no es actuar directamente sobre el niño, incapacitando así a la familia de sus funciones, sino "reforzar los agentes normales de socialización (familia, escuela, iglesia, barrio) y no reemplazarlos." (Dunst, 1985, pp. 166).

Hanson (1989), utiliza el término de "Estimulación Precoz" en este contexto para referirse a todo el conjunto de servicios que se ofrecen a los niños y a sus familias desde que nacen hasta los tres años, que incluyen servicios de educación, cuidado de la salud y servicios sociales. Los esfuerzos de la estimulación precoz se realizan con la familia del niño. El objetivo de estos esfuerzos no es tanto el niño en sí como el niño dentro de su contexto familiar" (Hanson, 1989, pp. 5).

Hemos intentado dar una visión actualizada del concepto de Intervención que como veremos, ejerce una influencia directa sobre la forma de entender la Noción de Alto Riesgo Biológico.

No obstante, esta dualidad en la terminología la seguimos observando, y quizás producto de ella sea la denominada Guía de Atención Temprana de la Comunidad de Madrid (1989), elaborada por un equipo multidisciplinar (médicos pediatras, pedagogos, psicólogos y asistentes sociales) que trabajan en centros muy diversos, como son, Centros Sanitarios (Hospitales), de Servicios Sociales (INSERSO), Educativos (Equipos de Atención Temprana), con Convenios (Asociaciones de Padres subvencionadas por el INSERSO y la Comunidad Autónoma) y Privados, los cuales forman toda la red asistencial de Atención a la Población de Alto Riesgo y con Minusvalías instauradas.

3.4.- Enfoque General en otros Países.

El enfoque epistemológico de lo que hoy valoramos como Intervención Precoz es muy reciente y tiene sus raíces, como hemos visto, en las distintas teorías sobre lo que se ha denominado Estimulación Precoz.

Los países de los que tenemos conocimiento que iniciaron la estimulación precoz aunque con grandes variaciones en su epistemología y abordaje, los mas importantes fueron:

- En América, E.E.U.U., Argentina y Uruguay, países pioneros en este tema, cuya mayor aportación ha sido concebir la Intervención Precoz como un proyecto educativo desde sus comienzos. Fue llevado a cabo con las poblaciones más desfavorecidas socioculturalmente siendo éstas las que tenían también los mayores índices de riesgo biológico y socioambiental.

- En E.E.U.U. la Dra. Dimitriev y la Dra. Hayden aportaron sus objetivos de desarrollo secuenciados, basados en el condicionamiento operante skinneriano, que nos dieron mucha

seguridad en aquella época en que todavía no habíamos podido elaborar criterios propios y los niños tratados no habían crecido lo suficiente para enseñarnos cuáles eran los enfoques adecuados.

La Dra. Hanson nos mostró muchas ideas para el trabajo con familias, en su guía de padres.

- En Argentina, la Dra. Lidia Coriat creó un modelo neuropsicológico con el que poder valorar la maduración normal y las desviaciones de la normalidad en lactantes de Alto Riesgo. Su modelo está basado también en la psicología evolutiva y en las teorías de Arnold Gessell.

El Dr. Gravioto de Méjico ha aportado sus investigaciones sobre desnutrición y los trabajos de seguimiento llevados a cabo para observar el desarrollo de estos niños.

El profesor Samuel A. Kirk de la Universidad de Illinois (E.E.U.U) mostró en 1960 en el Congreso de Londres sus investigaciones sobre deficiencia mental.

- En Europa, Hungría con el profesor Katona (1981) y equipo (Dra. Berenny) que acuñaron el término de Neurohabilitación Precoz. Pensamos que, por sus planteamientos han estado influidos por el gran neurólogo ruso Luria, pero en cambio no han podido incorporar las investigaciones de los psicólogos rusos como Leontiev y Vigotsky, que tanto han influido en estos últimos años sobre el nuevo enfoque del desarrollo de las capacidades en los primeros años, contraponiéndolas a las investigaciones clásicas de Piaget, Wallon, Spitz. (Zaporozet, 1986).

Es importante señalar de este método, su incorporación de la familia, de todos los miembros adultos, como el principal agente para realizar la neurohabilitación, debidamente entrenados por especialistas, antes de ser dado el niño de alta.

El mayor interés de la escuela húngara radica en su Intervención lo más precoz posible (primer mes de vida) realizada durante los primeros meses por la familia y supervisada desde el Hospital. El programa de Neurohabilitación está perfectamente secuenciado a lo largo del día y asociado a las tomas de alimentación. Se lleva a

cabo con todos los niños de Alto Riesgo, con grave sospecha de haberse producido un daño neurológico. (Katona, 1981).

Destacó también Suecia con M. Steen, fisioterapeuta que participó en varios programas educativos con niños disminuidos. Fue nombrado Doctor Honoris Causa en 1976 por la Facultad de Medicina de Uppsala por sus trabajos pioneros en Estimulación Precoz y Gunnell Thunell, pedagoga y socióloga, con sus trabajos sobre el lenguaje en niños con Parálisis Cerebral Infantil.

En Suiza, Gisela Chatelanat, psicóloga de la Universidad de Ginebra, que investigó sobre el hándicap mental y trabajó intensamente en la integración de niños discapacitados.

Mira Stamback (1978) con sus investigaciones sobre psicomotricidad.

En Francia, O. Brunet, I. Lézine (1978) por sus estudios sobre niños de bajo peso y la creación de la Escala de Desarrollo que lleva su nombre, sigue siendo de gran utilidad.

- En Inglaterra, Los Bobath (1989) en Londres, que siguen visitando España todos los años para la enseñanza de su método, es a nuestro criterio el mejor método de Fisioterapia que se puede aplicar en la actualidad con niños de 0 a 3 años, por su enfoque integrado y basado en el aprendizaje activo.

- A. Rondal (1987) ha hecho estudios recientes sobre el lenguaje en niños con Síndrome de Down.

3.5.- Situación en España.

La Intervención Precoz en España empieza a plantearse a comienzos de los años 70. Creo que tenemos el honor de decir que fuimos los primeros que en una Maternidad de Madrid, el Servicio de Neonatología del Hospital Santa Cristina (hasta 1987 llamado Casa de Salud) organizó un programa de seguimiento de todos los niños de Riesgo para prevenir, detectar y tratar las alteraciones en el desarrollo.

Los primeros resultados sobre niños de Bajo Peso AEG y PEG (Adecuados para la Edad Gestacional y Pequeños para la Edad Gestacional), se expusieron en la XI Reunión Anual de Pediatría (1974) donde se vio la necesidad de sistematizar las intervenciones hasta los 6 años de edad con el fin de coordinarnos con el Sistema Educativo.

La visita a España de la Dra. Eloisa García Etchegoyen en 1974 para impartir un curso en el Hospital Clínico fue el suceso que impulsó a la dirección de la Casa de Salud y Maternidad de Santa Cristina con el Dr. Villa Elizaga a crear el primer equipo asistencial de Estimulación Precoz para niños con Minusvalía y niños de Alto Riesgo, a

cuyos miembros nos becó el SEREM (Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusvalidos Físicos y Psíquicos).

En 1976 se publica la primera investigación sobre Estimulación Precoz en Incubadoras, con niños de bajo peso (Villa, García, De Miguel, 1976), llevada a cabo también en esta Maternidad.

En 1979 el SEREM conjuntamente con la Casa de Salud y Maternidad de Santa Cristina, organiza un curso de formación para profesionales que estén trabajando con niños deficientes. Es en este curso donde exponemos nuestro método de trabajo, así como los primeros objetivos de desarrollo elaborados por el propio equipo y aplicados a nuestra población de Niños en tratamiento (Un grupo de Síndrome de Down, otro de Parálisis Cerebral Infantil y otro de retraso psicomotor y madurativo compuesto por niños de Bajo Peso y con semiología de alarma).

En este curso el INSERSO aportó como documentación el Proyecto y Guía Portage (1976),

traído de E.E.U.U. y que nos fue de gran ayuda en el futuro para completar nuestros propios objetivos y contrastar enfoques.

Este curso finalizó con la creación del primer Centro Base de Tratamiento de Estimulación por parte del SEREM (1979).

Por esta época, Barcelona también inicia una experiencia reducida.

En Junio de este mismo año, se celebran en Madrid las primeras Jornadas Internacionales de Estimulación Precoz que sirven para dar resonancia nacional a este tema.

Pamplona y Vitoria son las únicas provincias entonces que organizan experiencias en Estimulación Precoz, asociadas a la Clínica de la Universidad en el caso de la primera.

Unos años más tarde, parte de los miembros del equipo de Estimulación Precoz de Santa Cristina, tres psicólogas, inician experiencias en privado ante la falta de apoyo de las Instituciones

Sanitarias y la creciente demanda de una población infantil con deficiencias, que por otra parte, tampoco tenía acogida en el Sistema Educativo.

En 1979 desaparece el SEREM creándose el INSERSO (Instituto Nacional de Servicios Sociales).

En 1980 el INSERSO aprueba el Plan de Prestaciones para Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales, contemplándose por primera vez prestaciones para el Tratamiento de Estimulación Precoz, tanto médicos como psicológicos, para "su- jetos afectados". Estos tratamientos se especifican en:

- a) Psicomotricidad.
- b) Sensomotricidad.
- c) Terapia del lenguaje.
- d) Creación del lenguaje.
- e) Fisioterapia.
- f) Medicina ortopédica.

Como requisitos, se ponen:

- Edad de 0 a 5 años.
- Elaboración de un programa individual. (San salvador, 1987, p. 13).

Este reconocimiento legal hizo posible la creación de varios centros en distintos puntos de España, donde por primera vez se habla de ayudas para la atención precoz.

En 1981, el INSERSO habla de un plan nacional con la creación de nueve Servicios de Atención Precoz, dotados con un equipo de profesionales, compuesto por pedagogo, psicólogo, asistente social, médico y estimuladores.

En el plan de actuaciones se habla de un proyecto existente donde se hace referencia, aparte de los aspectos administrativos, a datos de interés para una buena Intervención, como son:

- Principios básicos que rigen las actuaciones.
- Metodología en la Atención.
- Elaboración del Programa de Tratamiento. (Previa exploración y diagnóstico.)
- Acciones con la familia.
- Encuentros de padres.
- Acciones en dinámica familiar.
- Participación de la familia en el Programa de Tratamiento del niño.

- Formación permanente.
- Sistemas de Evaluación. (Sansalvador, 1987, pp. 16).

En 1982, con el traspaso en materia de Sanidad a algunas Comunidades Autónomas, se espera la decisión de los distintos gobiernos autónomos.

Con esta configuración en la estructura política, solo siete de las Comunidades Autónomas se benefician de los Centros de Atención Precoz con capacidad para atender a 100 niños menores de 3 años y dotados de un equipo formado por neuropediatra, médico rehabilitador, pedagogo y psicólogo, tres estimuladores y un fisioterapeuta.

En Baleares y en Canarias se crean dos centros de Estimulación Precoz (E.P.).

Las Comunidades que implantan la E.P. con mayor intensidad son Navarra, el País Vasco, Murcia, Galicia, Madrid y Cataluña.

En 1980, en Galicia, Santiago de Compostela, crea una Unidad de E.P. dependiente de

la Cátedra de Pediatría del Hospital General de Galicia.

Navarra fue la primera Unidad Pediátrica oficial de E.P. de España.

En Guipúzcoa se encuentra uno de los organismos informativos sobre deficiencia mental más importante de España: el SIIS (Centro de Información y Documentación), y en la actualidad este centro se encuentra también en Madrid (C/ Serrano, 140).

Murcia también ha destacado por su interés hacia el tema de la Intervención Precoz a través de una asociación de padres ASSIDO, que fue capaz de organizar las primeras Jornadas Nacionales sobre Síndrome de Down en 1986.

Durante todos estos años es de destacar la intensa labor realizada por las ASOCIACIONES de padres de niños con deficiencias, que urgidos por la necesidad de Intervención a sus hijos y ante la falta de cobertura y de respuesta del Sistema Sanitario y Educativo, se vieron en la necesidad de

solicitar, ellos mismos, las subvenciones para sus hijos y tener que contratar a los profesionales. Esto permitió que pudiera ser atendida una gran población de niños en Riesgo de padecer secuelas y muy precozmente, pero la gran responsabilidad que adquirieron estos padres al constituirse en empresarios de los profesionales de los que recibían ayuda y orientación, creemos que fue muy negativo, produciéndoles muchas contradicciones y solapamiento de roles. Para los profesionales también fueron años muy difíciles, por tener que compaginar el rigor profesional y las demandas inalcanzables de los padres.

La celebración en Madrid de las VI Jornadas Internacionales de Estimulación Precoz, que se han venido organizando por el Centro APERT (Asociación de Psicología y Lenguaje) han dado un mayor interés científico y un mejor intercambio a nivel internacional.

En la Generalitat hay que destacar la creación de un equipo de expertos dependiente de la Conselleria de Sanitat y la creación del programa sectorial de E.P. donde implícitamente reconocieron

la existencia de un gran número de centros creados a instancias de padres y profesionales.

En 1984 se creó la Coordinadora de Equipos de Estimulación Precoz de Cataluña.

En 1985 se crean los equipos psicopedagógicos dependientes del M.E.C. y de la Comunidad.

En la actualidad la Intervención Precoz, al no formar parte del sistema asistencial sanitario, como pretendemos en nuestros objetivos, se imparte de forma "puntual" en algunos Centros hospitalarios dentro de los Servicios de Neonatología o incluso de Rehabilitación (en estos últimos con otros criterios más organicistas).

Como tratamiento especializado llamado de Atención Temprana o Atención Precoz, es competencia en cada Autonomía de los centros Base dependientes del INSERSO y de los Equipos de Atención Temprana de cada Comunidad Autónoma.

El número de plazas y de centros es muy limitado para una población cada vez más creciente, que es diagnosticada en el primer año de vida de retraso madurativo, psicomotor o deficiente, según

el nivel, y que además no ha sido tratada en Intervención Precoz en los primeros meses. Esta situación ha motivado, como dijimos, la persistencia de Centros subvencionados, llamados en su mayoría Asociaciones de Padres, que dan acogida a un gran número de niños a partir del primer año o incluso antes en muchos casos.

La organización de una red informatizada de Coordinación y derivación entre todos estos centros para la Atención e Intervención en los primeros años es una de las tareas propuestas en estos momentos y cuya iniciativa ha partido del Hospital Universitario San Carlos (Servicio de Neonatología) para que se haga realidad el seguimiento a corto y largo plazo de toda la Población de Niños, que en su momento necesitó Intervención Precoz.

4.- FUNDAMENTACION DE LA INTERVENCION PRECOZ.

Luria (1974) dijo que "uno de los mayores logros de la Psicología científico moderna, es la tendencia a estudiar la génesis de los procesos mentales y a analizar su formación y evolución." (pp.11).

El conocimiento del desarrollo del ser humano desde su nacimiento, ha sido estudiado a la luz de diferentes modelos teóricos y por especialistas de distintas fases del desarrollo. Desde los que se han dedicado a los primeros meses especialmente, como Brazelton, Winnicott, Mahler y Bolwby, hasta los que han hecho un enfoque más general del desarrollo, como Piaget, Wallon, Gessell, etc.

Para poder manejar distintos abordajes y técnicas en Intervención Precoz, es necesario conocer muy bien las primeras fases de desarrollo (cómo es su génesis y su evolución) con el fin de tener la seguridad de no "etiquetar" como desviaciones, aquellos fenómenos que pueden ser normales situados en el seno de relaciones y de contextos diferentes.

Este conocimiento es necesario también para poder actuar de "continentes" de toda la ansiedad, sentimientos de fracaso, incompetencia e inseguridad con que se enfrentan los padres con sus hijos en los comienzos de su vida y para muchos padres en los comienzos de su paternidad.

Winnicott (1975) señaló que cuanto más cerca del hombre está una ciencia, más difícil nos resulta la comprensión de ella. En este tema los distintos profesionales que la abordamos nos vemos abocados a "visiones de una misma realidad" que son "estos niños y su situación de Alto Riesgo al nacimiento", desde enfoques muy diferentes, los cuales son producto de nuestro propio trabajo profesional y de nuestra trayectoria vital.

Desde hace siglos, el hombre ha sido estudiado por muchas ciencias, que le han parcelado en mil aspectos y entre ellas han tenido escasa relación, pero no hay una ciencia que trate al hombre como ser global, integrado en todos sus aspectos.

Nosotros vamos a dar una panorámica sobre todas las bases científicas en que, creemos, se tiene que apoyar cualquier enfoque de una Intervención Precoz, pero queriendo resaltar que una vez frente al niño todo esto queda "como música de fondo" y lo primordial es observar, escuchar y reflexionar para comprender la situación siempre irrepetible de cada niño y su familia. Sólo así entenderemos el por qué de su evolución.

4.1.- La Neurología Evolutiva.

Durante las primeras etapas de la vida, las células nerviosas tienen una gran capacidad, debido a su plasticidad, para responder a estímulos ambientales y para adaptarse a distintas funciones, así Katona (1981) basa su programa de Neurohabilitación Precoz sobre la base de la relación tan positiva, que existe entre estímulos estructurados y la maduración del sistema nervioso central.

Los primeros antecedentes para el desarrollo de programas de Estimulación Precoz los tenemos en las aportaciones de Luria (1974) y Vigotsky (citado en Zaporozet y Lisina, 1986) que descubrieron las bases neurofisiológicas de los aprendizajes.

"La Neurología Evolutiva se ha ocupado específicamente de este abordaje científico al tener en cuenta que la conducta humana en esta etapa en desarrollo, no se expresa a través de una sola manifestación funcional sino de múltiples y que es la organización funcional de estas manifestaciones y no su suma, la que nos permite situar una determinada conducta en los límites de la normalidad" (Campos, 1989, pp. 2). Según este autor, el principio neurológico básico que se aplica es el de la evolutividad.

Es importante la aportación que hacen estos autores antes señalados, al considerar el Aprendizaje como la vía a través de la cual madura el sistema nervioso central.

La definición de "Madurar es adquirir el máximo grado de perfección funcional en cada etapa de desarrollo" que da Campos (1989, pp.2) se basa en el criterio de que toda interferencia en el proceso madurativo se traducirá en una Discapacidad, que deberíamos llamar Maduropatía, según su concepto de evolutividad.

Este autor habla de la etapa entre el 7º mes de embarazo y los 2 primeros años de vida, como el período más vulnerable para el sistema nervioso, porque corresponde al período de mayor multiplicación neural y glial (centros nerviosos).

Si aplicamos este concepto al campo de la Psicología y de la Educación, podremos deducir que éste es el período más sensible para desarrollar todas las capacidades de aprendizaje a través de la adaptación del niño a un medio que deberá ser progresivamente más rico y diversificado.

Uno de los factores que interfieren más significativamente el proceso de maduración neurológica son los trastornos sensoriales. (Campos, 1989).

Siguiendo la hipótesis de Luria (1974), Campos (1989) destaca la base neurológica del comportamiento sin contraponerlo a los factores ambientales insistiendo en "la implicación de estructuras corticales y subcorticales especialmente el hipotálamo y el sistema límbico en el control de las emociones y los impulsos con una base neuroquímica" (Campos, 1989, pp. 8).

Amiel Tison (1989) siguiendo estos criterios actuales de la neurología evolutiva habla de la noción de retardo como no adecuada, ya que si una función está retardada no quiere decir que sea patológica.

Un concepto de esta autora que nos parece importante para su aplicación al campo de la Educación, evitando así determinismos, es la distinción entre hallazgos anómalos en la exploración neurológica y sus consecuencias sobre la función. Es decir, que no siempre que se detecta una anomalía existe una repercusión funcional en la conducta.

Esta autora rechaza la hipótesis de la aparición de secuelas a largo plazo e insiste en que si no hay signos neurológicos en el primer año, se debe rechazar el origen perinatal de los trastornos.

Es interesante su experiencia sobre las diferencias culturales en la maduración neurológica. Según ella, los niños de raza negra son muy precoces así como los japoneses tienen una hipotonía fisiológica mucho más acusada que los blancos, también señalada por Feurstein (1980).

Nosotros pensamos que deben jugar un gran papel en estas culturas, los Estilos de Crianza así como sus estimulaciones específicas en: interacción, cambios posturales, exploración del espacio y hábitos de autonomía, producto de los cuales son las concepciones tan distintas que sobre la infancia tienen estas culturas.

4.2.- La Psicología del Desarrollo.

Comenzaremos nuestra fundamentación en este amplio campo con la autora Margaret Mahler (1972) que inició sus investigaciones estudiando las alteraciones emocionales graves que sufrían los niños americanos en su desarrollo y como ella misma dijo, tuvo que volver a empezar observando primero el desarrollo emocional normal del niño para poder comprender las desviaciones de la normalidad (Mahler, 1972). Su estudio minucioso y la catalogación en fases y subfases del desarrollo emocional de 0 a 3 años (Mahler, 1972) así como sus investigaciones sobre las desviaciones graves de la personalidad infantil nos han sido de gran ayuda para el enfoque de nuestro trabajo: Ella dijo que el impulso hacia la maduración es innato en todo ser humano pero que un niño con una dotación innata inferior se queda anclado en cada fase del desarrollo.

La Psicología dinámica ha aportado numerosos psicoanalistas que han estudiado el desarrollo infantil desde Freud: Ana Freud, Melanie Klein, Erikson, Susan Isaacs, Spitz, Winnicott, Bolwby, y más actualmente Françoise Dolto, Mand Mannoni, Bruno Bettelheim, Pérez Sánchez, etc.

En este trabajo nos centraremos sólo en los autores más conocidos en el análisis fenomenológico del desarrollo infantil, como son Gessell, Piaget y Wallon, los cuales han realizado numerosos trabajos clásicos sobre el desarrollo humano, término citado por primera vez en 1925 por A. Busemann (citado en Sansalvador, 1987).

Gessell enclavado dentro de la escuela maduracionista o fenomenológica, se centró en el aspecto biológico de la maduración. Estudió, en la Universidad de Yale, todo el desarrollo postural del niño durante el primer año. Su descripción gráfica y su inventario sobre el desarrollo motor ha sido el más amplio hasta la actualidad.

La clasificación que hizo en áreas de desarrollo ha persistido hasta hoy:

- 1º Control postural, desarrollo psicomotriz.
- 2º Coordinación visomotriz, conducta adaptativa.
- 3º Lenguaje.
- 4º Social.

Esta ha dado origen a varias Escalas de Desarrollo, una de las más usadas en la actualidad, es la de Brunet-Lezine (aplicada en nuestro trabajo). A través de ellas se puede obtener un Cociente de Desarrollo Global y los parciales de las cuatro áreas, así como la Edad de Desarrollo en la que el niño se encuentra.

Wallon enfocó el desarrollo infantil desde la globalidad. Su teoría de los estadios se refiere sobre todo al desarrollo emocional y social como contrapunto a los autores de la época más centrados en aspectos parciales.

Wallon, en su valoración de la globalidad considera el desarrollo como un proceso no lineal sino marcado por estadios cuya característica principal es un tipo de conducta preponderante. (Lo que Montagner (1989) actualmente ha llamado conducta pivote u organizador).

Los estadios, según Wallon, son períodos muy amplios de tiempo, que él establece como siete, hasta los doce años:

- 1*) Impulsivo puro desde el nacimiento hasta los tres meses; es el estadio más corto y para él lo característico es la actividad motriz.
- 2*) Emocional, de los tres a los seis meses.
- 3*) Sensitivo-motor, de los nueve a los dieciocho meses.
- 4*) Proyectivo, de los dieciocho meses a los dos o tres años.
- 5*) Personalismo, de los tres a los seis años.
- 6*) Pensamiento categorial, de los seis a los once años.
- 7*) Pubertad y Adolescencia, sobre los once o doce años.

Piaget dedicó sobre todo sus investigaciones al estudio del desarrollo de la inteligencia en el niño. También considera este proceso discontinuo o no lineal, y dividido en Estadios jerarquizados e integrados entre sí.

En su teoría genetista destacan los conceptos de Asimilación y Acomodación que van siempre unidos: Asimilación sería la integración de nuevos elementos del medio a las estructuras propias (según la maduración). La Acomodación será la realización de nuevas conductas en función de lo nuevo incorporado.

Considera cuatro grandes estadios:

1º.- El sensorio-motriz, que incluye seis estadios:

- a) El ejercicio de los esquemas sensorio-motores innatos.
- b) Las reacciones circulares primarias.
- c) Las reacciones circulares secundarias.
- d) La coordinación de los esquemas secundarios.
- e) Las reacciones circulares terciarias.
- f) El del insight.

Estos estudios comprenden los dos primeros años de vida.

2º.- El preoperatorio (de dos a seis años).

3º.- El de las operaciones concretas (de seis a once años).

4º.- El de las operaciones formales (de los once años hasta la adolescencia).

Nombres destacados dentro del campo de la psicología genética que han hecho grandes aportaciones, han sido Spitz (con sus teorías de los organizadores del desarrollo emocional: la sonrisa, la reacción ante extraños y el no) y Zazzo, cuyas investigaciones sobre aprendizaje han sido muy aplicadas al campo de la Educación.

Estos son los tres autores clásicos (a nuestro entender) en los que fundamentalmente se han basado todos los programas de aprendizaje de los diversos métodos de Estimulación Precoz:

- Gessell: se centró en la maduración biológica de las estructuras.
- Wallon: se centró en los aspectos emocionales y sociales.
- Piaget: en los aspectos intelectuales.

La mayor riqueza en conjunto, de estos autores, fue la complementariedad de sus aportaciones, que nos ha permitido hacer una síntesis sobre el desarrollo global normal en cada etapa y de esta forma poderlo valorar conjuntamente con la evolución de las distintas áreas del desarrollo. Esta forma de valoración es imprescindible en los dos primeros años de vida, donde lo más importante es la armonía o disarmonía de la maduración global.

Como hemos podido demostrar, la Intervención Precoz tiene mayor interés en los dos primeros años de vida, al experimentar los procesos de maduración un desarrollo más acelerado, por lo cual son más permeables y receptivos a todo tipo de aprendizajes y de cambios funcionales.

4.3. La Psicología de la Conducta.

Basada en las teorías de Paulov, sobre el condicionamiento clásico y más tarde en las de Skinner sobre el condicionamiento operante, "se desarrollan las bases para una estimulación precoz que deriva de la modificación de la conducta" (Sansalvador, 1987, pp.31).

Es importante dentro de esta teoría el concepto Condicionamiento Operante, y dentro de este ámbito, los de Respuesta Operante y Refuerzo.

El aprendizaje según esta teoría puede definirse como "una serie de modificaciones o cambios de comportamiento de un organismo que se dan como resultado de la experiencia o de la práctica y que dan lugar a la adquisición de determinados conocimientos o habilidades. Cuando un organismo aprende, se puede decir que está adaptado su comportamiento a diversos cambios del medio.

El condicionamiento operante lo que hace es reforzar unas respuestas o extinguir otras". (Sansalvador, 1987, pp. 31). Para ello utiliza

estímulos positivos o de aversión.

Como indica Sansalvador (1987), la elaboración de este tipo de programas está hecha para niños deficientes cuyo objetivo es reforzar ciertas conductas que son débiles en niños deficientes o extinguir otras que sean patológicas.

Creemos que la aplicación de esta metodología a niños de Alto Riesgo no es muy factible ya que no hablamos en términos de conductas patológicas o normales sino de inaduras o adecuadas a una determinada evolución y tipo de contexto, con lo cual nos orientamos más a cambiar la "calidad del contexto" que la conducta en sí, por la repercusión a largo plazo que esto puede suponer.

4.4. Bases Educativas.

Actualmente la mayoría de los abordajes que se hacen de la Intervención Precoz tiene un marcado carácter educativo basándose en las modernas teorías sobre aprendizaje que nacen a raíz de la comprensión del desarrollo de la personalidad infantil y del proceso de evolución de sus capacidades y adquisiciones.

Así pues toda Intervención sobre el niño en los primeros años debe tener como cualquier aprendizaje "un enfoque globalizador, que favorezca el desarrollo integral y que le aproxime a los referentes naturales del contexto social en el que vive. En los primeros años de vida sólo es posible a través de relaciones significativas y totalizadoras" (Santos, 1989, pp.13).

Siguiendo a Santos (1989) el principio de globalización hace referencia a las capacidades del niño y a sus adquisiciones teniendo siempre en cuenta el contexto organizativo donde se van a desarrollar. Este autor señala que "no es posible que un niño pueda aprender de forma aditiva fragmentada y acumulativa" (pp. 14).

Mata y Garriga (1989) señala que el niño desde que nace es sujeto de educación. "Que sus genes humanos le dan la capacidad de integración y de creación de pautas de comportamiento, capacidad que es la clave de la educación para el individuo" (pp.8). Esta autora habla de la cualidad en la educación, es decir, adaptada a cada cual, teniendo en cuenta el tipo de contexto social en que vive (urbano, rural, etc.)" (pp.11).

La Intervención Precoz también se basa en el viejo concepto que Bateson llama de "aprender a aprender" (Bateson, 1985, pp. 198): "La experiencia de aprendizaje en un contexto promueve la capacidad de aprendizaje en otro contexto". Es decir, que la capacidad que tiene el niño de generalizar sus aprendizajes, le permite aplicarlos a nuevas experiencias, ésta es también la teoría de Piaget.

Pablo del Río (1986) define EDUCAR así: "No es solo dirigir sino generar en el niño la capacidad para que se dirija a sí mismo" (pp.139). Concepto clave en toda Intervención Precoz para poder favorecer este proceso de autonomía del niño y de la familia evitando protagonismos

profesionales, que dificultarían su posterior adaptación al sistema educativo.

Montagner (1989) en su nueva interpretación de los organizadores como conducta clave o pivote, que marcan la adquisición de nuevas competencias en los tres primeros años señala: "el bebé a medida que adquiere nuevas capacidades de codificación, redefine sus intercambios con el medio, de tal manera que puede realizar nuevos intercambios con él". Creemos que uno de los grandes éxitos pero también de los grandes riesgos de cualquier enfoque de una Intervención Precoz es el contexto de aprendizaje que se crea. Estamos de acuerdo con Acosta (1977) en que cuando no se respetan las características propias de cada niño o su ritmo particular de crecimiento y aprendizaje, se crea un contexto, en el que no es posible, que el niño aprenda por sí mismo a responder a las dificultades y conflictos existentes en cualquier proceso de desarrollo y adaptación.

El concepto de sistema mental de Bateson (1985) aporta una epistemología cibernética, que sugiere un enfoque nuevo acerca del mundo mental; este autor lo expresa así: "el mundo del procesamiento de la información no está limitado por la piel. Existen cantidad de vías de mensajes fuera de la piel y éstas junto con los mensajes que transportan deben ser incluidos dentro del sistema mental: El ciego que emplea su bastón para saber por dónde va. ¿Está su sistema mental limitado por el bastón? ¿por su piel?" (Bateson, 1985, pp. 489).

5.- OBJETIVOS GENERALES DE LA INTERVENCIÓN PRECOZ

Los objetivos generales que forman parte de toda Intervención Precoz, son los mismos que nosotros pretendemos llegar a conseguir con la realización de esta tesis:

5.1. Objetivos aplicados a la Intervención según Tipo de Riesgo.

1º Objetivo: Delimitación de los diversos factores de Riesgo.

La valoración de factores de Riesgo se puede llevar a cabo con variables de tipo:

- a) Biológico.
- b) Psicológico.
- c) Socio-familiar.

Estos factores pueden presentarse unilateralmente, pero sabemos por experiencia que no solo aparecen juntos, sino que además se potencian entre sí, según diversas investigaciones llevadas a cabo por autores como Guralnick y Bennett, 1989; Tojo, 1984; Vázquez de la Cruz, 1984. Es decir, que las

clases socialmente más desfavorecidas, tienen menos recursos, los tienen más lejos y además a menudo los desconocen por falta de información y de la propia marginación. Pongamos un ejemplo: A nivel biológico, un factor de Riesgo importante es el nacer con muy bajo peso; Un niño de bajo peso no nace así por accidente, sino que ha habido factores negativos, probablemente antes de su concepción, que lo han determinado, como es la desnutrición materna, enfermedades infecciosas, etc., más frecuentes en estas clases sociales desfavorecidas.

Debemos incluir además la existencia de factores de Riesgo psicológico, descritos por muchos autores (Bolbwy, 1976; Malher, 1972; Winnicott, 1975), que en estas edades pueden tener una vía de expresión somática (Kreisler, Negri, 1988) ya que el niño es un ser psicossomático por excelencia, al no tener la capacidad desarrollada para expresar mentalmente sus problemas.

Puede haber factores ambientales que sean patógenos y dificulten su desarrollo emocional, teniendo su vía de expresión también a través de manifestaciones psicossomáticas; así podemos

considerar el insomnio, anorexia, vómito, etc.; factores que nosotros hemos considerado importantes como variables para observar fundamentalmente en el primer año y ver si persisten en el segundo año.

A nivel del núcleo familiar existen factores, investigados como de Riesgo importante que, de no modificarse en los primeros años de vida del niño, pueden causar un desarrollo patológico; éstos han sido ampliamente descritos por Masson (1987). La enumeración de estos factores puede verse detallada en el Anexo.

El proyecto Abecedario de la Universidad de Carolina del Norte (1986), ha establecido unos criterios de Riesgo basados en aspectos psicológicos y sociales, varios de los cuales han sido utilizados para nuestra evaluación familiar.

Autores como Guralnick y Bennett (1989), han hecho un análisis de los distintos factores de Riesgo por separado, documentado con las investigaciones más destacadas en aquellos años.

Campistol (1989), Ferrari (1989) y Kulakowski (1989) nos ofrecen una panorámica actual, sobre lo que se consideran factores de riesgo biológico.

Los factores de riesgo sociofamiliar deben ser tenidos en cuenta, ya que siempre interactúan con los factores de Riesgo biológico.

2° Objetivo: Conocer la eficacia de la Intervención Precoz en niños con mayor Riesgo Biológico, en sus diversas vertientes:

- A) Como método de potenciar su desarrollo integral apoyando y complementando las funciones de la familia.
- B) Como método de compensar las "anomalías neuro-evolutivas" transitorias que, de no ser tratadas precozmente, pueden dificultar el rendimiento escolar y el desarrollo pleno de sus capacidades. (Campos, 1989; Poch, 1989; Stefanini, 1989).
- C) Ambos métodos se llevarán a la práctica proporcionando al niño distintos ámbitos de experien-

cia que potenciarán el desarrollo de todas las áreas de expresión (lenguaje) y cognitivo-motriz o de experiencia. (Objetivos marcados por la Ley de Educación Infantil (Período 0-3) de 1987.

5.2. Objetivos sociofamiliares globalmente considerados: niño/familia/contexto.

3º Objetivo: Orientación y apoyo a las familias simultáneamente a la información de la "Situación de Riesgo" y establecimiento del diagnóstico, para que puedan superar la fase de stress y procesos de ansiedad lo más adecuadamente posible, de modo que no interfiera en el establecimiento de vínculos afectivos positivos y estables. (Militerni, 1989).

4º Objetivo: Cambio de actitudes negativas en los padres, producidas por su propia ansiedad y stress, que impiden el desarrollo de aptitudes para entender y responder adecuadamente a las conductas y señales de su hijo; si persiste esta dificultad en el entendimiento, tendrá también

una repercusión a largo plazo, porque este tipo de relaciones subyacen en el fondo de todos los procesos ya que afectan a la integridad y continuidad del desarrollo.

Montagner (1989) señala que la génesis de las relaciones que el niño establece con sus iguales, con los adultos y con el mundo inanimado, tiene su origen en la calidad de las primeras relaciones, que es el contexto de aprendizaje primario en el que se desarrollaron.

5º Objetivo: Enseñar a los padres a adecuar sus demandas y sus comportamientos a las conductas a veces lentas o inadecuadas de su hijo.

Hacerles que tomen conciencia de las posibles dificultades del niño, pero sin que pierdan la seguridad en ellos mismos, acerca de su importante y decisiva función como protagonistas en la educación para el más óptimo desarrollo posible de su hijo.

6° Objetivo: Intentar lo antes posible que la familia se normalice como grupo.

Es decir, que todos los miembros que la forman, tengan sus necesidades satisfechas, superando la fase de disfuncionalidad, que sufre cuando todos giran en torno a este miembro "enfermo", generando actitudes de sobreprotección, angustia, rechazo, falta de confirmación, tan patógenas para un desarrollo emocional sano. Estas actitudes se han introducido como variables en nuestra investigación (ver Base de Datos) para poder analizar sus efectos sobre el desarrollo global en los dos primeros años.

7° Objetivo: Hacer un enfoque individualizado de cada familia, entendiéndole como un sistema abierto, como un grupo natural con historia, para lo cual es necesario que los profesionales conozcamos las diversas técnicas que utilizan los modelos teóricos que estudian a la familia como tal y poder llegar en un futuro a traducir e integrar los modelos de interacción familiar a la Intervención Precoz. (Guralnick, 1989).

5.3. Objetivos Educativos.

8° Objetivo: La incorporación a los programas de Intervención Precoz de los factores motivacionales, sociales y emocionales, como índice significativo de la eficacia de dichos programas, lo cual ya se está haciendo, pero su no inclusión es debido, en parte, a la dificultad de evaluarlos.

9° Objetivo: Dar prioridad en los métodos de Intervención Precoz a la consideración de los recursos familiares y redes sociales de apoyo como elementos esenciales para el futuro desarrollo del niño.

10° Objetivo: El desarrollo de instrumentos de evaluación, sencillos y rápidos que puedan utilizar los distintos especialistas (personal sanitario y educadores) que sirva de referencia y orientación a la intervención.

11° Objetivo: Llegar a valorar la eficacia de la Intervención Precoz en un contexto amplio, no en función de éxitos o fracasos, que no es posible en estos tipos de población.

12° Objetivo: Conseguir que la Intervención Precoz en niños con distintos tipos y niveles de Alto Riesgo forme parte del Sistema asistencial de nuestro país, como sucede en otros, llevándose a cabo programas eficaces que den respuesta global a las necesidades de estos niños y sus familias.

13° Objetivo: Conseguir la colaboración de las Instituciones Sanitarias y Educativas para poder llevar a cabo programas educativos adecuados al desarrollo global y personalidad del Niño, como ser integrado y no parcelado en su desarrollo (lo cual se ha destacado en el Anteproyecto del Marco Curricular para la Educación Infantil, 1986).

14* Objetivo: Procurar que el Sistema Educativo actual se adapte al ritmo evolutivo de los niños de Alto Riesgo

en su Ciclo Inicial de E.G.B., respetando la flexibilidad en el acceso al Sistema Ordinario según la evolución alcanzada en el ciclo anterior (0-6). Se evitará así la inadaptación y posterior fracaso escolar por no adecuación de los programas a la evolución madurativa, claramente más lenta, de esta población según la investigación de Retortillo (1989).

6.- HIPOTESIS GENERALES SOBRE LA INTERVENCION PRECOZ Y SU EFICACIA COMO METODO EDUCATIVO.

Las Hipótesis Generales que nos hemos planteado al realizar el presente trabajo han sido las siguientes:

1*) Los factores de Riesgo Biológico puede no determinar por sí mismos el desarrollo posterior del niño, habiendo "otros factores" que inciden en su maduración.

2*) Pensamos que los factores biológicos no sólo influyen en el desarrollo individual del niño, dificultándolo a veces, sino también en su sistema familiar, alterando la percepción que de este "niño enfermo" van a tener sus padres a lo largo de mucho tiempo.

3*) Es posible que estos factores de Riesgo Biológico, condicionen la creación de hábitos inadecuados en la familia y "contextos de aprendizaje" anómalos (Bateson, 1985; Watzlawick, 1975), al no tener los padres seguridad en sus funciones y responder de forma ambigua o inadecuada

a los comportamientos a su vez lentos e inmaduros, del niño. Se crea con ello una realimentación negativa.

4°) La lentitud en las respuestas de estos niños durante el primer año, sobre todo, pueden determinar una hipoestimulación en las interacciones no sólo madre-hijo sino con todos los subsistemas de la familia, padre-hijo, niño-hermanos, niño-abuelos, niño-educador, niño-adulto, No potenciando sus otras capacidades, que sería lo óptimo, sino centrándose en sus dificultades o deficiencias.

5°) La Intervención Precoz podría facilitar y estimular el desarrollo y maduración global del niño, a base de:

- potenciar la aparición de nuevas capacidades.
- confirmar y responder positivamente a las que aparecen.
- compensar las dificultades que el niño muestra en algún área de desarrollo, encontrando nuevas estrategias, enseñando y motivando hacia actividades alternativas más accesibles. (Fernández Ríos, 1984; S.Salvador, 1987).

6º) La orientación y apoyo a la familia conseguirán que se adapten al ritmo de su hijo, se relacionen bien con él y elaboren la pérdida del niño esperado, consiguiendo controlar sus sentimientos de fracaso y decepción, no influenciando negativamente su evolución.

7º) La Intervención Precoz conseguirá que el niño acceda más pronto y en mejores condiciones al Sistema Educativo pudiéndose aprovechar él y su familia de esos recursos que tanto pueden ayudarle a un buen desarrollo y autonomía personal.

7.- CAMPO DE APLICACION: NATURALEZA DE LA POBLACION.

Guralnick y Bennett (1989) teniendo en cuenta la eficacia de los distintos enfoques que puede tener la Intervención Precoz, según definición dada por ellos (pp. 26), señalan tres grupos específicos de población Neonatal (pp. 5):

- 1 - Niños en situación de mayor riesgo ambiental.
(pobreza, bajo status socioeconómico, ausencia de padre o madre, madre adolescente).
- 2 - Niños en situación de mayor riesgo biológico.
(pretérminos, niños con bajo peso < 2500 gramos y excesivo bajo peso < 1.500 gramos, niños procedentes de cuidados intensivos, niños a término asfixiados, etc.).
- 3 - Niños con retrasos, desviaciones o discapacidades de desarrollo establecidas. Este grupo, puede ser clasificado según las áreas funcionales primarias de la discapacidad del desarrollo, en:
 - Retrasos cognitivos (desarrollo general): cromosomopatías, retrasos de origen biológico.

- Deficiencias de la movilidad: encefalopatías, parálisis cerebral infantil.
- Retrasos y deficiencias del lenguaje/comunicación.
- Síndrome clínico de autismo.
- Deficiencias sensoriales (audición y visión).
- Minusvalías superpuestas y asociadas (Parálisis cerebral con deficiencia sensorial; retrasos cognitivos primarios con deficiencias de la movilidad; deficiencias de la comunicación con déficit sensorial auditivo/visual).

Estos autores señalan que aún siendo relevante examinar individualmente estas tres categorías generales de alteraciones en el desarrollo, también es importante considerar sus "frecuentes superposiciones, sus etiologías específicas comunes y problemas asociados y su presencia conjunta en el mismo niño " (Guralnick y Bennett, 1989, pp. 5).

Incluso puede suceder, aunque no es frecuente afortunadamente, encontrarnos con niños que no habiendo sufrido o mínimamente algún factor de riesgo neonatal, presentan alteraciones en el desarrollo, probablemente debido a factores prenatales que están mucho menos investigados hoy.

Se ha resaltado en varios trabajos la gran frecuencia de aparición en la Población de Alto Riesgo Biológico de factores de riesgo sociodemográfico y factores de riesgo prenatal. (Vázquez de la Cruz y Gallego, 1984).

La Asociación Española de Pediatría, Sección de Neonatología, ha establecido para todos los centros materno-infantiles, programas de seguimiento del desarrollo psicomotor del recién nacido de Alto Riesgo; éstos deben ser realizados por un equipo multidisciplinar. A su vez ha determinado cuáles son las "situaciones perinatales capaces de condicionar secuelas neurológicas". Propone que los niños que reúnan una o más de las siguientes condiciones (Ver Anexo), deben ser considerados de Alto Riesgo y sometidos a una

vigilancia especial de su desarrollo. Según estos criterios todos los niños de nuestra muestra que cumplían dichas condiciones eran asignados al grupo de Alto Riesgo (llamado en la variable, como hemos dicho, PROBANDO).

BIBLIOGRAFIA TEORICA

- ACOSTA, R. (1977): La familia y la escuela como instituciones socializadoras. Bordón. N° 216. pág. 50.
- AJURIAGUERRA, J.; CASSATI, L. (1985): Ontogéneses des comportements de tendresse. Rev. de Psychiatrie de l'enfant. Vol. XXVII. Tomo 2. pp. 325-401.
- AMIEL TISON, C. (1989): Examen neuro-motor en el primer año. Simposium Internacional sobre Parálisis Cerebral Infantil. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid.
- AMIEL TISON, C. (1989): Seguimiento de los niños de Alto Riesgo a lo largo de cinco años. Jornadas de Neurología Evolutiva. Hospital Santa Cristina. Madrid.
- AMIEL TISON, C. (1989): Daño neurológico perinatal del Recién Nacido. Primer curso de Formación Continuada. Hospital Santa Cristina. Madrid.

- AMIEL TISON, C.; GRANIER, A. (1981): Valoración neurológica del recién nacido y lactante. Toray Masson. Barcelona.
- AMIEL TISON, C.; DUBE, R. (1985): Signification des anomalies neuromotrices transitoires: correlations avec les difficultés de l'âge scolaire. Ann Pédiat. 92:55.
- AMIEL TISON, C.; STEWART, A. (1989): Follow up studies during the first five years of life: a persuasive assessment of neurological function. Archives of Disease in Childhood. London. pp. 496-502.
- APGAR, V. (1953): A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. Current Res. Anesth. Analg. N° 32. pp. 260-267.
- ARNAU GRASS, J. (1981): Diseños experimentales en Psicología y Educación. Trillas. México.
- BARRACHINA, C. (1988): Cambios producidos en la pareja como suceso vital no normativo. Simposium Internacional sobre Parálisis

Cerebral Infantil. Facultad de Medicina.
Universidad Complutense, Madrid.

BATESON, G. (1985): Pasos hacia una ecología de la mente. Ed. Carlos Böhlé.

BOBATH, B.; BOBATH, K. (1973): Desarrollo motor en distintos tipos de Parálisis Cerebral. Ed. Médico Panamericana. Buenos Aires.

BOBATH, B. (1989): Cursos de Formación en el Centro de Tratamiento Integral de la Parálisis Cerebral. Madrid.

BOSCOLO, L.; CECCHIN, G. (1989): Terapia Familiar Sistémica de Milán. Teoría y Práctica. Amorrortú. Buenos Aires.

BOWLBY, J. (1954): Soins maternels et santé mentale. OMS. Geneve.

BOWLBY, J. (1976): El vínculo afectivo. Paidós. Buenos Aires.

BRAZELTON, T.B. (1981): La naissance d'une famille. Stock/Laurence Pernoud. Paris.

BRAZELTON, T.B. (1985): Ecoutez votre enfant. Pafyot. París.

BRUNETT, O.; LÉZINE, I. (1978): Escala para medir el desarrollo psicológico de la primera infancia. Pablo del Río. Madrid.

CALDWELL, B.M.; BRADLEY, R. (1984): The HOME Inventory of family demographics. Developmental Psychology. Vol. 20. N° 2. pp. 315-320.

CALDWELL, B.M.; STEDMAN, D.J. (1983): Educación de niños incapacitados. Guía para los tres primeros años de vida. Trillas. México.

CAMPOS CASTELLO, J. (1989): Principales síndromes y enfermedades que ocasionan discapacidad. Prevención y terapéutica médica. VI Congreso Nacional de Escuelas Infantiles. Madrid.

CARRANZA, J.A.; SERRANO, J.M. (1981): Los sistemas de Piaget, Wallon, Gessell y Freud. Pablo del Río. Madrid.

CORIAT, L. (1972): Estimulación Temprana. V Congreso Internacional sobre Deficiencia Mental. Montreal.

CORIAT, L. (1974): Maduración psicomotriz en el primer año de vida. Hemisur. Buenos Aires.

CORIAT, L. y otros (1984): Estimulación en el primer año de vida. Siglo Cero. N° 92. pp. 28-36.

COSNIER, J. (1985): Observation directe des interactions précoces on les bases de l'épigenèse interactionnelle. Rev. de Psiquiatrie de l'enfant. Vol. XXVI. Tomo I. pp. 107-126.

CUNNINGHAM, C.; SLOPER, P. (1980): Estimulación precoz en casa. Colecc. Rehabilitación. INSERSO. Madrid.

CUNNINGHAM, C.; DAVIS, (1988): Trabajar con los padres. MEC/Siglo XXI. Madrid.

- DE LA ORDEN, A. (1985): Investigación Educativa. Diccionario de Ciencias de la Educación. Anaya. Madrid.
- DEL RIO, P. (1986): Publicidad y Consumo. Infancia y Aprendizaje. N° 35-36. pp.139-174.
- DIMITRIEV, V. (1982): Time to begin. Caring. Inc. Published. USA.
- DUNST, C.; TRIVETT, C.; DEAL, A. (1989): Enabling & empowering families. Brooklin Books, Inc. Cambridge, MA.
- FERNANDEZ ALVAREZ, E. (1983): El seguimiento del niño de Alto Riesgo. Anuario de Neurología Evolutiva. Aspace. Guipuzcoa. pp. 41-65.
- FERNANDEZ PEREZ, M. (1986): Evaluación y cambio educativo: Análisis cualitativo del escolar. Morata. Madrid.
- FERNANDEZ RIOS, L. (1984): Intervención Cognitivo-estructural como optimización de la Competencia. Simposium sobre Estimulación

Precoz como Prevención de posibles Discapacidades en el Niño. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

FEUERSTEIN, R. y otros (1980): Instrumental Enrichment. Univ. Park Press. Baltimore.

FINNIE, N.R. (1976): Atención en el hogar del niño con parálisis cerebral. La Prensa Mexicana. México.

FLOREZ, J. (1990): Boletín de la Fundación Síndrome de Down de Cantabria. Junio. Vol. 7. N° 2.

FORNOS, A.; HERNANDEZ, M.A. (1984): La Habilitación Precoz. Bases Neurológicas de la habilitación Precoz. Simposium sobre La Estimulación Precoz como prevención de posibles discapacidades en el niño. Departamento de Rehabilitación. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

GARCIA, J.M. (1987): Programas de Prevención. Real Patronato. SIIS. Madrid.

GESSELL, A.; ANATRUDA, C. (1974): Diagnóstico del Desarrollo. Paidós. Buenos Aires.

GONZALEZ MAS, R. (1984): Estimulación precoz. Definición. Fundamentos Científicos. Simposium de Estimulación Precoz. Hospital Juan Canalejo. La Coruña. pp. 47-68.

GOODMAN, J.R. (1985): High Risk Infant. Concerns of the Mother After Discharge. Birth. Vol. 12:4. Winter.

GURALNICK, M.J. y BENNETT, F.C. (1989): Eficacia de una Intervención Temprana en los casos de Alto Riesgo. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.

HALEY, J. (1989): Terapia no convencional. Amorrortú. Buenos Aires.

HANSON, J.M. (1980): Programa de Intervención Temprana para niños monóxicos. SIIS. INSERSO. San Sebastián.

HOLWERDA y KUIPERS, J. (1987): The Cognitive Development of low-birth weight children. Journal of Child Psychol. Pschyiatic. Vol. 28. N° 2. pp. 321-328.

JAKSON, D. (1977): Comunicación, familia y matrimonio. Nueva Visión. Buenos Aires.

JIMENEZ HUERTAS, C. (1981): Alimentación y relación personal en el primer año de vida. Escuela de Rosa Sensat. Nuestra Cultura. Barcelona.

KATONA, F. (1981): Conferencia Iberoamericana de Ministros de Sanidad y Bienestar Social. Madrid.

KREISLER, L.; FAIN, H.; SOULÉ, M. (1978): El niño y su cuerpo. Amorrortú. Buenos Aires.

KULAKOWSKI, S.; RICHIR, D. (1989): Evaluation de facteurs de risque dans une population d'infirmes moteurs cérébraux, les autistes et una série témoin d'enfants normaux. IVéme Congres de la Société Européene de Neurologie Pédiatrique. Barcelona.

LE BLANC, M. (1989): Comparison du comportement des mères d'enfant a terme et des mères d'enfant prématuré lors d'une interaction avec leur bébé. Psiquiatrie de l'enfant. XXXII. N° 1. pp. 249-260.

LEFEBVRE, F.; BARD, H. (1988): Outcome at Schoolage of Children with Birthweights of 1000 grams or less. Developmental Medicine and Child Neurology. 30. pp. 170-180.

LE MAITRE-SILLERE, V.; MEUNIER, A.; y otros: (1989): "Baby Blues". Depressión du postpartum et perturbation des interactions mère-nourrisson dans les trois premières mois de la vie. Psiquiatrie de l'enfant. N° 1. pp. 161-208.

LOWENTHAL, B. (1987): Stress factors in parents of high risk infants. University of Aveensland Press. St. Lucia. Aveensland.

LURIA, A. (1974): Lenguaje y comportamiento. Fundamentos. Madrid.

- MAHLER, M. (1972): El desarrollo psicológico del infante humano y otros. Simbiosis humana: las vicisitudes de la individualización. Joaquín Mortiz. México.
- MAHONEY, G.; POWEL, A. (1984): The Transactional Intervention Program. School of Education. University of Michigan. Ann Arbor. Michigan.
- MASSON, O. (1983): La naissance d'un enfant. Une lecture des crisis familiales postpartales.
- MASSON, O. (1987): Los malos tratos en la Infancia. Jornadas sobre Malos Tratos en la Infancia. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Madrid.
- MATA I GARRIGA, M. (1989): El futuro de la Educación Infantil. Congreso Internacional sobre Infancia y Sociedad. 7-11 Nov. Madrid.
- MAZET, P.; STOLERU, S. (1990): Psicopatología de la primera infancia. Masson. Barcelona.
- MCGUIGAN, F.J. (1976): Psicología Experimental. Trillas. México. 4ª Reimpresión.

MIGUEL MARTINEZ, M^a T. DE (1979): No hay una estimulación eficaz sin una relación padres - profesionales. Minusval. N^o 31. pp. 22-23.

MINISTERIO DE EDUCACION (1986): Anteproyecto del Marco Curricular para la Educación Infantil. Madrid.

MINUCHIN, S. (1970): Le recours un cadre ecologique dans le psychiatrie infantile. En ANTHONY et KOUPERNIK: L'enfant dans la famille. Masson et Cols. Eds. París.

MONTAGNER, H.; RESTOIN, A.; (1988): Aspects fonctionnelles et ontogenetiques des interactions de l'enfants avec ses pairs aux cours des trois premieres années. Rev. Psiquiatrie de l'enfant. Vol. 31. N^o 1. pp. 173-278.

MOYA, J.L. (1987): Criterios psicopedagógicos en la Intervención Temprana con niños de 0-2 años. Siglo Cero. N^o 111. pp. 46.

- MUSSEN, CONGER y KAGAN (1984): Aspectos esenciales del desarrollo de la personalidad en el niño. Trillas. Méjico.
- NEGRI, R. (1988): Intervención sobre el niño con Patología Neonatal. VI Jornadas Internacionales de Estimulación Precoz. APERT. Madrid.
- NURCOMBE, B.; HOWELL, D. (1984): An Intervention Program for Mothers of lowbirthweight. Journal of the American Academy of Child Psychiatrie. 23. 3:319-325.
- PEREZ GOMEZ, A. (1981): Piaget y los contenidos del currículo. Cuadernos de Pedagogía, 33-40.
- PEREZ GOMEZ, A.; ALMARAZ, J. (1981): Lecturas de aprendizaje y enseñanza. Zero D.L. Madrid.
- PEREZ GOMEZ, A.; GIMENO SACRISTAN, A. (1983): La enseñanza. Su teoría y su práctica. Akal. Madrid.
- PEREZ SANCHEZ, M. (1981): Observación de bebés. Paidós. Barcelona.

PIAGET, J. (1971): El nacimiento de la inteligencia. Psiqué. Buenos Aires.

PICCIOLINI (1988): El niño de bajo peso. Simposium Internacional sobre Parálisis Cerebral Infantil. Ftad. de Medicina. Udad. Complutense. Madrid.

PLUNKETT, J.W.; MEISELS, S.J.; (1986): Patterns of Attachment among Preterm Infants of Varying Biological Risk. Journal of the American Academy of Child Psychiatry. 25, 6 : 794-800.

PORTAGE (1976): Guía Portage de Educación Preescolar. MEPSA. Madrid.

PROAS. INSERSO. INEE. (1981): Estimulación Precoz del niño sordo. Madrid.

RAMEY, G.T. y otros (1984): Project CARE: a comparison of two early intervention strategies to prevent retarded development.

REYNOLDS, L. y otros (1983): Efficacy of early intervention on preacademic deficits: a review of the literature. Topics in Early

Childhood Special Education. Vol. 3. pp.
47-55.

SANCHEZ MERODIO, F. (1987): Estudio de la Mortalidad Perinatal. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid.

SANCHEZ PALACIOS, C. (1978): Estudios de los efectos de la Estimulación Precoz en bebés con Síndrome de Down. Infancia y Aprendizaje. N° 4. pp. 29-37.

SANCHEZ, C.; CABRERA, C. (1982): La Estimulación Precoz: un enfoque práctico. Siglo XXI. Madrid.

SANSALVADOR GARRIDO, J. (1987): La Estimulación Precoz en la Educación Especial. Ediciones CEAC. Barcelona.

SANTOS GUERRA, M.A. (1989): Cadenas y Sueños: El contexto organizativo de la escuela. Departamento de Didáctica y Organización Escolar. Universidad de Málaga. Málaga.

SANZ y ANTA (1987): Experiencia del equipo de Atención Precoz del Centro Base n° 1 del INSERSO. Simposium Iberoamericano de Experiencias de Estimulación Temprana. Real Patronato. Madrid.

STAMBAK, M. (1978): Tono y psicomotricidad. Pablo del Río. Madrid.

STERN, M.; HILDEBRANDT, K. (1984): A prematurity sterotype: The effects of labeling on adults' perceptions of infants. Developmental Psychology. N° 20. pp. 360-362.

TJOSSEN, T. (1976): Los beneficios de la Intervención Temprana: realidad o fantasía. I Jornadas Internacionales Latinoamericanas y III de AVEPANE. Venezuela. pp. 17.

TJOJO SIERRA, R. (1984): La Estimulación Precoz en la privación afectiva. Simposium sobre Estimulación Precoz como prevención de posibles discapacidades en el niño. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

VALLE TRAPERO, M. (1987): Atención a niños de riesgo desde incubadora. Informe III. Simposium Iberoamericano de experiencias de estimulación temprana. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. Documentos 17/87. Madrid.

VAZQUEZ, A.; GALLEGO, M. (1984): Recién Nacido de Alto Riesgo. Simposium de Estimulación Precoz. Hospital Juan Canalejo (La Coruña). pp. 47-68.

VILLA ELIZAGA, I. (1976): Estimulación Precoz en niños de bajo peso. Archiv. Arg. Ped. n° 5-6.

VILLA ELIZAGA, I. (1984): Desarrollo y estimulación del niño desde su nacimiento a los dos años. Instituto Internacional para la Investigación y Asesoramiento sobre la Deficiencia Mental. IAMER. Madrid.

WASHINGTON, J.; MINDE, K.; GOLDBERG, S. (1986): Temperament in Preterm Infants: Style and Stability. Journal of the American Academy of Child Psychiatry. 25. 4:493-502.

- WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J.; JAKSON, D. (1971):
Teoría de la Comunicación humana. Ed. Tiempo
Contemporáneo. Buenos Aires.
- WATZLAWICK, P.; WEAKLAND, J. (1976): Cambio.
Herder. Barcelona.
- WINNICOTT, D.W. (1975): Proceso de maduración. Laia.
Barcelona.
- YELA, M. (1976): Familia y Nivel Mental. En: La
familia: Diálogo recuperable. Karpós.
Madrid. p. 323.
- ZAPOROZET, A.V.; LISINA, M.I. (1986): El desarrollo
de la comunicación en la infancia. Ed. G.
Nuñez. Madrid.
- ZUBRICK, S.; MACARTNEY, H.; STANLEY, F. (1988):
Hidden Handicap in School-age Children who
received neonatal intensive care.
Developmental Medicine and Child Neurology.
30. pp. 145-152.
- ZULUETA, I. (1982): Guía de Estimulación Precoz.
MEPSA. Madrid.

III.- L A I N T E R V E N C I O N .

8.- PLAN DE TRABAJO

8.1. El por qué de esta investigación: cómo surge la demanda.

Este trabajo lo iniciamos en la Policlínica Madurativa de la Maternidad de Santa Cristina, por los años 1973. La demanda de un especialista en desarrollo y educación infantil surgió del Servicio de Neonatología, del que la Policlínica forma parte.

En este servicio eran seguidos todos los niños que habían sido ingresados al nacimiento por presentar diversos problemas valorados como de riesgo neonatal.

Estos niños eran evaluados posteriormente a los 3, 6, 9 y 12 meses, por un Neuropediatra y dos neonatólogos, que asesoraban a los padres en todas las cuestiones referentes a su desarrollo somático e igualmente les orientaban sobre hábitos adecuados y actividades que estimularan la mejor evolución del niño.

Nosotros iniciamos esta investigación al encontrarse los Neonatólogos con el problema, en aquella época, de que al alcanzar los niños alrededor del año, el desarrollo alcanzado por ellos era muy dispar, dentro del mismo grupo clasificado de riesgo por el diagnóstico al nacimiento. Es decir, que niños con el mismo nivel de riesgo evolucionaban muy lentamente o con alteraciones en algún área de su desarrollo, y otros evolucionaban mucho mejor.

Nuestra actuación fue demandada a raíz de observar cómo estos factores de riesgo podían actuar de forma muy diferente en cada niño, dependiendo también del tipo de factor de riesgo y de su evolución en los primeros meses de vida. Pensamos que esta evolución que oscilaba desde patológica a "dentro de la normalidad" podía condicionar a su vez un tipo de dinámica familiar y como consecuencia una forma específica de desarrollo emocional.

Con estos planteamientos y una vez evaluados los posibles efectos sobre la maduración de los factores de riesgo biológico, nuestro

siguiente objetivo fue investigar cuáles eran estas "secuelas", que así las llamamos porque suponíamos que eran consecuencia de una situación disfuncional global a la que había estado sometido el niño-familia, en los primeros meses de su vida. ¿Era posible delimitarlas y circunscribirlas sólo al niño?. ¿Eran intrínsecas a él? O quizás, como valoramos, habían repercutido, se habían extendido a su sistema de referencia, a la primera matriz de socialización, que es la familia (Watzlawick, 1971), en el seno de cuyas relaciones y establecimiento de vínculos sanos maduramos; dependiendo de ellas nuestra evolución y salud.

8.2. Programas iniciales en los que basamos nuestra Intervención.

Los programas y guías de desarrollo en los que basamos nuestra intervención precoz fueron tomados de Estados Unidos (Coriat, 1972; García Echeogoyen, 1987; Dimitriev, 1982; Hanson, 1980; Guía de Educación Temprana Portage, 1976), debido a que fue en este país donde se concibió la Intervención Precoz como Proyecto Educativo, a

diferencia de Europa, que tuvo un enfoque más rehabilitador y centrado en la deficiencia. Recordemos que el primer programa de Intervención Precoz donde se incluye a los padres como activos colaboradores, fue en 1974 en Florida, el de Gordon y Guinagh.

Gracias a la colaboración de algunos organismos oficiales (Casa de Salud y Maternidad de Santa Cristina, perteneciente al M.E.C.), y al antiguo SEREM que nos becó durante varios años, pudimos elaborar nuestros propios objetivos de desarrollo y aplicarlos a la población de Niños de Alto Riesgo y con deficiencias instauradas. (Ver Anexo).

Producto del trabajo de esta época, fueron los artículos y libros publicados por varios miembros del equipo (Villa, 1976; Zulueta, 1982; Sánchez y Cabrera, 1982).

Este trabajo se continuó a través de la Unidad de Estimulación Precoz dependiente de la Policlínica Madurativa del hoy llamado Hospital Santa Cristina.

El enfoque ha sido predominantemente educativo, centrado en una visión global e integral del desarrollo.

Este enfoque educativo supone considerar al niño como el agente principal de su propio desarrollo, sea cual fuere su edad, adaptarnos a sus competencias y deficiencias, respetar sus ritmos y procesos (García y Gonde, 1987) e iniciar nuestros programas de intervención centrándonos en su necesidad principal a estas edades, que es la de relación a través de la cual va a dar significado a todas sus experiencias vividas y compartidas con sus padres e iguales.

8.3. Evaluación Inicial.

Según el criterio adoptado por The Joint Committee on Standards for Educations Evaluation (1978), se define la evaluación como el enjuiciamiento sistemático de la valía o el mérito de un objeto.

En nuestra Intervención hemos utilizado la Evaluación Cuantitativa y la Cualitativa, debido al tipo de contexto en el que hemos actuado; siguiendo el criterio de autores como Pérez Gómez (1983) que señala la necesidad de la evaluación cualitativa debido a que los tests estandarizados no nos proporcionan toda la información necesaria para ver lo que los alumnos aprenden y los profesores enseñan; aplicándolo a nuestro trabajo y con el fin de poder valorar la incidencia de nuestras técnicas de intervención, sobre una población de Alto Riesgo Biológico nos pareció necesaria la consideración y el control de otros factores que influyen en el desarrollo de cada niño, como son la Familia y el Ambiente, para lo cual introdujimos una serie de variables acerca de la calidad ambiental y familiar, cuyos criterios los tomamos del Inventario HOME de Caldwell (1983) que fue traducido en 1984 por Arias.

Fernández Pérez (1986) insiste en esta interconexión de factores (ambiente, capacidades y desarrollo de las mismas) y la necesidad de tenerlos en cuenta en el diagnóstico y evaluación de cada niño.

Nuestra Intervención se ha llevado a cabo en una serie de etapas, en las que hemos seguido unos criterios de evaluación, que Reynolds (1983), enumeró; a saber:

1º) Recogida de toda la población de niños de Riesgo ingresados en el Hospital de Santa Cristina en los años 1985, 1986 y 1987.

2º) Delimitación de los dos grupos Alto Riesgo (Probando) y Bajo Riesgo (Testigo), en función del diagnóstico neonatal emitido al ser dado de alta del Hospital, el cual evalúa variables de tipo biológico.

3º) Citación conjuntamente con el pediatra, al cumplir los 12 meses de edad, para evaluar su evolución. La valoración del desarrollo siguió estas secuencias:

a) Se hizo una recogida de información general del niño a través de su historia clínica: procedencia; vía de ingreso en el hospital; zona; nivel social familiar; nivel educativo padres; trabajo de ambos; edades; situación escolar; datos personales del niño.

b) Seguidamente, se efectuó una entrevista semidirigida con la familia, en la cual valoramos:

- La estructura familiar: si era estable, inestable o el niño vivía con los abuelos.

- La calidad ambiental, mediante la división de esta variable en cuatro categorías; según que el ambiente que rodeaba al niño lo estimáramos bueno, malo por falta de recursos, hipoestimulante, por falta de estímulos adecuados, o hiperestimulante, si era excesivo en la cantidad de estímulos.

- La calidad de las actitudes paternas la valoramos de acuerdo a cuatro categorías: Adecuadas o muy buenas, Normales, de Sobreprotección, y de Ansiedad/Angustia, según que predominaran unos rasgos u otros.

4*) A continuación se realizaba la exploración psicopedagógica al niño en la que incluíamos:

La observación del comportamiento del niño en relación a: la situación, el entrevistador y los padres. Teniendo en cuenta cómo se relacionaba con los objetos, con el espacio y cómo se adaptaba a las situaciones de cambio en la aplicación de la escala.

Rápidamente pasabamos a la aplicación de la Escala de desarrollo psicomotor de Brunet-Lezine mediante la cual se exploran las cuatro áreas de desarrollo de que consta (postural, visomotora, lenguaje y socialización).

Por último se hacían preguntas a los padres sobre la salud del niño (comida, sueños, hábitos, etc.), con el fin de ver si presentaba algunas manifestaciones psicósomáticas, cual eran sus hábitos de vida y el tipo de pautas educativas que se estaban llevando en la familia.

5*) Con todos estos datos se elaboró una ficha psicopedagógica de todos los niños a los 12 meses, donde emitimos un informe según los siguientes criterios:

- a) Variables Biológicas:
- Diagnóstico clínico neonatal.
- b) Variables Socioambientales y Familiares.
- Nivel socio-educativo de los padres, incluyendo trabajo, estado civil y estructura familiar.
- c) Variables Psicoevolutivas.
- Nivel de desarrollo del niño.
 - Valoración de las áreas madurativas.
 - Calificación de su comportamiento predominante durante la entrevista.
 - La existencia de alteraciones psicósomáticas.
- d) Variables Educativas.
- Situación Escolar. Asistencia a Escuela Infantil o Guardería. Calidad de esta Institución educativa a la que asiste.
- e) Actitudes Paternas.
- Tipo de actitudes predominantes en los padres, en relación con su hijo.
- f) Variables Familiares y Ambientales.
- Tipo de ambiente o contexto global que le rodea. Hábitos de Vida diaria.

La fase de evaluación concluía con la propuesta a los padres de un tipo de Intervención fundamentada en los datos obtenidos.

La decisión del tipo de intervención a seguir fue independiente del grupo a que pertenecía el niño, ya que se basaba en la evaluación obtenida y en la prioridad que nosotros dábamos a unos factores u otros.

A continuación informábamos a los padres de la conveniencia de seguir esta determinada intervención, explicándoles muy detalladamente, a su nivel, los resultados obtenidos; para ello siempre nos apoyábamos en los aspectos positivos del niño y en las posibilidades de una mejor evolución si seguíamos trabajando conjuntamente.

A los 24 meses de edad se repetía la entrevista a los padres y la exploración psicopedagógica al niño.

En esta segunda entrevista se evaluaban los efectos de la intervención realizada durante este segundo año de vida y se volvía a valorar conjuntamente el tipo de intervención a seguir en el tercer año (independientemente, como dijimos, de su pertenencia al grupo de Alto o de Bajo Riesgo).

Como objetivo final pretendíamos:

- Hacer un análisis y evaluación del nivel de desarrollo alcanzado por los niños de los dos grupos durante estos dos años.
- Realizar un estudio del tipo de intervenciones más necesitadas en uno y otro grupo.
- Ver si las intervenciones más intensivas habían sido necesarias en los niños de Alto Riesgo o no.
- Analizar la influencia de las variables familiares y ambientales en la evolución del desarrollo y su mayor incidencia en la situación de Alto o Bajo Riesgo.
- Ver si las actitudes de los padres condicionaban más el desarrollo en Alto Riesgo por las dificultades o inmadurez global que el niño presentaba en estos dos primeros años o su influencia era igual en el otro grupo.

- Observar si los niños de Alto Riesgo eran propensos a presentar más manifestaciones psicósomáticas que el otro grupo, o más alteraciones de carácter y cuáles eran estas alteraciones.

- Valorar si en el grupo de Alto Riesgo se solicitaban más los servicios educativos ante la necesidad de estructuras de apoyo familiar y social que favorezcan su desarrollo como ha sido señalado en proyectos actuales de intervención sobre poblaciones de Alto Riesgo. Dunst (1985), García Echegoyen (1987), Hanson (1989).

9.- EL DISEÑO.

9.1. Título de la Investigación.

Detección e Intervención en poblaciones de Alto Riesgo Biológico.

- a) Evaluación de la Población de Alto Riesgo Biológico y Mínimo Riesgo a los doce y veinticuatro meses, con el fin de detectar alteraciones en su evolución, tanto en uno como en otro grupo.
- b) Análisis de las Intervenciones educativas requeridas en los dos grupos en el primer y segundo año, en función de su evolución, nivel de desarrollo y maduración específica de las distintas áreas que lo forman.

Nombre e Instituciones.

La investigación se llevó a cabo con todos los niños del Hospital Santa Cristina, nacidos en los años 1985, 1986 y 1987, que habían ingresado al nacimiento o en las primeras horas de vida por presentar problemas de origen perinatal.

9.2. Investigaciones más relevantes sobre este tema.

Dada la gran aportación de investigaciones y programas que se han llevado a cabo desde 1985, señalaremos las que han resultado de mayor interés para nuestra investigación, y que se ajustan a las características requeridas para una intervención precoz; a saber: intervención y seguimiento durante el primer año de vida y participación principal de la familia.

Nos centraremos en las investigaciones más recientes, realizadas desde el año 1987, que aportan resultados de gran incidencia en nuestro trabajo.

Citaremos en primer lugar tres tesis doctorales de los años 1988 y 1989, que apoyan nuestras hipótesis de investigación:

La tesis doctoral de Brito de la Nuez, sobre "Procesos subyacentes en la Génesis del Lenguaje: Habilidades cognitivas y comunicativas en la interacción madre-hijo durante el desarrollo temprano", concluye este autor que "existen varias formas de abordar la interacción por parte de las

madres: en función de la orientación: sincrónica, intrusiva o pasiva, y de la sincronía de las mismas con las capacidades y limitaciones del niño. En cada sesión el efecto puede ser facilitador u obstaculizador del desarrollo del niño y de la orientación en su primer lenguaje en un sentido u otro de los estudiados (referencial y expresivo).

La tesis doctoral de Alustiza Martínez sobre "Seguimiento Evolutivo de una muestra de población infantil con sufrimiento fetal mínimo", aporta las siguientes conclusiones, intentando buscar una posible asociación entre la presencia de factores de riesgo perinatales o entornos familiares negativos con Cocientes de Desarrollo más bajos a la edad de un año. Se demuestra esta asociación en relación al entorno familiar.

La tesis doctoral de Retortillo Franco (1989) aunque está realizada con niños de bajo peso a los 6 años de edad, tiene interés por las conclusiones obtenidas: "La necesidad en el futuro de la profundización en la interrelación que variables biológicas como el bajo peso tienen con otras ambientales, como actitudes y pautas educativas de los padres en la evolución de los

niños en áreas sobre todo menos investigadas como son las del desarrollo social y del comportamiento (pp. 157).

- Como modelo de programas de Intervención Precoz, hemos seleccionado dos que se están llevando a cabo específicamente con niños de Alto Riesgo y adaptados también a niños deficientes. El interés en estos programas radica en los factores en que se fundamentan; los más relevantes son: su filosofía, concepción general del desarrollo infantil, sistema de evaluación, participación capital de la familia y redes sociales de apoyo.

A) El Programa Infantil de San Francisco (SFIP).

Los autores son Hanson y Ellis (1989). Fundado originariamente en 1979, fue transformado en un segundo modelo en 1983: ISIS (Servicios Integrados de Niños Especiales). Este modelo extendió su trabajo para incluir familias de niños de Alto Riesgo (prematuros, con complicaciones en el parto). Un importante objetivo fue también facilitar la interacción temprana entre padres e hijos. En 1986, se fundieron los dos programas para dar lugar al actual.

Este programa utiliza el modelo transaccional de desarrollo infantil en el cual, el apoyo y la asistencia a la familia son una parte inicial de la intervención.

Posee una evaluación sistemática basada en la adquisición de objetivos curriculares, funcionales de Desarrollo.

El personal es interdisciplinar.

Dan gran importancia a la coordinación con las agencias o estructuras de apoyo con las que contactan las familias.

B) Proyecto para la elaboración de un perfil de instituciones dedicadas a la presentación de servicios de intervención y estimulación temprana a niños en situaciones de Riesgo en América Latina. Comienzo del proyecto en 1985. Autores: García Echegoyen (1987). Cobertura: seis países de América del Sur.

Su Fundamentación.

Intervención en las primeras etapas de desarrollo si es necesario.

Intervención como sistema de apoyo a las familias y para potencial el desarrollo del bebé.

Con carácter preventivo.

Descripción de los contenidos del programa.

Hemos hecho una síntesis de los más relevantes.

- Evaluación. Basada en pruebas estandarizadas y no estandarizadas.
- El currículum, que incluye actividades de autoayuda, limpieza, hábitos de alimentación adecuados.
- Terapias adecuadas integradas en las actividades diarias.
- Programa de integración.
- Participación de los padres en la toma de decisiones, así como en la evaluación y planes para el niño.
- Se dispone de medios para determinar el nivel de funcionamiento de los padres.

- Sistema de apoyo para los padres.
- Seguimiento después de salir del programa.
- El programa participa en actividades de la comunidad.
- El programa comprende nutrición, salud, bienestar familiar (asesoría, consejería).
- Los objetivos del programa responden a los últimos aportes de la investigación en el campo de la prevención temprana.

En España existen solo tres programas de Intervención Precoz para niños de Alto Riesgo. en centros materno-infantiles, dependiendo de los servicios de Neonatología, con una orientación multidisciplinar. Se están llevando a cabo en tres Hospitales dependientes del INSALUD: el Hospital de Santa Cristina (cuyo programa ha continuado paralelamente a esta investigación), el Hospital Doce de Octubre, que llevó a cabo un Programa piloto de Intervención Precoz ("Detección y tratamiento temprano de alteraciones del desarrollo psicomotor en niños de Alto Riesgo") subvencionado por la Comunidad de Madrid y realizado por

profesionales de ACEOPS que se publicará de inmediato; y hace un año (1989) el Hospital Clinico, Servicio de Neonatología, ha puesto en marcha un programa de Intervención Precoz Neonatal que forma parte del Programa ya iniciado en 1985 de Control Prospectivo de la población de Alto Riesgo, en el que la autora de este trabajo participa.

Investigaciones centradas en el seguimiento de poblaciones de Alto Riesgo.

Europa y España se han unido a América en estos últimos años con una gran aportación de trabajos de seguimiento en niños de Alto Riesgo Biológico y Neurológico, realizados en su mayoría en los Servicios de Neuropediatría de los Hospitales dependientes de las Universidades.

Todos manifiestan la gran necesidad de atención de esta población en los primeros años de vida. Señalando a su vez el gran riesgo y los factores negativos de estos programas, si solo se limitan a evaluar y vigilar como único tipo de intervención, debido a que inducen gran ansiedad en las familias y duplican los servicios en la misma comunidad (Fernández Alvarez, 1989).

En Barcelona, Campistol, Poo, Campos (1989), del Servicio de Neurología. (Servicio de Pediatría), del Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona). Señalan que se ha establecido un programa de vigilancia de una población de 101 niños de riesgo neurológico hasta los dos años, en las clínicas maternas de Barcelona.

Sus resultados exponen que el 13'86% de la población de riesgo, en su serie, presentan a los dos años händicaps neurológicos crónicos.

En su muestra, los niños que presentaron signos de sufrimiento cerebral más allá de los 7 días de vida, era el parámetro con una elevada incidencia de déficits neurológicos.

En Italia, Ferrari y Benatti (1989) de la Unité de Patologie Neonatale de l'Université de Modène, concluyen: "Se está de acuerdo después de mucho tiempo en ofrecer una atención educativa particular al gran prematuro. Y la elaboración de programas de soporte educativo específico para los niños con dificultades de aprendizaje potencial". (pp. 63).

Estos autores efectuaron un trabajo de seguimiento de 14 sujetos prematuros durante el primer año con controles cada tres meses durante el primer año.

Aplicaron el test de Griffit a los seis y doce meses, y un examen neurológico a los tres, seis, nueve y doce meses. Su conclusión fue la evidencia de trastornos elevados neuromotores y cognitivos durante el primer año y el polimorfismo y complejidad de las líneas evolutivas seguidas por estos sujetos.

Una aproximación a nuestra investigación, en cuanto a materiales utilizados, es el trabajo de Militerni, Dell'acqua, y Gravante (1989) a Clínica Neuropsiquiátrica Infantil (Universidad de Nápoles). Han efectuado la valoración de la dinámica familiar, no solo socioeconómica, a través del Inventario HOME de Caldwell.

Realizaron el seguimiento de niños prematuros hasta la edad de tres años.

Evaluaron el cociente de desarrollo psicomotor a los dieciocho meses, con el Brunet-Lezine.

El Inventario HOME fue aplicado a la edad de dieciocho meses.

Sus conclusiones son: Los resultados muestran la validez del Inventario HOME; señalan la conveniencia de introducir, sistemáticamente, la evaluación de la variable familiar en la metodología de trabajo para la observación del porvenir neuropsíquico del prematuro.

Los estudios de Poch y Norbona (1989) sobre evaluación y seguimiento de niños a término desde su nacimiento hasta los quince meses nos aportan conclusiones sobre interacción precoz y los efectos a largo plazo; han comprobado una correlación altamente significativa entre el comportamiento neonatal y el del segundo año de vida en los aspectos interactivos.

Como hemos observado existe un gran interés desde el campo de la Pediatría por la investigación de otros factores que influyen en el desarrollo infantil, que no son sólo biológicos, sino de comportamiento y por algunos otros que no se refieren al niño, sino a su entorno inmediato

como son los efectos de la Hospitalización en la organización del comportamiento, separación temprana, respuesta materna, actitudes de los padres, etc.

Resaltaremos las investigaciones que se han centrado directamente en los factores de comportamiento y actitudes paternas y en evolución del desarrollo.

A) Relación entre comportamiento del niño en los primeros años y actitudes paternas.

- Tenemos los trabajos de O'Mara (1989) donde evaluaron a 94 madres con niños de tres años, pertenecientes a dos grupos: grupo de niños normales, y grupo de niños prematuros. Intentaron ver la influencia de las actitudes maternas de sobreprotección en relación con los problemas de comportamiento de sus hijos. Las madres fueron seleccionadas en igualdad de edad, educación y status.

No encontraron diferencias en los dos grupos pero el grupo de niños pretérmino que había tenido el síndrome de dificultad respiratoria (distress), sí poseía más problemas de comportamiento. También se halló que este grupo tenía unas actitudes de sobreprotección hacia sus hijos.

- Ludman (1989) ha estudiado los efectos de la separación materna y el tiempo de hospitalización de los recién nacidos ingresados en cuidados intensivos como factor que influye en el desarrollo al año de edad, en un grupo de 43 niños nacidos a término.

- Schraeder (1989) en un estudio longitudinal con niños de muy bajo peso al nacimiento (menos de 1500 gr.) evaluados a los doce, veinticuatro, treinta y seis y cuarenta y ocho meses de edad, para ver el estilo comportamental, halló como características de estos años, la arritmicidad, baja adaptabilidad, bajo nivel de persistencia.

Aconseja a los especialistas clínicos estar alerta del impacto que estas características de temperamento tienen sobre su medio y sobre las familias.

Es interesante el enfoque del niño muy inmaduro desde la óptica de la dificultad relacional que pueden tener los padres, para adaptarse a las características de su temperamento en los primeros años.

- Domenici y Papini (1988) evaluaron los efectos de la separación temprana a corto y largo plazo en el desarrollo psicosocial del niño. Esta separación influye en la percepción más negativa que tienen de sus hijos y en las reacciones de ansiedad. Y la influencia de estos patrones de comportamiento paternos en el desarrollo de los niños.

- Ferrin y West (1989) han estudiado el "Síndrome del niño vulnerable", comparando niños a término con niños prematuros a los tres años de edad.

Observaron que las madres de los niños nacidos prematuramente tenían un sentido mayor de vulnerabilidad para sus hijos que las del grupo de nacidos a término.

En este estudio se destaca que a mayor nivel de educación, mayor sentido de la vulnerabilidad.

Las madres más satisfechas en su vida de pareja y con más bienestar, mostraban menor sentido de vulnerabilidad.

Concluyen que las madres con mayor percepción de vulnerabilidad en sus hijos, éstos tienen más problemas de comportamiento, sobre todo en la esfera de la disciplina, relaciones y autocontrol. También tienen mayores síntomas somáticos. Aconsejan a los especialistas que ayuden a estos padres por considerar a estos niños de especial riesgo.

- Creemos importante destacar los trabajos de Morley y Cole (1988) sobre relación entre alimentación materna y desarrollo, que han sido recogidos también en nuestras variables de investigación.

Estudiaron en una muestra de 771 niños de bajo peso, los efectos de la lactancia materna. A los dieciocho meses evaluaron su desarrollo con el test de Bayley y encontraron un desarrollo superior en el grupo de lactancia materna.

La hipótesis que ellos se plantean es si la alimentación materna está relacionada con otros factores paternos o es que influye por ella misma en el mejor desarrollo del cerebro.

B) Investigaciones sobre nivel de desarrollo en niños de Alto Riesgo en los tres primeros años.

- Costas y Moragas (1989) han estudiado los efectos del bajo peso al nacimiento en el comportamiento neonatal usando la escala adaptada del test de Brazelton. Comparan dos grupos de 41 niños de Bajo peso con niños a término. Encontraron que el grupo de niños de bajo peso mostraba: menos reacción a los estímulos animados o inanimados; más pasividad e indiferencia a la interacción social, peor tono motor general y peores respuestas a dejarse calmar que los otros niños.

Sobre desarrollo cognitivo de los niños prematuros de bajo y alto riesgo, tenemos los trabajos recientes de Stefanini y Calzolari (1989) en los que demuestran que el sufrimiento perinatal influye en el desarrollo cognitivo hasta el año y medio.

9.3. Planteamiento del Problema.

A) Influye la condición de Alto Riesgo Biológico al Nacimiento como factor determinante a los doce meses y/o a los veinticuatro meses de edad, en las siguientes variables:

- El cociente de desarrollo global.
- La maduración de las áreas de desarrollo: postural, visomotora, lenguaje y socialización.
- El tipo de comportamiento o carácter.
- La mayor frecuencia de manifestaciones psicósomáticas.

B) Influyen las variables familiares y ambientales junto con los hábitos de vida, derivados de ellos en la evolución del Cociente de Desarrollo.

- Si ésto es así, ¿se puede determinar su mayor influencia en el primer año de vida o en el segundo?.

C) Influirán más las variables familiares y ambientales en los niños más "vulnerables" biológicamente o de Alto Riesgo, que en los de mínimo riesgo, por haber tenido aquellos más agresiones y más tiempo de hospitalización (separación) y/o porque presentan más dificultades en su desarrollo en los primeros años.

D) Las pautas de intervención educativa serán requeridas en mayor medida por el grupo de Alto Riesgo. Si es así, será necesario efectuar una orientación e intervención más precisa y sistemática en este grupo.

9.4.- Planteamiento de las Hipótesis.

- Hipótesis referentes a las Variables de tipo Biológico.

HIPÓTESIS 1ª.

Los niños de Alto Riesgo no proceden de la modalidad de parto normal (cefálico) espontáneo como el grupo de Bajo Riesgo.

HIPÓTESIS 2ª).

La necesidad de reanimación profunda, llamada Intubación, ha sido necesitada sólo por los niños de Alto Riesgo.

HIPÓTESIS 3ª).

Los niños de Alto Riesgo obtienen puntuaciones más bajas en el test de Apgar, en el 1º minuto (llamado Apgar I), y en el 5º minuto (llamado Apgar II).

HIPÓTESIS 4ª).

Los niños de Alto Riesgo tienen pesos muy bajos al nacer y menos semanas de gestación que los de Bajo Riesgo.

HIPÓTESIS 5ª).

Los niños de Alto Riesgo tienen lactancia artificial en los primeros meses de vida, con mayor frecuencia que el grupo de Bajo Riesgo, que tiene lactancia materna o lactancia mixta (materna más biberón).

- Hipótesis referentes a las Variables sobre Desarrollo Madurativo e Intervenciones Educativas.

HIPÓTESIS 6ª.

Los niños de Alto Riesgo tienen un desarrollo inferior que los niños de Bajo Riesgo, expresado a través de su Cociente de Desarrollo (C.D.) a los 12 y 24 meses de vida.

Subhipótesis 6ª.

El Cociente de Desarrollo (C.D.) de los niños de Alto Riesgo tiene un aumento mayor a los 24 meses que los de Bajo Riesgo.

El Cociente de Desarrollo se expresará a través de C.D.

HIPÓTESIS 7ª.

Los niños de Alto Riesgo tienen una evolución más lenta en el Área del Lenguaje y la Socialización, valoradas conjuntamente, que los niños de Bajo Riesgo, durante el primer año de vida.

HIPÓTESIS 8ª.

Los niños de Bajo Riesgo necesitan menos pautas de Intervención Educativa a los 12 y 24 meses que los de Alto Riesgo.

HIPÓTESIS 9ª).

Existen diferencias en el área de control postural durante el primer año de vida entre los niños de Alto Riesgo y los de Bajo Riesgo.

HIPÓTESIS 10ª).

Los niños de Alto Riesgo tienen una capacidad visomotora más inmadura que los de Bajo Riesgo en su primer año de vida.

HIPÓTESIS 11°).

Los niños de Alto Riesgo difieren en su comportamiento y atención, de los niños de Bajo Riesgo.

- Hipótesis referentes a las Variables Familiares Y Ambientales.

HIPÓTESIS 12°.

La calidad ambiental -llamada valoración ambiental- influye por igual en los dos grupos, en el Desarrollo Global, expresado a través del Cociente de Desarrollo, en el primero y segundo año de vida.

HIPÓTESIS 13°.

Las Actitudes Paternas influyen por igual en el Desarrollo Global (C.D.) de los dos grupos.

HIPÓTESIS 14.

Los Hábitos de Vida diaria que tiene el niño, influyen en su Desarrollo Global (C.D.), durante los dos primeros años de vida.

HIPÓTESIS 15.

Las actitudes de los padres hacia el niño están en relación con la calidad del ambiente que le proporcionan en lo referente a riqueza de estímulos para la interacción, materiales de juego, relaciones con el exterior. La interacción conjunta de estos factores influye en el Cociente de Desarrollo del niño, (C.D.) tanto a los 12 como a los 24 meses.

Subhipótesis 15.

En el Desarrollo global del niño y por tanto en su Cociente de Desarrollo, será más determinante la influencia de la variable Ambiental que la de las Actitudes Paternas, ya que la primera está influyendo tanto en el niño como en los padres, por lo cual su acción será más intensa.

HIPÓTESIS 16.

Si las actitudes de los padres son negativas debido a su angustia y ansiedad, a veces justificadas por los problemas que presenta el niño, tenderán a crear un ambiente pobre de estímulos y de relaciones, lo cual será doblemente negativo para su desarrollo.

HIPÓTESIS 17.

Creemos que en nuestra investigación, las actitudes paternas más frecuentes han sido las que hemos llamado Normales (2). Así como las categorías ambientales más frecuentes han sido la normal (1), y la disfuncional (3), (no en relación con el niño sino con la existencia de problemas de pareja, familia, bastante comunes en nuestra muestra). Pensamos que en en el seno de esta interacción conviven la mayoría de los niños de toda nuestra población; es decir, tienen unos padres que muestran Actitudes Normales en un ambiente normal en cuanto a estímulos pero con muchos problemas disfuncionales -de pareja (separaciones), de familia-, bastante frecuentes, por otra parte, en nuestra sociedad.

9.5.- Definición de las Variables.

Las variables utilizadas han sido cincuenta y ocho, de las cuales, dada su naturaleza, quince han sido tratadas como continuas (registradas con el número real al que corresponden) y treinta y seis como categóricas (divididas en varias categorías o dicotominzadas: SI / NO).

El n° 1. Nombre de la madre, y el n° 2. Número de historia, corresponden a los datos de identificación de cada sujeto.

Su enumeración, ordenada, es la siguiente:

3.- Edad de la madre.

Se ha seleccionado por su influencia en algunas patologías. (Vázquez de la Cruz y Gallego, 1984). Es la edad que tiene en el momento del parto.

4.- Nivel educativo.

- 1) Ninguno.
Si es analfabeta, no sabe escribir.
- 2) Elemental.
Si ha ido a la escuela y sabe escribir.
- 3) Medio. BUP.
Si tienen algunos estudios equiparables a BUP o Bachillerato.
- 4) Universitario Medio.
Si ha realizado alguna carrera de tipo medio o Formación Profesional II.
- 5) Universitario Superior.
Si ha realizado estudios en la Universidad.

Autores: Escala de Largo y colab. (1986) y Hollingshead (1969), citados en Retortillo (1989).

5.- Trabajo fuera.

- 1) SI. Si trabaja fuera del hogar y tiene que quedarse alguien con el niño.
- 2) NO. Si trabaja en casa y se encarga de la crianza del niño.

6.- Trabajo padre.

- 1) SI. Si tiene trabajo en el momento del nacimiento del niño o muy próximo.
- 2) NO. Si no lo tiene, ni con expectativas temporales.

7.- Nivel Socio-Económico familiar.

Para ver el nivel se ha utilizado la profesión del padre que es la norma cultural.

- 1) Obrero. Es el trabajo menos cualificado.
- 2) Obrero especializado. Si tiene algún tipo de preparación especial.
- 3) Técnico Administrativo. Se refiere a carreras de tipo medio o estudios similares.
- 4) Universitario Medio. Si ha hecho en la Universidad tres años y obtenido el Diplomado.
- 5) Universitario Superior. Si ha obtenido título superior en la Universidad.

Autores: Escala de Largo y colab. (1986) y Hollingshead (1969), citados en Retortillo (1989).

- 8.- Estado civil.
- 1) Soltera.
 - 2) Casada.
 - 3) Separada.
 - 4) Viuda.
- 9.- Gestaciones anteriores. No se cuenta este embarazo. No equivale a paridad.
- 10.- Malformado. Si ha habido algún hijo nacido con un síndrome malformativo.
- 11.- Abortos. Anteriores a este embarazo.
- 12.- Vivos. Cuántos hermanos vivos tiene.
- 13.- Muertos. Si ha habido algún hijo que haya muerto, incluido en el parto.
- 14.- Total recién nacidos. El número de niños nacidos de este embarazo.
- 15.- Orden del recién nacido. Si el parto ha sido gemelar, qué lugar ocupa.

16.- Semanas de gestación. Contando desde la última regla hasta el día del parto.

17.- Tipo de parto.

1) Cefálico espontáneo. Si fue parto espontáneo y natural.

2) Forceps. Tuvo que ser extraído por forceps.

3) Ventosa. Tuvo que ser extraído con ayuda de la ventosa. En la actualidad ya casi no se utiliza.

4) Cesárea. Nació por método quirúrgico.

5) Podálico. Si la presentación del niño en el canal del parto fue de pies o de nalgas.

18.- Sexo.

1) Niña.

2) Niño.

19.- Peso. En el momento del parto.

20.- Apgar. Es un baremo propuesto por Virginia Apgar (1953) para hacerse una idea acerca del el estado del bebé al nacimiento. Se basa en cinco parámetros determinados al primer minuto y a los cinco minutos. Estos son:

- el latido cardíaco.
- la actividad respiratoria.
- el tono muscular.
- la actividad refleja.
- el color de la piel.

La puntuación máxima es 10 pero se considera normal 7, 8 y 9. Bastante deprimido se considera de 4 a 6 y grave de 0 a 3. APGAR - II es la puntuación obtenida a los cinco minutos, según estos mismos baremos. Es importante de valorar, porque un Apgar I bajo pueda significar que el niño esté dormido por la anestesia materna.

21.- Tipo de Reanimación.

Si necesitó ayuda para respirar y en qué grado.

1) Nada. No ha habido.

2) AMBU. Se le ayuda a respirar con un aparato así llamado, pero respira por sí mismo.

3) Intubado. Respiración asistida. El niño no puede respirar por sí mismo y es la máquina la que marca el ritmo y la cantidad de oxígeno que necesita para respirar.

22.- Tipo Alarma.

1) Probando. Niño de Alto Riesgo por el tipo de factores sufridos en la etapa neonatal que por su intensidad o duración podrían dejar secuelas neurológicas como: muy bajo peso, asfixia grave, infecciones cerebrales.

2) Testigo. Niño de Bajo Riesgo que está ingresado durante varios días después de nacer por presentar problemas que no parecen influir en la maduración cerebral, sino más bien de tipo fisiológico como ictericia, peso límite (2.400), infecciones que llamamos benignas, alteraciones metabólicas que se controlan

rápidamente, niños con antecedentes maternos graves y que no han afectado clínicamente al recién nacido.

22.- Tipo de Alimentación.

- 1) Materna. Como única fuente de alimentación en los primeros meses.
- 2) Mixta. Alterna con biberón.
- 3) Artificial. Únicamente biberón en los primeros meses.

23.- Diagnóstico 10.1.

24.- Diagnóstico 10.2.

25.- Diagnóstico 10.3.

26.- Diagnóstico 10.4.

27.- Diagnóstico 10.5.

Los diagnósticos más frecuentemente presentados en la muestra han sido: Pretérmino (Bajo Peso); Gran Pretérmino (Muy bajo Peso); Síndrome de Hiperexcitabilidad (si presentan anomalías en el tono, respuestas, etc.); Síndrome

de Grave Afectación Central (disminución en las respuestas y en el tono); Alteraciones Metabólicas (Hipoglucemia, Hipocalcemia); Dificultad Respiratoria.

Su codificación se ha hecho fundándose en la Clasificación Internacional de Enfermedades O.M.S. (1975).

28.- Edad Inicio de Tratamiento. Los niños que fueron enviados a tratamientos específicos antes del control de los 12 meses, por presentar ya problemas importantes en su desarrollo global y en alguna de las áreas. Hemos recogido esta variable para ver la edad de derivación a Intervención Precoz. Como se observa, es muy tardía. De ahí la necesidad de los programas de control hospitalario para niños de Alto Riesgo.

29.- Tipo de Intervención.

1) Pautas a la familia. Si la intervención que se hizo antes del año, fue programada para trabajar con la familia, bien en orientación y enseñanza de las actividades

adecuadas, o para ayudarlas en su dinámica relacional. Negri, (1988); Hanson, 1989).

2) Tratamiento de Fisioterapia. Cuando el niño presentó una alteración clara del tipo de Encefalopatía motora, o P.C.I. (Parálisis Cerebral Infantil) de diverso grado, que requería intervención rehabilitadora inmediata y un aprendizaje de estas técnicas por los padres. Una orientación muy adecuada para este trabajo en colaboración con los padres nos la da Finnie (1976).

3) Estimulación. Cuando el niño requirió una estimulación específica por presentar un nivel madurativo por debajo de la media para su edad.

Katona (1981), desde el punto de vista neurológico así como Cunningham (1980), Zulueta (1982) y Sánchez Palacios (1982), han desarrollado programas específicos de actuación.

- 30.- Cociente de Desarrollo a los 12 meses. Cifra sobre la valoración global del desarrollo, obtenida mediante la aplicación de la Escala de Desarrollo de Brunet-Lézine. (Protocolo incluido en el Anexo).
- 31.- Cociente de Desarrollo a los 24 meses. Idem a los 24 meses.
- 32.- Comportamiento predominante a los 12 meses. Evalúa la madurez emocional del niño para relacionarse con las personas y los objetos, así como su capacidad de adaptación a las situaciones durante el tiempo total que dura la entrevista y el tiempo de aplicación de la Escala de Desarrollo de Brunet-Lézine.

Plunkett y Meisels (1986) estudiaron los "Pattern" (patrones o tipos) de relación en niños de Alto Riesgo; así como Washington y Minde (1986), el Estilo de Temperamento y su Estabilidad.

La valoración de estas categorías se ha hecho utilizando como modelo de referencia las fases del "desarrollo psicológico del

infante humano" de Mahler (1972) y del "Proceso de Maduración" de Winnicott (1975).

La división de estas categorías es la siguiente:

- 1) Adecuado a su edad. Cuando la forma de relacionarse el niño denota una maduración emocional acorde a su Edad Cronológica.
- 2) Atención dispersa. Su capacidad de concentración y de atención están inmaduras para su edad.
- 3) Hiperactivo. Si existe una inquietud motora que le impide permanecer atento a una tarea.
- 4) Dependiente. Cuando el niño no es capaz de relacionarse libremente con su ambiente porque no ha hecho la separación con la figura materna.
- 5) Síntomas de aislamiento. Cuando el niño está incapacitado para relacionarse con el mundo, porque permanece aislado en su mundo interior y no ha podido superar la

primera fase del desarrollo emocional, llamado de "autismo primario" por Margaret Mahler (1972, pág. 75).

33.- Comportamiento Predominante a los 24 meses.

Las mismas definiciones adaptadas a los 24 meses de edad.

34.- Control Postural 12 meses. Mide, siguiendo la Escala de Desarrollo de Brunet-Lézine, la maduración de la motricidad gruesa. Hemos delimitado cuatro niveles:

- 1) Bueno. Significa que la maduración motriz es mejor de lo que corresponde a su Edad Cronológica (según la Escala aplicada).
- 2) Normal. La maduración motriz es adecuada a la Edad Cronológica.
- 3) Inmaduro. Significa que su edad de desarrollo en este Area está una edad por debajo de su Edad Cronológica, siguiendo las edades de aplicación del Brunet-Lézine. Es decir, que si el niño tiene 24 meses de edad cronológica y obtiene en el

test una puntuación correspondiente a los 21 meses, que es la edad anterior en esta escala, ya que están separadas de 3 en 3 meses, se le calificara como Inmaduro en este área. (Ver Protocolo en Anexo).

4) Muy inmaduro. Significa que su edad de desarrollo en este Area está dos edades por debajo de su Edad Cronológica, siguiendo las edades de aplicación del Brunet-Lézine. Es decir, que si tiene 12 meses de edad cronológica y obtiene una puntuación por debajo de 10 meses, se le califica de Muy Inmaduro en este área.

5) Alterada. Nos expresa que su maduración es anómala y los patrones de movimiento son atípicos, no adecuándose a las fases de desarrollo normal, lo cual es sintoma de una disfunción o lesión cerebral, según los criterios de Amiel-Tison (1989).

35.- Control Postural a los 24 meses. Sigue los mismos criterios que la variable anterior, pero adaptado a los 24 meses.

Estas dos variables corresponden a la categoría P de la Escala de Brunet-Lezine.

36.- Capacidad Visomotora a los 12 meses. Mide la coordinación oculo-motriz y la conducta de adaptación a los objetos (Piaget, 1971).

Hemos delimitado cuatro niveles:

- 1) Buena. Significa que su capacidad oculo-motriz es superior a la que corresponde a su edad cronológica (según la Escala).
- 2) Normal. Adecuada a su edad. Estos criterios se adaptan también a los de Gessell (1974).
- 3) Inmadura. Significa que permanece una edad por debajo de la correspondiente a su edad cronológica, siguiendo las edades de aplicación de la Escala. La valoración de los niveles se ha hecho igual que en el área de Control Postural.
- 4) Muy Inmadura. Significa que permanece dos edades por debajo de lo correspondiente a su edad cronológica.
Holwerda y Kuipers (1987).

5) Alterada. Significa que su forma de integrar la visión y la manipulación es anormal, no siguiendo los patrones de maduración adecuados, lo cual puede ser síntoma de daño cerebral.

37.- Capacidad Visomotora 24 meses. Sigue los mismos criterios que la variable anterior pero adaptado a los 24 meses.

Estas dos variables corresponden a la Categoría C de la Escala.

38.- Lenguaje y Sociabilidad a los 12 meses. Hemos unido los ítems de socialización a los de lenguaje en una sola variable por varias razones: 1ª Por estimar que son interdependientes y que su forma de manifestarse en los niños pequeños está unida y no se puede dissociar. (Bowlby, 1976; Pérez Sánchez, 1981; Anteproyecto del Marco Curricular para la Educación Infantil. MEC, 1986).

2ª Porque la Escala de Brunet-Lezine sólo puntúa la sociabilidad a través de las preguntas a los padres, no tiene ningún ítem de observación directa, lo cual pensamos que

añadía un matiz de subjetividad muy grande ya que lo que es objetivo para una familia no lo es para otra, como señala Caldwell en su Inventario "HOME".

Al igual que en las otras dos variables madurativas, hemos marcado cuatro niveles:

- 1) Buena. Significa que su capacidad de socialización y lenguaje es superior a la correspondiente para su edad.

La valoración para determinar el nivel ha sido la misma que en las otras dos variables.

- 2) Normal. Es adecuada a la edad.
- 3) Retardada. Significa que su capacidad en estas categorías permanece una edad por debajo de la correspondiente a su Edad Cronológica.
- 4) Gestual. Significa que su capacidad en estas categorías está una edad por debajo pero añade un aspecto de inmadurez que es la no utilización del lenguaje de signos; matiz que hemos creído importante introducir debido a que la escala puntúa con muy poca diferencia que el niño señale o que nombre, lo cual no es

significativo en la población normal, pero sí en nuestra población de Alto Riesgo, porque el hecho de decir alguna palabra denota un aspecto de maduración personal y autonomía que refuerza y estimula las relaciones.

- 5) Ausente. Denota la incapacidad del niño de comunicarse con su ambiente, no pudiendo utilizar ningún canal de expresión por diversas causas.

39.- Manifestaciones psicossomáticas 12 meses.

Se han seguido los criterios de Kreisler y Soulé (1978) en la clasificación que hacen de alteraciones psicossomáticas en el primer año de vida. Se valoran como expresión de problemas emocionales y de relación, que el niño no puede expresar mentalmente por falta de recursos a esta edad, utilizando la vía somática como descarga de tensiones producidas por relaciones afectivas inadecuadas.

- 1) Hipersomnia. Cuando el niño duerme durante casi todo el día no teniendo tiempo de relacionarse con el exterior, lo que produce una inmadurez generalizada. Este comportamiento nos hace suponer que el niño no tiene interés ni motivación para permanecer despierto, por lo cual no hace evolucionar su ritmo de vigilia/sueño.

- 2) Insomnio. Supone la dificultad para abandonarse al sueño, no pudiendo prolongarlo tiempo y despertando en tiempos cortos. Es un trastorno de los más graves, por las alteraciones que crea en el ambiente.

- 3) Anorexia. En el primer año supone una alteración en el instinto del hambre, permaneciendo el niño siempre inapetente. Provoca la actitud de forzar y obligar a comer, lo cual produce mayor rechazo. Jiménez Huertas (1981).

- 4) Vómitos. Es una conducta que se repite muchas veces al día. Puede ser

fisiológica en muchos niños inmaduros pero pasa de ser un trastorno funcional a crónico si las actitudes paternas no son adecuadas.

5) Cólicos. Se definen como dolores abdominales, "retortijones" que impiden al niño estar tranquilo. Es de los primeros síntomas psicossomáticos que muestran los bebés. Se puntúa si llega a alterar diariamente su vida.

6) Espasmos del sollozo. Se entiende como "quedarse privado". Es una pérdida de conocimiento momentánea asociada a una frustración brusca. Suele darse en los niños muy protegidos, ya que con este síntoma manipulan el ambiente. Se anota si sucede con frecuencia. Desaparece con la edad y con el cambio de actitud de los padres.

40.- Manifestaciones psicossomáticas a los 24 meses

Se definen con los mismos criterios. Estos trastornos si permanecen en el segundo año, suelen remitir cuando los padres se dejan asesorar y cambian sus actitudes y hábitos.

41.- Valoración familiar a los 12 meses.

Se ha realizado según los criterios de la teoría sistémica: Watzlawick (1971), Jakson (1977), Haley (1989), Boscolo, (1989), que consideran a la familia como un grupo natural con historia; como un sistema estable y abierto al exterior, con una estructura definida y un proceso que puede cambiar con el tiempo. Efectúa un ciclo vital como las personas (Haley, 1989).

Se han establecido tres categorías:

- 1) Estable. Si permanecen los dos padres y los hijos en el mismo hogar. No se refiere al tipo de relaciones; éstas se valoran en la Variable 45.
- 2) Inestable. O en proceso de cambio, si no están casados o no se definen como familia en cuanto a responsabilizarse de sus funciones paternas. No tienen tampoco un hogar (espacio propio fijo).
- 3) Abuelos Esta variable significa que la crianza del niño está a cargo de los abuelos por diversas causas, y vive en casa de ellos fundamentalmente.

42.- Valoración familiar a los 24 meses.

No suele haber cambios en esta variable con la anterior de los 12 meses.

43.- Hábitos de vida a los 12 meses.

La hemos definido como la estabilidad de los cuidados que necesita todo niño, adaptados a su edad de maduración.

Se valora siguiendo los criterios del cuestionario HOME de Caldwell, el cual a través de unas preguntas directas e indirectas a los padres obtiene información sobre: cómo responden los padres a las necesidades del niño, si le entienden, qué secuencias de interacción tienen con él, cada cuánto tiempo le cogen, cuántos miembros de la familia se ocupan de él. (Ver Anexo).

Las dos categorías establecidas, son:

- 1) Adecuados. Si el tipo de actividades que hace el niño a lo largo del día es adecuado a su edad, con las personas adecuadas y con un ritmo estable (Brazelton, 1985).

2) Inadecuados. - Si no se cumple alguna de las tres condiciones de la variable anterior, es decir:

- No son adecuadas las actividades para la edad de desarrollo del niño.

- Las personas con las que está no son adecuadas o no están disponibles para atenderle.

- El ritmo es inestable, cambiante y no se atiene a una secuenciación temporal que favorezca en el niño la anticipación y la predicción de respuestas por parte del ambiente. (Winnicott, 1975.)

44.- Hábitos de vida a los 24 meses.

Esta variable es definida como la anterior, pero adaptada a los 24 meses. Puede modificarse con respecto a la anterior, si se ha podido hacer una orientación y ayuda a la familia durante la primera etapa de la vida del niño.

45.- Actitudes de los padres a los 12 meses.

Se puntúa la actitud predominante en la conducta de los padres, observando la calidad y tipo de interacción con el niño.

Las hemos categorizado en cuatro, desde las muy buenas a las más inapropiadas.

- 1) Adecuadas. Si se aprecia que son de buena calidad porque estimulan y motivan la relación y el desarrollo de sus capacidades, interpretando bien sus conductas y respondiendo de una forma adecuada. (Winnicott, 1975).
- 2) Normales. No destacan en ningún aspecto, siendo positivos en general. Acosta (1977) y Yela (1976).
- 3) Sobreprotectoras. Si llegan a serlo en tal medida que impiden el proceso de autonomía personal del niño, anteponiendo su deseo a las iniciativas del bebé para evitarle frustraciones. Goodman (1985).

4) Ansiedad y Angustia. Si las conductas y/o las preguntas predominantes que nos hacen los padres muestran miedo, incertidumbre, falta de confianza en la evolución del niño, y en ellos mismos, observándose que no han superado la fase de separación del bebé cuando nació. Temen que le pueda ocurrir algo. La génesis de estas actitudes maternas ha sido descrita por Mari Le Blanc (1989).

46.- Valoración ambiental a los 12 meses.

Se refiere a la calidad del contexto significativo (Jakson, 1977) en el que vive el niño, que abarca no sólo a padres sino a abuelos, escuela, barrio, toda la red de relaciones en las que el niño está inmerso (Bateson, 1985) y que le proporcionan o no los estímulos necesarios para una evolución sana. También incluye una dimensión espacial como es la vivienda, lugar donde está el niño, juguetes que tiene, si los tiene a su alcance, si le enseñan su utilidad.

Se han delimitado cuatro categorías:

- 1) Buena. Es decir si el niño posee una buena estimulación ambiental en su entorno.
- 2) Mala. Sin recursos. Se refiere sobre todo al aspecto socio-económico, lo cual significa que la familia no posee los recursos necesarios para satisfacer todas las necesidades del niño. Dunst (1985).
- 3) Disfunción. Significa que el contexto relacional está alterado, bien por problemas de los padres, enfermedades psiquiátricas, conflictos familiares, etc. Lowenthal (1987).
- 4) Hipoestimulación. Hace referencia a un ambiente deprivado, que no proporciona interés ni motivación al niño para poder desarrollar sus capacidades. Tojo (1984).
- 5) Hiperestimulación. Se entiende por hiperestimulación, según diversos autores, cuando el niño posee tantos

estímulos que su cerebro no puede procesarlos porque no están adaptados a su ritmo; ante lo cual el niño suele adoptar dos formas de comportamiento:

- a) el desinterés como forma de neutralizar una estimulación excesiva.
- b) la hiperactividad ante la necesidad de estar siempre actuando. Ambos distorsionan el desarrollo. Katona (1981), Brazelton (1981), y Ajuriaguerra (1976).

47.- Situación escolar a los 12 meses.

Se refiere a si el niño asisten a una escuela infantil a esta edad.

Se dan dos alternativas:

- 1) SI.
- 2) NO.

48.- Situación escolar a los 24 meses.

Si ha empezado a asistir a la escuela a esta edad.

49.- Tipo de escuela a los 12 meses.

Ha sido necesario añadir esta variable porque nos dimos cuenta de que la mayoría de los niños, cuyos padres necesitaban llevarlos a la Escuela Infantil a esta edad, estaban en Guarderías/Aparcamientos (locales donde recogen a los niños) lo cual los convierte en un ambiente hipoestimulante por varias razones: no tener un proyecto educativo, estar muy masificados, (por eso son baratos), y no tener espacios separados para distintas edades.

50.- Tipo de escuela a los 24 meses.

Esta variable se ha añadido porque a los 24 meses son más los niños que van a la Escuela Infantil.

En nuestro trabajo dedicamos más tiempo en informar a la familia sobre la existencia de Escuelas Infantiles adecuadas.

51.- Intervención propuesta a los 12 meses.

Esta variable expresa la intervención que se propuso para cada niño, de los dos grupos,

como decisión final de los resultados obtenidos en el primer control de los 12 meses en las siguientes variables:

- 1.- Valoración global de su Cociente de Desarrollo.
- 2.- Valoración por separado de cada una de las áreas madurativas (control postural, capacidad visomotriz, comunicación, y lenguaje).
- 3.- Valoración Familiar.
- 4.- Valoración Ambiental.

La decisión tomada al final del proceso de evaluación a los 12 meses, se plasmó en seis tipos de intervención, de las cuales, cinco coinciden con las ya propuestas por Guralnick y Bennett (1989), y que ellos califican de "actuaciones precoces". La sexta alternativa es reciente, debida a la creación de los Equipos Psicopedagógicos del Sector (1985).

Nosotros hemos establecido seis categorías:

1) Seguimiento Anual.

Se establece cuando la valoración global

es buena, y no necesita al niño más que una revisión anual para observar su evolución.

2) Pautas Educativas.

Son orientaciones concretas a la familia sobre normas educativas (establecimiento de límites, autonomía) (Stern, 1984) y/o actividades adecuadas de la vida diaria que no se están llevando a cabo, con el niño, bien debido a dificultades iniciales que el niño ha presentado en su evolución o a su propia ansiedad y angustia (Le Blanc, 1989).

3) Intervención Precoz.

Esta variable se refiere al tratamiento de estimulación precoz que es necesario programar para un niño cuando su nivel de desarrollo no llega a los límites de la normalidad por diversas causas (inmadurez generalizada, disfunción en la familia, hipoestimulación ambiental); siendo diagnosticado de Retraso Generalizado o Madurativo.

En estos casos las orientaciones educativas no suelen ser suficientes y hay que programar conjuntamente con los padres unas actividades muy específicas que potencien las áreas de desarrollo más inmaduras y cuya metodología varía radicalmente según los factores que estén incidiendo en ese retraso madurativo.

El equipo de Estimulación Precoz del Hospital Santa Cristina elaboró, en esos años, sus propios objetivos de desarrollo, (ver Anexo).

4) Intervención Familia.

Se define como una forma muy específica de Intervención Precoz que consiste en centrar el tratamiento en la familia como grupo, con el fin de que incluyan al niño como un miembro más y establezcan sus relaciones con él dentro del subsistema al que pertenece, el de los hijos; se intenta evitar con ello las actitudes tan disfuncionales que en torno a estos niños los padres generan (sobreprotección, rechazo,

descalificación), las cuales reflejan la propia disfunción del grupo. Wazlawick (1971), Minuchin (1970), y Haley (1989).

5) Intervención niño.

Se refiere a la derivación de este niño a un centro especializado de Estimulación Precoz para ser tratado de forma individualizada y por especialistas concretos (Técnico en Estimulación, Logopeda o Logoterapeuta, Fisioterapeuta, Psicomotricista) debido a las dificultades que presenta en su desarrollo, que suelen traducirse en un diagnóstico de retraso psicomotor grave, por Minusvalía o Deficiencias específicas.

6) Derivación MEC - CAM.

Es una alternativa bastante actual de la Intervención Precoz. Se refiere al acceso al Sistema Educativo del niño, sea cual sea la edad (0-3), por creer que es la intervención más eficaz para su proceso de desarrollo a causa de los factores que lo están limitando. (Que en este caso suelen ser de tipo familiar y ambiental).

Este tipo de intervención fue posible a raíz de la Orden del 20 de Marzo de 1985 del M.E.C. sobre planificación de la Educación Especial y experimentación de la Integración en el curso 1985-86 (B.O.E. 25-III-85).

Se prevee su ampliación según la Orden de 2 de Enero de 1989, sobre planificación de la Educación Especial y ampliación de la experimentación de la integración en los cursos 1989/90 y 1990/91 (B.O.E. 4 de Febrero de 1989).

La clasificación de las variables se ha hecho así según el tipo de diseño llevado a cabo; hemos tomado como variables independientes, entendiendo por tales "las variables cuyos efectos intentamos medir en el estudio" (McGuigan, 1976, pp. 181), las siguientes:

- El Tipo de Alarma, que incluye 2 categorías:
 - 1.- PROBANDO (Grupo de Alto Riesgo).
 - 2.- TESTIGO (Grupo de Bajo Riesgo).
- Valoración Ambiental: con 6 categorías.
- Hábitos de Vida: con 2 categorías.
- Actitudes de los Padres: con 4 categorías.

Hemos tomado como variables dependientes, entendidas éstas como "las variables sobre las que se aprecian los efectos de manipulación de las independientes" (De la Orden, 1985, pp. 261), las siguientes:

- El Cociente de Desarrollo Global.
- Las Areas Madurativas (postural, visomotora, lenguaje, socialización).
- Las Intervenciones Educativas a los 12 y 24 meses.
- Las Manifestaciones Psicosomáticas.
- El Tipo de Alimentación.

Las variables correspondientes a datos socioculturales (nivel educativo de la madre y social de los padres, estado civil de la madre, valoración familiar y trabajo de ambos), han sido VARIABLES CONTROLADAS previamente, por el tipo de procedencia de los niños, como se ha dicho, para que su distribución fuera homogénea en los dos grupos y así poder controlar mejor sus efectos de tipo socioambiental sobre los resultados obtenidos.

Las variables referentes a Antecedentes Maternos (edad de la madre, gestaciones anteriores, malformados, abortos, hijos vivos y muertos), ofrecen también una distribución homogénea en los dos grupos, así como las referentes a Características de los Niños recogidas como:

- Sexo.
- Edad de Inicio de Intervención (antes del año).
- Tipo de Intervención.
- Asistencia a la escuela.
- Tipo de Escuela.

9.6. Medios utilizados para realizar la Investigación.

- 1) Escala para medir el Desarrollo Psicomotor de la primera infancia de O. Brunett e I. Lézine.

Esta escala consta de tres partes:

- 1° Una escala que se aplica de uno a treinta meses, que consta de una hoja de nivel (Ver Anexo), una hoja de examen y una hoja de preguntas (se hacen a los padres o persona encargada del niño).
- 2° y 3° Dos series de pruebas complementarias que no hemos utilizado porque se aplican a partir de los 24 meses.

La escala consta de dos partes:

Una experimental por medio de la cual el investigador aplica las pruebas al niño; otra de observación del comportamiento del niño en la vida cotidiana y cuyos datos nos proporcionan los padres a través de las preguntas que les formulamos.

Las letras P, C, L y S, indican respectivamente las cuatro categorías de pruebas de que consta la batería.

P - Control postural y motricidad.

C - Coordinación oculo-motriz y conducta de adaptación a los objetos.

L - Lenguaje.

S - Sociabilidad o relaciones sociales y personales.

Al final del examen se hacen las preguntas destinadas a los padres, las cuales han sido agrupadas también según tres categorías: P (Postural); L (Lenguaje); S (Sociabilidad), en la hoja de preguntas.

Los resultados se agrupan en la ficha de nivel para luego establecer el perfil y calcular el cociente de desarrollo global y los cocientes parciales. (Ver Anexo).

Condiciones materiales.

El examinador dispone de una mesa delante de la cual se sientan los padres que tienen al niño sobre sus rodillas.

No se aplican de un modo rígido toda la serie de pruebas, sino que se tienen en cuenta la edad y las características de cada niño. En cualquier edad se comenzará aplicando la serie de pruebas correspondientes a su nivel, que hemos calificado como N (normal), descendiendo, en caso de fracaso, a edades inferiores, que hemos calificado como B (bajo si está en una edad inferior) y MB (muy bajo si está en dos edades inferiores). En caso contrario, continuamos con las edades superiores hasta que el niño fracase (puntuamos A (alto) si está en una edad superior y MA (muy alto) si está en dos edades superiores).

El Cociente de Desarrollo (CD) se obtiene de la división de la Edad de Desarrollo (ED) con la Edad de Cronológica (EC), que en la primera infancia reemplaza al Cociente Intelectual (CI).

2) Los Objetivos de Desarrollo elaborados por el equipo de Atención Precoz del Hospital de Santa Cristina.

Fueron realizados en 1980, y revisados en 1985. Son un compendio de objetivos y actividades para alcanzar dichos objetivos. Están clasificados por áreas de desarrollo (Áreas motora, cognición, manipulación, lenguaje, sociabilidad). Tienen la enorme ventaja de estar secuenciados muy pormenorizadamente, adaptándose al nivel de dificultad que presente cada niño. Están basados en los objetivos de desarrollo de los autores entonces vigentes: Guía Portage (1978), Dimitriev (1982), Cunningham (1988), Hanson (1980), y de los autores clásicos ya señalados: Piaget, Wallon, Gessell. (citados en Carranza y Serrano, 1981).

Incluye una síntesis del Desarrollo Emocional en los dos primeros años, basada en los criterios del desarrollo de Mahler (1972) y Winnicott (1975).

Estos objetivos nos han servido de punto de referencia para dar pautas y orientaciones de Intervención Precoz a los padres, así como para

elaborar los programas individualizados de los niños, que derivábamos para tratamiento especializado de Intervención Precoz, por presentar deficiencias específicas o retraso psicomotor importante. Estos programas eran enseñados y compartidos con los padres en el hogar.

Guía Portage de Educación Temprana.

Llamada también "Proyecto Portage", es una guía de educación infantil de 0 a 6 años, realizada en Portage Wisconsin (USA) en 1976 y adaptada a España por MEPSA. (Ver Anexo).

Autores: Bluma, S.; Shearer, M. y otros.

Abarca todo el desarrollo psicomotor, comprendido en 6 áreas de maduración, que se denominan:

- Estimulación Infantil: comprende 45 ítems. Se refieren a comportamientos del desarrollo inicial de todos los sistemas de percepción (oral, táctil, visual, auditivo) y de su integración entre ellos, con la maduración. No marca edad de inicio ni nivel.

- Socialización, que comprende de 0 a 6 años, como todas las demás áreas.
- Lenguaje.
- Autoayuda.
- Cognición.
- Motor.

Puntuación.

El nivel alcanzado en cada una de las áreas se anota en un cuaderno de registro multicolor, donde figuran todos los items de las 6 áreas.

Se registra la edad, el inicio del comportamiento estudiado y la fecha de cuándo se consolida.

Esta guía tiene un marcado carácter educativo. Es muy fácil de enseñar a los padres. Se puede adaptar bien a las actividades de la vida de hogar.

La secuenciación de comportamientos que muestra en sus actividades, la hace asequible a niños con problemas madurativos, como es la población de Alto Riesgo.

3) Inventario HOME de Caldwell.

Sus autores son Bettye M. Caldwell y Robert H. Bradley. Traducido por B. Arias; no está adaptado aún a la población española.

La necesidad de hacer una evaluación ambiental del contexto humano y material en que viven los niños, es lo que nos decidió a utilizar los criterios de este inventario ante la ausencia de alguno adaptado a España. (Ver Anexo).

Justificaciones para su elección.

Los factores que intenta evaluar, creemos que son muy influyentes en el desarrollo de los primeros años. Estos son:

- Las cualidades de apoyo que ofrece el hogar.
¿Qué hay en él adaptado al mundo infantil?.

- La calidad humana de los cuidados, de la madre o persona encargada a tiempo completo.
- El tipo de juguetes y materiales que los padres proporcionan al niño para ayudarlo a aprender.
- Valorar si los padres proporcionan experiencias "culturales" a su hijo.
- La "Calidad de Vida" del niño. Se intenta detectar si existe estimulación y apoyo más que status, dinero o nivel educacional.

Se seleccionaron los items, según los investigadores, que estaban asociados con un desarrollo favorable de los niños.

No ofrece juicios de valor: si tales características son buenas o malas.

Mide espontaneidad en la comunicación con el entrevistador.

Riesgos.

Como todo Inventario aplicado a las familias, los mismos investigadores señalan que lo que es objetivamente significativo para una familia, puede no serlo para otra.

La flexibilidad que caracteriza a este Inventario, que como dicen sus autores, fue usado por diferentes investigadores de formas muy distintas, favoreció la utilización de algunos de sus criterios para evaluar nuestras variables: Valoración Ambiental, Hábitos de Vida y Actitudes Paternas.

Apartados que lo forman.

- Instrucciones generales.
- La preparación de la entrevista.
- La entrevista, que no está estandarizada. Se consigue conforme a los padres la proporcionan. Evitando ponerles a la defensiva.

9.7. Selección del Diseño: Descripción de de la muestra.

El diseño que hemos llevado a cabo es de tipo no experimental, denominado "Investigación ex-post-facto" (De la Orden, 1985, pp. 76), debido a que, como señala el autor, las variables ya han actuado en el momento de la investigación y nosotros sólo hemos medido lo que existía, no las hemos manipulado. Este diseño es el que hemos pensado que más se adaptaba a nuestro trabajo, dadas las características del estudio que intentábamos realizar.

La muestra ha sido de selección intencional en función de unas características determinadas que poseían los sujetos, que hemos valorado como de Alto Riesgo Neonatal (grupo Probando) o Bajo Riesgo (grupo Testigo).

Dentro del grupo de variables que hemos controlado, como ya hemos expuesto, unas hacen referencia a antecedentes maternos, otras a características del niño y nivel socio-cultural.

Estas variables han sido sometidas al correspondiente tratamiento estadístico, tal y como veremos en la interpretación de los resultados de este trabajo.

El número total de niños elegidos fue de 233:

<u>EDAD</u>	<u>SEXO</u>
12 meses	105 niñas.
	127 niños.

Este mismo grupo fue evaluado a los 24 meses de edad, es decir, un año más tarde, para medir los efectos de las Intervenciones Educativas establecidas para ellos.

La Investigación fue realizada en cuatro años, de 1985 a 1988. Todos los niños fueron vistos a los 12 y 24 meses, siendo evaluados los resultados al cumplir estas edades.

9.8. Selección y asignación de los sujetos.

El número total de niños (233) fue dividido en dos grupos:

- grupo PROBANDO, que comprendía los niños de Alto Riesgo Neonatal.
- grupo TESTIGO, que comprendía los niños de Bajo o Mínimo Riesgo Neonatal.

Se valoró el nivel de riesgo neonatal, basándonos en los criterios establecidos por la Sociedad Española de Neonatología (Anexo), según los cuales cuando un niño es ingresado en los Cuidados Neonatales al nacer o en los primeros días de vida, El Neonatólogo emite un diagnóstico de su estado, y cuando es dado de alta, se evalúa su nivel de riesgo, en función de todas las situaciones vividas, potencialmente peligrosas de producir secuelas, desde el momento de ingreso hasta su alta del hospital (incluido el peso y la edad gestacional, que son factores determinantes en niveles muy bajos).

El resultado fue:

GRUPO PROBANDO:	172 sujetos	- 76 niñas.
		- 95 niños.
GRUPO TESTIGO:	61 sujetos	- 29 niñas.
		- 32 niños.

Con lo cual se observa que la muestra es representativa y homogénea, ya que sus distribuciones son similares, como se ha dicho.

9.9. Fases en la aplicación de la Intervención
Precoz.

Todo el grupo de niños fue seguido durante el primer año de vida en la Policlínica Madurativa del Hospital de Santa Cristina por un equipo médico (Neonatólogo y Neuropediatra) en visitas trimestrales (a los 3, 6, 9 y 12 meses de edad).

A los 12 meses si no ha presentado alteraciones antes, su Neonatólogo comunica a la familia que el niño tiene que ser valorado por nosotros como visita sistemática, de rigor, que efectuamos a todos los niños que asisten a la Policlínica; esta información se da así de simple, para evitar susceptibilidades en las familias sobre el nivel de riesgo o temor a que "le hayan encontrado algo malo" según expresión de muchos padres.

El niño con sus padres o madre, es recibido por nosotros en un despacho situado en frente al del médico, para que la espera sea muy corta. Estamos situados detrás de una mesa grande y cuando vienen los padres salimos a su encuentro,

invitándoles a sentarse en las sillas que están enfrente de la nuestra. Saludamos al niño y nos sentamos, dejando espontaneidad a los padres para que cojan uno u otro al niño sobre sus rodillas, le dejen andar, o gatear por la habitación. Desde este momento comienza la entrevista.

Primero explicamos a los padres el objeto de nuestra consulta y les hacemos varias preguntas: cómo ven al niño, qué les ha dicho el médico, si siguen preocupados, etc. Este tiempo es muy importante para que los padres se relajen y para nuestra observación de: el comportamiento mutuo entre el niño y los padres; la relación con nosotros; la actitud ante el espacio, ante los objetos, etc.

A continuación les pedimos que cojan al niño sobre sus rodillas, que le vamos a enseñar unos juguetes. Esto lo hacemos bastante rápido pues la capacidad de concentración del niño a los 12 meses es corta y si se cansa, el rendimiento es mucho menor.

Empezamos con la aplicación de la Escala de Desarrollo de Brunet-Lezine. Primero observamos el área motora, preguntándoles a los padres si se sienta sólo en casa, gatea, etc. Si la contestación

no es clara, colocamos al niño en una camilla alta, que hay para tal fin, y jugamos con él a las posturas que queremos evaluar.

A continuación se explora el área visomotora, sacando el material uno por uno encima de la mesa y dándoselo al niño en las manos para ver lo que hace, siguiendo las instrucciones de la escala.

Seguidamente, se explora el área del lenguaje y la comunicación, presentándole el material específico (a partir de los 15 meses); pero somos conscientes de que este área no se puede valorar aisladamente ya que el niño la está utilizando desde el primer momento de iniciar nuestra relación. Excepto las preguntas específicas que sobre ella se hacen a los padres, la observación de su maduración se hace en el primer contacto con el niño: cómo nos mira, señala, sonríe, balbucea. Estos datos también nos ayudarán a calificar su comportamiento.

Terminada la aplicación de la Escala, se da algún juguete al niño por el que haya mostrado

preferencia, para que los padres puedan responder a la segunda parte de la entrevista, que es donde hacemos las preguntas concretas para poder determinar:

- La dinámica familiar: si es una pareja estable y cuidan ellos al niño, inestable, o se encargan los abuelos de su cuidado.
- Los hábitos de Vida, si son adecuados o inadecuados a la edad y maduración del niño.
- La estimulación ambiental, es decir, si los padres tienen interés en su aprendizaje y le motivan con juegos, materiales, salidas, enriqueciendo así su vida, y ampliando progresivamente sus intereses.
- Las actitudes de los padres, es decir, la forma de relacionarse entre ellos y el niño: si es positiva o por el contrario está llena de matices negativos, como son la sobreprotección, ansiedad, etc.

Por último, se les pregunta sobre el ritmo de vigilia, sueño, alimentación, para explorar la posibilidad de manifestaciones psicósomáticas. El final de la entrevista se

utiliza para orientar a los padres sobre la intervención que vamos a seguir con el niño. Si es una intervención sencilla se les comunica en ese momento pero si el niño presenta algún tipo de dificultad o detectamos en la familia o ambiente que hay problemas, les citamos personalmente para una segunda entrevista, explicándoles que tenemos que valorarlo conjuntamente con los otros profesionales que le han visto o que necesitamos otra entrevista con ellos para completar nuestra evaluación.

En esta segunda entrevista les informamos de la decisión tomada, explicándoles el tipo de intervención a seguir y su periodicidad.

9.10. Registro de las observaciones y respuestas.

Todos los resultados procedentes de esta primera evaluación, incluida la exploración psicopedagógica e intervenciones propuestas, son registrados en una Ficha de Evaluación doble (Ver Anexo); se utiliza la misma, para la entrevista realizada a los 12 y a los 24 meses, con el fin de no perder de vista la evolución efectuada por el niño y la familia así como para observar sus avances o retrocesos.

Esta ficha actualmente está informatizada, pudiendo introducirse los datos actuales, no evolutivos, de la última exploración efectuada.

9.11. Método de corrección y análisis del estudio.

La valoración psicopedagógica del niño, que comprende su nivel de desarrollo general y la maduración de las cuatro áreas, se efectúa con la técnica psicométrica de puntuación de la Escala de Desarrollo de Brunet-Lezine (Ver Anexo) emitiendo una cifra global que corresponde a su cociente de desarrollo a los 12 y 24 meses.

La valoración de las áreas de desarrollo (postural, visomotora, lenguaje y socialización), hemos preferido hacerla categorizando las variables en cuatro y cinco niveles: Bueno, Normal, Inmaduro, Muy Inmaduro o Alterado, lo cual nos pareció más asequible para una información general y más fácil de observar su evolución (como hemos explicado en la definición de variables).

El otro tipo de variables como son: el comportamiento, manifestaciones psicósomáticas, valoración familiar, ambiental, actitudes paternas y pautas de intervención, han recibido una evaluación de tipo cualitativo tomando siempre como referencia los instrumentos mencionados (Inventario HOME, Guía de Educación Temprana Portage, Objetivos de Desarrollo del Hospital de Santa Cristina).

IV.- INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.

10.- ANALISIS ESTADISTICO UTILIZADO.

Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico S.A.S. (Statistical Analysis System).

Debido al elevado número de variables aplicamos los siguientes estadísticos:

En primer lugar hicimos un contraste de Hipótesis para ver la Dependencia / Independencia de Variables aplicando la "t" de Student para las variables continuas, que como estadístico nos permite ver "si las medias de los grupos son iguales o difieren y si esta diferencia es significativa" (Mc Guigan, 1976, pp. 125).

Dada la naturaleza de las variables realizamos también un contraste de significación con la χ^2 "estadígrado no paramétrico de distribución libre, que se utiliza cuando los datos son frecuencias, tanto absolutas como relativas, o proporciones" (Downie, 1971, pp. 212). Se emplea, como señala este autor, para comprobar si "una distribución difiere de alguna distribución teórica previamente establecida" (Downie, 1971, pp. 213).

Por último creímos importante aplicar el Análisis de Varianza (ANAVA) "para ver el efecto simultáneo de una o más variables independientes sobre una variable dependiente" y para comprobar "la existencia o no de interacciones significativas y de su peso o contribución a la varianza total" (De la Orden, 1985, pp. 36).

El efecto simultáneo de varias variables sobre otra, así como los fenómenos de interacción que se dan, es de gran importancia para nuestra investigación, ya que pensamos que las Variables Ambientales y Familiares potencian sus efectos mediante la interacción, siendo el conjunto de todo ello lo que va a determinar el contexto de cada persona.

El Nivel de Significación aceptado ha sido $p < 0.01$ y $p < 0.05$.

11.- DESCRIPCION DE LAS VARIABLES IMPLICADAS EN EL ESTUDIO.

De las variables controladas previamente en el estudio, como se ha dicho, ha sido constatado estadísticamente que sus distribuciones son similares respecto a su homogeneidad en los dos grupos.

Seguiremos la clasificación según los tres apartados señalados:

- 1.- Variables referentes a antecedentes maternos.
- 2.- Variables de tipo socio-cultural.
- 3.- Variables referentes a características del niño.

- Antecedentes Maternos.

Edad de la madre. En ambos grupos son madres jóvenes, siendo la media de edad de 28 años aunque hay un rango de 18 a 44 años.

Gestaciones anteriores. Un 54% de las madres son primíparas.

Abortos. No hay diferencia, aunque en valores absolutos sí se observa mayor número en el grupo de Alto Riesgo.

Vivos. Es la media de hijos vivos de 0,53.

- Características Socioculturales de los padres

Nivel Educativo. El nivel de las madres es elemental, de estudios primarios según el MEC, en un 75% y un 19% tiene estudios secundarios.

Trabajo Madre. Las madres no trabajan fuera del hogar en un 64%. (Aunque en valores absolutos se observa que trabajan más fuera del hogar las madres del grupo de Alto Riesgo).

Trabajo Padre. Los padres trabajan en un 95%.

Nivel Social. Este se distribuye por igual entre las 3 categorías primeras: Obrero (32%); Obrero Especializado (31%) y Técnico Administrativo (31%).

Estado Civil. El 92% de las mujeres son casadas.

Valoración Familiar. El 86% son parejas estables, casados. Sólo hay un 10% de niños que se crían con los abuelos. (Incluimos esta categoría porque pensamos que al ser una muestra joven habría más niños que viven con sus abuelos).

- Características del Niño.

Sexo. Aunque están repartidos por igual, en valores absolutos se observan más niños, lo cual está de acuerdo con las investigaciones actuales.

Edad de Intervención. No es valorable (siendo 12) el número de niños en los que se había hecho algún tipo de intervención antes del año.

Asistencia a la escuela antes del año. Sólo han asistido a escuela en el primer año, 16 niños en total.

Tipo escuela. Únicamente fueron 10 los niños que asistieron a Escuela, de tipo Guardería.

12.- VALIDACIÓN DE LAS HIPÓTESIS FORMULADAS.

12.1. Hipótesis referentes a las Variables de tipo Biológico.

A continuación pasaremos a confirmar las hipótesis formuladas sobre las diferencias de tipo Biológico que muestran los dos grupos de niños estudiados.

Hipótesis 1.

Los niños de Alto Riesgo no proceden de la modalidad de parto normal (cefálico espontáneo) como el grupo de Bajo Riesgo.

Comprobamos la veracidad de esta hipótesis (Tabla I); se ha observado que el grupo de Alto Riesgo ha tenido partos realizados con ayudas externas (fórceps y ventosa) o a través de cesárea (44.19%), mientras que el otro grupo procede de partos normales (llamado cefálico espontáneo) en su mayor parte (77.05%).

T A B L A I - χ^2

DIFERENCIAS ENTRE ALTO Y BAJO RIESGO.
VARIABLES BIOLÓGICAS QUE HAN MOSTRADO
SIGNIFICACION.

CUADRO RESUMEN DE LOS VALORES HALLADOS

(Valor χ^2 y su probabilidad asociada)

	PARTO	REANIMAC.	ALIMENTAC.
χ^2	8.56	19.02	14.30
$p(\chi^2)$	0.003	0.000	0.001

Hipótesis 2^a.

La necesidad de reanimación profunda, llamada Intubación, ha sido necesitada sólo por los niños de Alto Riesgo.

A través del estadístico χ^2 (Tabla I), comprobamos que es un factor exclusivo de este grupo, ya que ningún niño de la población de Bajo Riesgo la ha necesitado.

Hipótesis 3ª.

Los niños de Alto Riesgo obtienen puntuaciones más bajas en el test de Apgar, en el 1º minuto (llamado Apgar I), y en el 5º minuto (llamado Apgar II).

Realizado el contraste de hipótesis, en este caso con el estadístico t de Student (Tabla II), dada la naturaleza de las variables, se confirman tales diferencias entre los dos grupos. Esta hipótesis está relacionada con la anterior, ya que si el niño necesita ser intubado, es decir, reanimado profundamente, es porque ha nacido asfixiado, tiene falta de oxígeno, o dificultad al respirar, lo cual se expresa a través de las puntuaciones obtenidas en el test de Apgar I y II, que lógicamente serán muy bajas.

T A B L A I I - t de Student -

DIFERENCIAS ENTRE ALTO Y BAJO RIESGO.
VARIABLES BIOLÓGICAS QUE HAN MOSTRADO
SIGNIFICACIÓN.

CUADRO RESUMEN DE LOS VALORES HALLADOS
(x, t y p (t) probabilidad asociada a t)

	S.Gest.	Peso	ApgarI	ApgarII
A.R. \bar{X}	37.24	2.599	5.90	7.47
B.R. \bar{X}	38.57	3.101	7.94	8.63
t	3.56	2.82	7.56	4.86
p(t)	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001

S.Gest. = Semanas de Gestación.

Hipótesis 4^a).

Los niños de Alto Riesgo tienen pesos muy bajos al nacer y menos semanas de gestación que los de Bajo Riesgo.

Se confirman ambas hipótesis; realizado el contraste de significación (t de Student) (Tabla II), confirmamos que la Población de Alto Riesgo tiene Peso y Edad Gestacional inferiores al grupo de Bajo Riesgo.

Hipótesis 5').

Los niños de Alto Riesgo tienen lactancia artificial en los primeros meses de vida, con mayor frecuencia que el grupo de Bajo Riesgo, que tiene lactancia materna o lactancia mixta (materna más biberón).

Confirmada la hipótesis con el estadístico χ^2 (Tabla I), observamos que el 39% de los niños de Bajo Riesgo se alimentan con leche materna, frente a sólo el 21% de Alto Riesgo.

Se podría explicar debido a que las madres de niños de Alto Riesgo tienen más dificultad para alimentar al "pecho" a sus hijos por varias razones:

- a) Por los propios factores de Riesgo que determinan un largo tiempo de hospitalización en muchos de estos niños, no pudiendo ponerles al pecho en bastante tiempo por lo que el reflejo de succión se debilita; simultáneamente, a las madres se les agota el estímulo, entre el cansancio de "sacarse la leche" y la ansiedad de la espera tan larga.
- b) Los factores de riesgo neonatal son causa en sí mismos, a veces, de dificultades de succión y deglución, teniendo que estimular la musculatura oro-facial específicamente para que aparezcan.

Las repercusiones que a nivel emocional supone la interrupción o no realización de la lactancia materna, sea cual fuera el motivo no voluntario de la madre, serán una nueva barrera a vencer en el establecimiento de la relación y conocimiento mutuo. Suele provocar sentimientos de culpa e incompetencia en las madres, al no sentirse capaces de dar de mamar a su hijo.

Morley y Cole (1988) han hallado un desarrollo superior en los niños con lactancia materna.

La orientación a las madres en estas dificultades, así como la enseñanza de actividades que potencien la musculatura oro-facial a base de masajes y caricias, es uno de los objetivos de la actual Intervención Educativa Neonotal.

12.2. Hipótesis referentes a las Variables sobre Desarrollo Madurativo e Intervenciones Educativas.

Hipótesis 6^a.

Los niños de Alto Riesgo tienen un desarrollo inferior que los niños de Bajo Riesgo, expresado a través de su Cociente de Desarrollo; a los 12 y 24 meses de vida.

Una vez realizado el contraste de hipótesis con el estadístico "t" de Student dada la naturaleza de las variables (Tabla III) podemos rechazar la hipótesis de nulidad y afirmar que los niños de Alto Riesgo obtienen Cocientes de Desarrollo inferiores a los de Bajo Riesgo a los 12 y 24 meses.

T A B L A III - t de Student -

DIFERENCIAS ENTRE ALTO Y BAJO RIESGO.
VARIABLES MADURATIVAS QUE MUESTRAN SIGNIFICACION.

CUADRO RESUMEN DE LOS VALORES HALLADOS

(x, t y p (t) (probabilidad asociada a t)

	C.D.12	C.D.24
A.R. \bar{x}	96.16	97.97
B.R. \bar{x}	99.24	99.95
t	2.58	2.65
p(t)	0.0001	0.0001

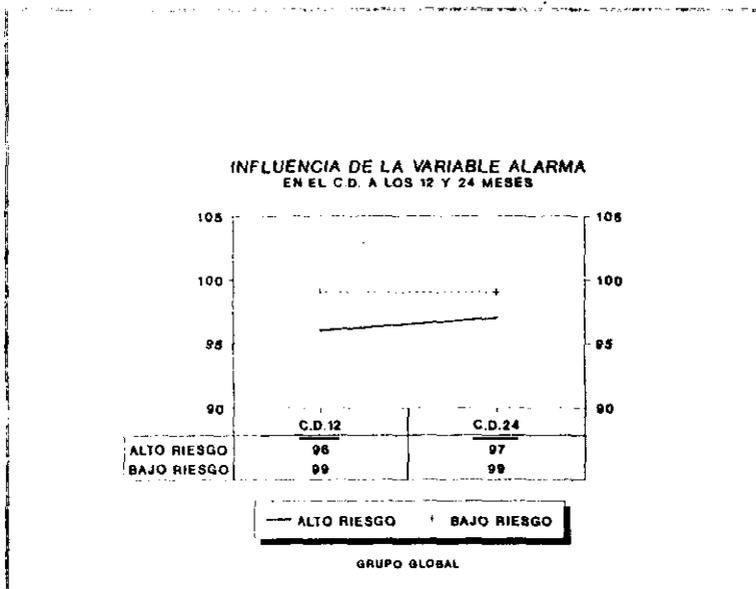
C.D. 12 = Cociente de Desarrollo a los 12 meses.

C.D. 24 = Cociente de Desarrollo a los 24 meses.

Los Cocientes de Desarrollo serán expresados siempre a través de las siglas (C.D.).

En la Gráfica 1ª vemos representados estos valores.

GRAFICA 1*



V = Variable. 1 - Probando = Alto Riesgo.
 Alarma 2 - Testigo = Bajo Riesgo.

En las Gráficas, los grupos serán denominados Alto Riesgo, Bajo Riesgo y Global (que comprende ambos).

Estos resultados coinciden con los planteados por Stefanini y Calzolari (1989) sobre la influencia del sufrimiento perinatal en el desarrollo cognitivo hasta el año y medio de vida. (expuesto en el punto 9.2).

Subhipótesis 6ª.

El Cociente de Desarrollo de los niños de Alto Riesgo tiene un aumento mayor a los 24 meses que los de Bajo Riesgo.

No podemos rechazar la hipótesis de nulidad una vez aplicado el estadístico t de Student, ya que, si bien se produce una mejora en su Cociente de Desarrollo, este aumento no alcanza niveles de significación. ($p = 0.8$). (Gráfica 1).

Estos resultados muestran las propias dificultades que presentan los niños a esta edad, para alcanzar el nivel del otro grupo.

Hipótesis 7ª.

Los niños de Alto Riesgo tienen una evolución más lenta en el Area del Lenguaje y la Socialización, valoradas conjuntamente, que los niños de Bajo Riesgo, durante el primer año de vida.

Una vez efectuado el contraste de significación con el estadístico χ^2 (Tabla IV), se comprobó que el valor de discrepancia obtenido es significativo, como puede observarse en el Cuadro A, debido a que los sujetos de Alto Riesgo están agrupados, en mucha mayor medida, en la casilla correspondiente a los n's. 3, 4, 5, clasificada de Inmadurez.

C U A D R O A

LENGUAJE Y SOCIALIZACION 12 m.

Categorías	Normal	Inmaduro	Frecuencias Porcentajes
	1 y 2	3, 4, 5	
A. Riesgo	117 50.21	55 23.61	
B. Riesgo	50 21.46	11 4.72	
	167 71.67	66 28.33	

$\chi^2 = 4.31$ $p(\chi^2) = 0.03$

- 1.- Bueno. 3.- Inmaduro. 5.- Alterado.
 2.- Normal. 4.- Muy Inmaduro.

La agrupación de categorías en este área ha sido necesaria para poder efectuar el estadístico χ^2 ya que las categorías 1.- Muy Bueno, y 5.- Alterado, no tenían suficiente número de sujetos.

En cambio el lenguaje y socialización a los 24 meses, sólo ha obtenido un valor de tendencia $p = 0.09$.

Es evidente, como vemos, que este grupo tiene más dificultades iniciales en comunicación y tarda más en hablar que el otro grupo. Podemos interpretarlo debido a que el lenguaje es una función simbólica que necesita de la maduración de otras estructuras para su desarrollo, por lo cual aparece más tarde. Esta interpretación estaría de acuerdo con la 6ª Hipótesis en la que se demuestra un Desarrollo Global inferior en los niños de Alto Riesgo en el 1er. y 2º año de vida; debido a ello la evolución del lenguaje iría más lenta en consecuencia.

Podemos pensar también que las condiciones de aislamiento de los primeros meses,

junto con la dinámica familiar que ello genera, pudieran condicionar una lentitud en los procesos mentales conjuntamente con la presencia de factores biológicos que a su vez pueden dificultar o alterar la maduración global.

Hemos hablado de Inmadurez, ya que sólo hubo un caso de Patología en el Lenguaje y la Comunicación: fue un niño que se diagnosticó de deficiencia multisensorial (hipoacusia grave y déficit visual), posiblemente por factores prenatales.

Hipótesis 8ª.

Los niños de Bajo Riesgo necesitan menos pautas de Intervención Educativa a los 12 y 24 meses que los de Alto Riesgo.

Una vez realizado el contraste de significación con el estadístico χ^2 (Tabla IV) se comprobó que el valor de discrepancia es significativo porque, como vemos en el Cuadro B, la mayoría de los sujetos de este grupo están en la categoría n° 1 (Seguimiento), no habiendo

necesitado ningún niño de este grupo tratamiento especializado (Categoría nº 5). Por lo que se puede deducir que el grupo de Bajo Riesgo necesita en menor medida que el otro grupo, ser orientado y controlado sistemáticamente a corto plazo, pudiendo realizarse, a nuestro entender, a través de sus centros de zona (sanitarios y educativos).

T A B L A I V - χ^2 -

DIFERENCIAS ENTRE ALTO Y BAJO RIESGO.

VARIABLES DE TIPO EDUCATIVO

QUE HAN MOSTRADO SIGNIFICACION.

CUADRO RESUMEN DE LOS VALORES HALLADOS

(Valor χ^2 y su probabilidad asociada)

	LEN/SO 12	INTERV.12	INTERV.24
χ^2	4.31	11.23	6.04
p(χ^2)	0.03	0.01	0.04

LEN/SO - Area del Lenguaje y Socialización a los 12 meses.

INTERV.12 - Pautas de Intervención educativa aplicadas a los 12 meses.

INTERV.24 - Pautas de Intervención educativa aplicadas a los 24 meses.

C U A D R O B

INTERVENCION PROPUESTA 12 m.

Categorías	1	2	3	5
A.Riesgo	58 26.01	74 33.18	22 9.87	9 4.04
B.Riesgo	35 15.70	20 8.97	5 2.24	0.00
Frecuencias	93	94	27	9
Porcentajes	41.70	42.15	12.11	4.04

$$\chi^2 = 11.236$$

$$p(\chi^2) = 0.01$$

- 1.- Seguimiento.
- 2.- Pautas educativas.
- 3.- Intervención Precoz.
- 5.- Tratamiento en centro especializado.

Las Intervenciones n°s. 4 y 6, fueron eliminadas porque no tenían suficiente número de sujetos.

Hipótesis 9ª.

Existen diferencias en el área de control postural durante el primer año de vida entre los niños de Alto Riesgo y los de Bajo Riesgo.

No podemos confirmar tal hipótesis ya que a pesar de mostrar globalmente mayor inmadurez, no adquiere valor de significación ($p = 0.2$; $\chi^2 = 1.57$).

Nuestra explicación se enmarca en una pauta de tipo cultural, como es la gran variedad de actividades de estimulación que existen en nuestra cultura, para que los niños adquieran la bipedestación (la marcha) lo antes posible; ésta es interpretada en nuestro medio como una prueba de normalidad, incluso hay aparatos para ello, como es el nocivo tacatá; a veces se llega a conseguir a costa de no haber superado el niño otras adquisiciones motoras, a nuestro modo de ver más importantes y útiles, como es el gateo, pero que son menos valoradas, o nada, como en la Escala de Desarrollo que hemos utilizado; debido a ello, a simple vista, no aparecen diferencias en cuanto a cantidad; habría que investigar cómo es la "calidad" de este control postural.

Hipótesis 10^a.

Los niños de Alto Riesgo tienen una capacidad visomotora más inmadura que los de Bajo Riesgo en su primer año de vida.

Al igual que en la hipótesis anterior, no podemos afirmarlo ya que en este área tampoco han alcanzado diferencia significativa ($p = 0.2$; $\chi^2 = 4.15$).

Pensamos que este desarrollo similar en el área visomotora de los dos grupos, que comprende la capacidad de manipular y coordinar objetos, debería ser objeto de investigaciones futuras que buscaran la causa de ello. ¿Podría ser debido a una pauta de estimulación ambiental?

Hipótesis 11^a.

Los niños de Alto Riesgo difieren en su comportamiento y atención, de los niños de Bajo Riesgo.

No tenemos evidencia para confirmar tal hipótesis, porque si bien en valores absolutos muestran menor capacidad de atención (Categoría

n° 2) y más hiperactividad (n° 3), sobre todo a los 12 meses, este aumento no adquiere valores de significación a ninguna edad:

		Alto Riesgo	Bajo Riesgo
12 MESES	Atención dispersa	17.44	16.39
	Hiperactividad	6.98	3.28

$$\chi^2 = 1.17 \quad p = 0.2$$

A los 24 meses estas diferencias son aún menores.

$$\chi^2 = 0.02 \quad p = 0.8$$

Pensamos que el hecho de no existir diferencias a los 12 meses, sea debido al desarrollo más lento del grupo de Alto Riesgo, lo cual puede expresarse a través de un comportamiento inmaduro y muy tranquilo en general, como ha señalado Amiel Tison (1989), hasta el punto de parecer a veces retrasado.

Nuestra hipótesis coincide con los trabajos de O'Mara (1989) en los que no encontró diferencias en el comportamiento de niños normales y prematuros, excepto en aquellos en que se daban

actitudes de sobreprotección materna. Esto se demuestra en nuestro trabajo, en la Hipótesis N° 15.

Por último hemos creído importante resaltar que Modalidades de Intervención han necesitado en mayor medida los dos grupos así como el CAMBIO experimentado del 1° al 2° año, etapa en la cual se han aplicado las distintas modalidades de Intervención.

1°) La Modalidad de Intervención más demandada globalmente a los 12 meses ha sido: Pautas Educativas (Cuadro B, categoría n° 2); en segundo lugar, el Seguimiento (n° 1), y en tercer lugar, la Estimulación Precoz aplicada a través de los padres (n° 3).

C U A D R O B

INTERVENCION PROPUESTA 12 m.

Categoría	1	2	3	5
A.Riesgo	58 26.01	74 33.18	22 9.87	9 4.04
B.Riesgo	35 15.70	20 8.97	5 2.24	0.00
Frecuencias	93	94	27	9
Porcentajes	41.70	42.15	12.11	4.04

$$\chi^2 = 11.236$$

$$p(\chi^2) = 0.01$$

- 1.- Seguimiento.
- 2.- Pautas educativas.
- 3.- Intervención Precoz en Familia.
- 5.- Tratamiento en centro especializado.

2*) A los 24 meses, es decir, un año después de iniciadas las Intervenciones, se observa un cambio importante en los dos grupos (Cuadro C).

C U A D R O C

INTERVENCION PROPUESTA 24 m.

Categorías	1	2	5	
A.Riesgo	78 46.71	38 22.75	7 4.19	Porcentajes
B.Riesgo	36 21.56	8 4.79	0 0.00	
Total	114 68.27	46 27.54	7 4.19	Frecuencias Porcentajes

$$\chi^2 = 6.01$$

$$p(\chi^2) = 0.04$$

- 1.- Seguimiento.
- 2.- Pautas educativas.
- 5.- Tratamiento en centro especializado.

Las categorías 3 y 4 fueron eliminadas porque no tenían sujetos.

Ha aumentado el n° de niños en los dos grupos que han pasado a Seguimiento (n° 1), siendo la categoría en la que están los niños cuyos niveles de desarrollo han alcanzado la normalidad, no necesitando más que revisiones periódicas.

3°) Observamos que a los 24 meses, los dos grupos siguen demandando la intervención "Pautas Educativas" (Cuadro C), aunque con una diferencia significativa el grupo de Alto Riesgo (como ha quedado demostrado en la Hipótesis N° 8).

4°) Sólo el grupo de Alto Riesgo necesita a los 24 meses tratamiento especializado (Cuadro C n° 5), que son los niños afectados por alguna deficiencia específica o retraso psicomotor importante.

5°) Con los resultados aportados que fundamentan estas siete hipótesis, creemos demostrar la eficacia de la Intervención en los dos primeros años. Las investigaciones de Ferrari y Benatti (1989) citados en el punto 9.2., así lo confirman.

12.3. Hipótesis referentes a las Variables Familiares y Ambientales.

Estas variables se distribuyen, en las distintas categorías establecidas, de forma homogénea en los dos grupos, por lo que se pueden analizar mejor sus efectos cuando intentamos comprobarlos sobre el desarrollo global de cada niño; éste será el objetivo de las siguientes hipótesis.

Para la verificación de todas ellas hemos utilizado el estadístico Análisis de Varianza (ANAVA), por lo cual, se entiende que sus valores estarán expresados en medias.

Hipótesis 12'.

La calidad ambiental -llamada valoración ambiental- influye en igual medida en el Desarrollo Global de los dos grupos, expresado a través del Cociente de Desarrollo, en el primero y segundo año de vida.

Se confirma esta hipótesis para el grupo global (Tabla V), si bien observando las Tablas VI (12 meses) y VII (24 meses), vemos que el valor de significación adquirido para el grupo de Alto Riesgo es mayor que para el otro grupo, tanto a los 12 como a los 24 meses, por lo que podemos afirmar que la variable Ambiental influye en mayor medida en el Cociente de Desarrollo en el grupo de Alto Riesgo que en el de Bajo Riesgo. (Ver Anexo).

T A B L A V

<u>Variables</u>	<u>G R U P O G L O B A L</u>	
	C.D.12	C.D.24
VALAMB.12	<u>0.002</u>	<u>0.0001</u>
ACTIT.PA VALAMB.	0.02	0.0005
HAB.ALARMA	0.05	0.04
HABITOS ACTITUDES		0.05
ALARMA		0.05

VALAMB.12 = Valoración Ambiental a los 12 meses.

T A B L A V I

C.D. 12

	A.R.	B.R.
ACTIT.PA.	0.04	
VAL.AMB.	<u>0.01</u>	<u>0.4</u>
ACTITUDES VAL.AMB.	0.04	

ACTII.PA. = Actitudes Paternas.

HAB. = Hábitos de Vida.

T A B L A V I I

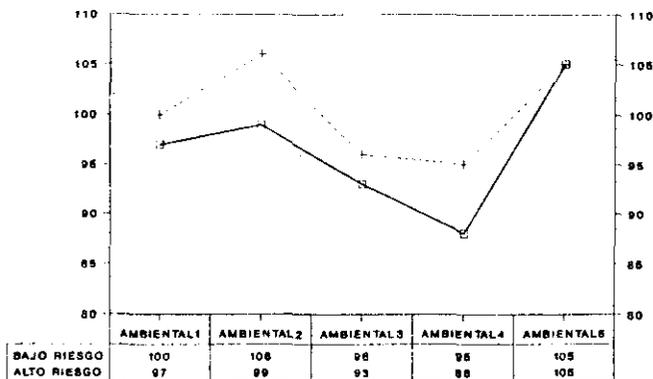
C.D. 24

	A.R.	B.R.
ACTIT.PA.	0.02	
VAL.AMB.	<u>0.0006</u>	<u>0.02</u>
ACTITUDES VAL.AMB.	0.001	

En la GRAFICA 2, se puede ver su distribución; cómo los sujetos que tienen una valoración Ambiental positiva, obtienen Cocientes de Desarrollo buenos, así como los que están en la categoría Hipoestimulante (n° 4) sus Cocientes de Desarrollos son los más bajos; siendo siempre mejores, como se ve, los niveles alcanzados por el grupo de Bajo Riesgo, lo cual demuestra que la influencia de esta variable parece menor.

INFLUENCIA DE LA VALORACION AMBIENTAL
EN EL C.D. A LOS 12 MESES

C.D. MEDIAS



— BAJO RIESGO - - - ALTO RIESGO

Ambiental 1 = Valoración Ambiental 1 = Buena.

Ambiental 2 = Valoración Ambiental 2 = Mala (No recursos)

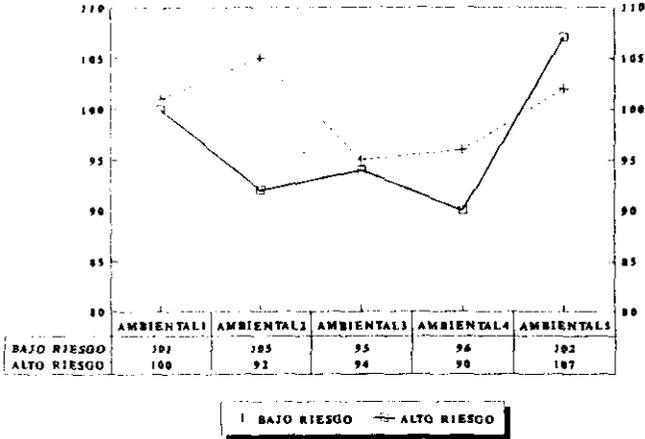
Ambiental 3 = Valoración Ambiental 3 = Disfuncional.

Ambiental 4 = Valoración Ambiental 4 = Hipoestimulante.

Ambiental 5 = Valoración Ambiental 5 = Hiperestimulante.

GRAFICA 3

**INFLUENCIA DE LA VALORACION AMBIENTAL
EN EL C.D.A LOS 24 MESES**



Parece que a los 24 meses la influencia de esta variable sobre el C.D. es mayor también en el grupo de Alto Riesgo.

Hipótesis 13.

Las Actitudes Paternas influyen por igual en el Desarrollo Global (C.D.) de los dos grupos.

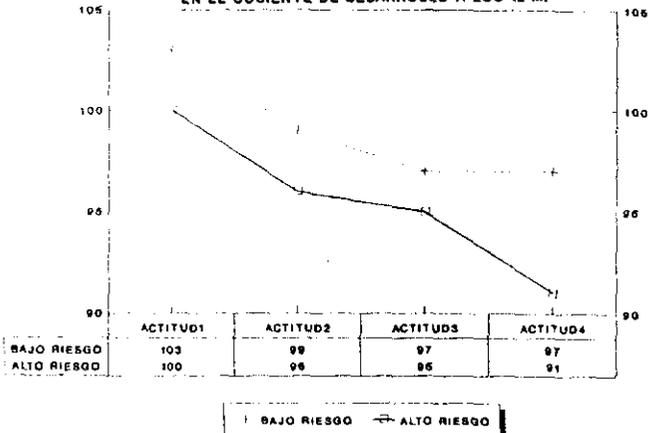
No tenemos evidencia para confirmar esta hipótesis ya que observando las Tablas VI y VII vemos que las Actitudes Paternas sólo adquieren valores de significación por sí mismas y en interacción con la variable Ambiental, en el grupo de Alto Riesgo.

Estos resultados coinciden con los de Ludman (1989) acerca de la influencia de los factores maternos, en los niños de Alto Riesgo en su Desarrollo al año de edad.

En la gráfica 4 y 5, podemos comprobar cómo las Actitudes positivas (1, 2) influyen positivamente en el C.D., así como las Actitudes negativas (3, 4) influyen de igual modo sobre el C.D.

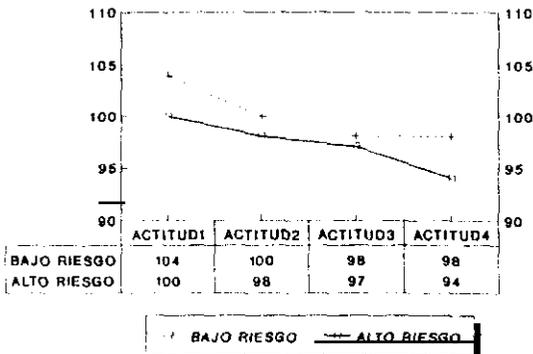
GRAFICAS 4 Y 5

**INFLUENCIA DE LA V. ACTITUDES PATERNAS
EN EL COCIENTE DE DESARROLLO A LOS 12 M.**



- Actitudes Paternas 1 - Adecuadas.
- Actitudes Paternas 2 - Normales.
- Actitudes Paternas 3 - Sobreprotección.
- Actitudes Paternas 4 - Ansiedad / Angustia.

**INFLUENCIA DE LAS V. ACTITUDES PATERNAS
EN EL C.D.A LOS 24 MESES**



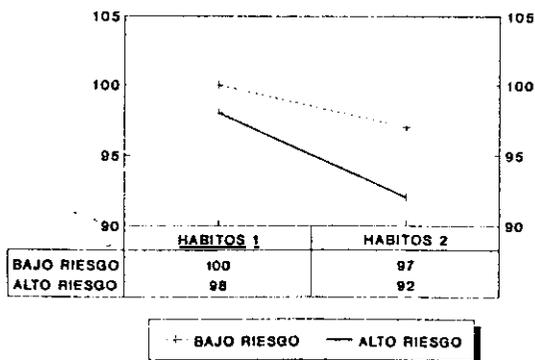
Hipótesis 14'.

Los Hábitos de Vida diaria que tiene el niño, influyen en su Desarrollo Global (C.D.), durante los dos primeros años de vida.

No tenemos evidencia para confirmar totalmente esta hipótesis, ya que según muestra la Tabla V, los Hábitos de Vida no parecen influir por sí mismos, pero en cambio muestran efectos interactivos significativos con otras variables (Alarma y Actitudes).(Ver Anexo).

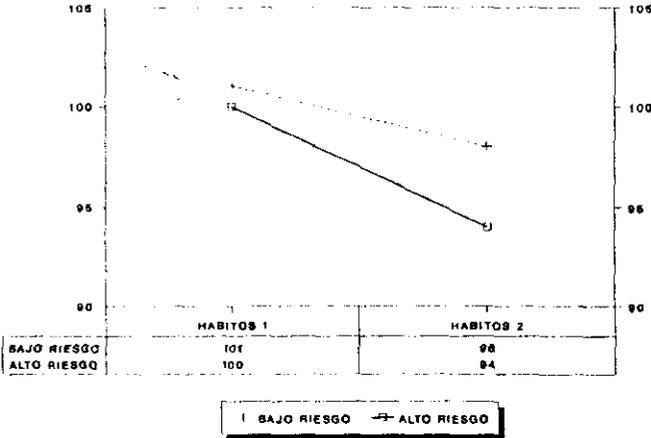
GRAFICA 6

INTERACCION ALARMA . HABITOS DE VIDA
SU INFLUENCIA EN EL C.D. A LOS 12 M.



GRAFICA 7

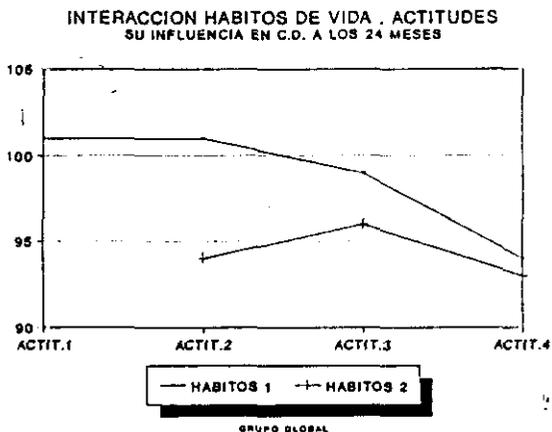
**INTERACCION ALARMA POR HABITOS DE VIDA
SU INFLUENCIA EN EL C.D. A LOS 24 MESES**



En interacción con la variable Alarma (Gráfica 6 y 7) se observa que los Hábitos influyen sobre el C.D. de manera significativamente diferente en el grupo de Alto Riesgo que en el de Bajo Riesgo (a los 12 y 24 meses) ya que las líneas de los dos grupos no son paralelas sino que en la categoría de Hábitos Inadecuados (n° 2), la línea correspondiente al Alto Riesgo decrece mucho más que la del otro grupo, debido a que sus C.D. son mucho más bajos.

Los Hábitos de Vida en interacción con las Actitudes Paternas sólo adquieren nivel de significación para el grupo global y a los 24 meses (Gráfica 8) en la que vemos sus efectos interactivos.

GRAFICA 8



Se puede ver cómo los Hábitos Inadecuados (2), dan C.D. bajos, aunque las Actitudes sean normales (2), y cómo a su vez, las Actitudes Negativas (4), dan C.D. bajos con Hábitos Adecuados (1), pero en cambio vemos que Hábitos Adecuados (1) con Actitudes de Sobreprotección (3), se relacionan con C.D. normales.

Parece evidente que los Hábitos de Vida diaria no actúan aisladamente, sino que éstos dependen de cuáles sean las actitudes de los padres y, como acabamos de ver, del tipo de niño (de Riesgo o no Riesgo); ya que un niño con dificultades o lentitud en sus expresiones es más probable que los padres le perciban más negativamente, que a un niño sin problemas. Esto les condicionará totalmente el estilo de vida que hagan con él como por ejemplo, la forma de alimentación; horas sueño; espacio físico donde le dejan; la educación que le dan: si le van imponiendo frustraciones, límites, esperas. He aquí el Riesgo de tipo familiar a que nos referíamos en nuestra Justificación.

Scharaeder (1989) habla del impacto que el temperamento de los niños de muy bajo peso tienen sobre su medio y su familia.

Perrin y West (1989) describen del "Síndrome del niño vulnerable" en cuanto a que las madres de niños prematuros tenían un sentido mayor de vulnerabilidad para sus hijos que las del grupo nacidos a término.

En las hipótesis generales afirmábamos que la Intervención Precoz ayudaría a los padres a normalizar la vida diaria con el niño, así como a entender sus respuestas y todo ello mejoraría su nivel de Desarrollo.

Hipótesis 15ª.

Las actitudes de los padres hacia el niño están en relación con la calidad del ambiente que le proporcionan en lo referente a riqueza de estímulos para la interacción, materiales de juego, relaciones con el exterior. La interacción conjunta de estos factores influye en el Desarrollo global del niño, (C.D.) tanto a los 12 como a los 24 meses.

Tenemos evidencia de que se confirma esta hipótesis para el grupo Global y para el de

Alto Riesgo, en las dos edades, 12 y 24 meses. (Tablas V, VI y VII). Su forma de interaccionar se manifiesta en las gráficas 9 y 10, que explicaremos a continuación.

Subhipótesis 15*.

En el Desarrollo global del niño (C.D.), será más determinante la influencia de la variable Ambiental que la de las Actitudes Paternas, ya que la primera está influyendo tanto en el niño como en los padres, por lo cual su acción será más intensa.

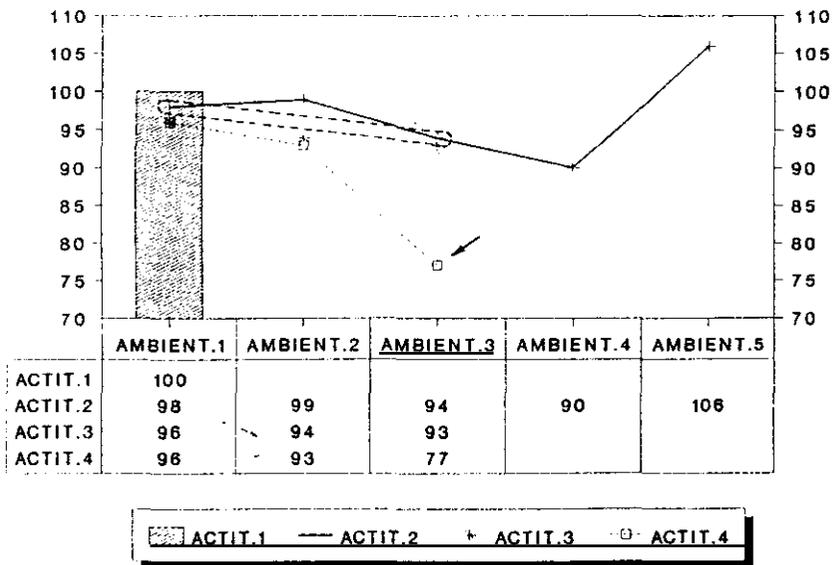
No podemos confirmar esta hipótesis ya que analizando las interacciones de todas las categorías que componen las dos variables, se observa que lo significativo es la interacción, no habiendo predominio de una sobre otra.

En las Gráficas 9 y 10, observamos cómo está distribuida para el grupo Global a los 12 y 24 meses, la interacción de las distintas categorías de estas dos variables con respecto al C.D.; por ejemplo, en la Gráfica 9, las Actitudes Normales

(2) en interacción con Valoración Ambiental Buena (1) o incluso mala por falta de recursos económicos (2), dan niveles de Desarrollo (C.D.) normales, pero cuando la Valoración Ambiental se vuelve negativa -Disfuncional o Hipoestimulante- (3 y 4), los niveles de Desarrollo (C.D.) bajan.

GRAFICA 9

**INTERACCION ACTITUDES . V. AMBIENTAL
SU INFLUENCIA EN EL C.D. A LOS 12 MESES**



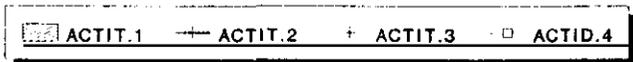
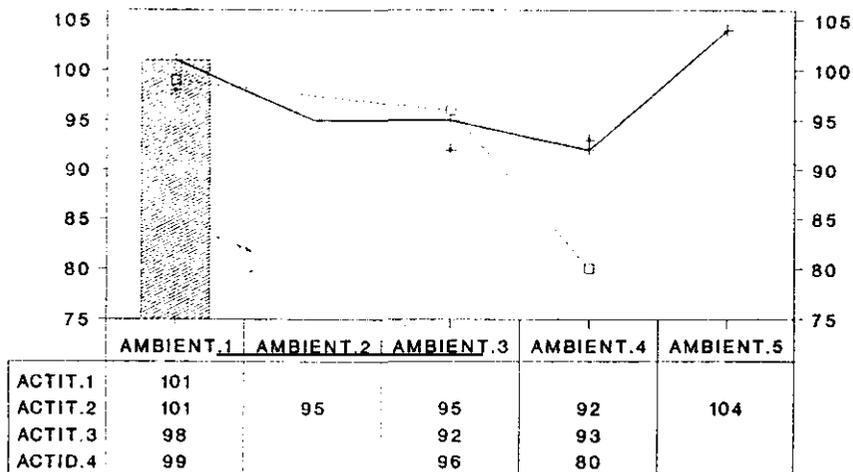
GRUPO GLOBAL

A su vez, las actitudes negativas de sobreprotección y ansiedad (3 y 4) aunque interaccionen con Valoración Ambiental buena, dan siempre niveles de Desarrollo más inferiores, llegando a ser muy por debajo de la normalidad, en el caso en que las Actitudes sean de Ansiedad y Angustia (4) y la Valoración Ambiental sea Hipoestimulación (4). Esta interacción ha mostrado tener los efectos más negativos sobre el desarrollo con diferencia significativa con respecto a las demás interacciones, de las otras variables, como veremos a continuación.

En la Gráfica 10, vemos que los efectos de la interacción sobre el C.D. a los 24 meses, es muy similar.

GRÁFICA 10

**INTERACCION ACTITUDES . V. AMBIENTAL
SU INFLUENCIA EN EL C.D. A LOS 24 MESES**



GRUPO GLOBAL

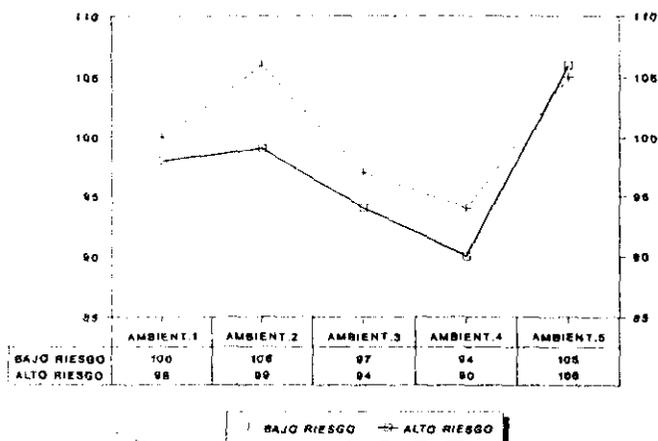
observar que sólo corresponden a dos sujetos (uno de Alto Riesgo y otro de Bajo Riesgo), por lo cual dudamos de que estos resultados pudieran ocurrir si el grupo, en esta categoría, fuera mayor.(Ver Anexo).

A continuación mostramos las gráficas 11 y 12 que muestran la interacción de las Actitudes Paternas, que han resultado ser las más frecuentes (2 y 3) con la Valoración Ambiental y su influencia sobre los C.D. globales a los 12 meses.

Queremos mostrar la distribución de una sola Actitud en interacción con la variable ambiental.

En la Gráfica 11 se observa la influencia sobre el C.D. a los 12 meses en los dos grupos, de la interacción de las Actitudes Normales (2) por la Valoración Ambiental. Estas categorías influyen en Alto Riesgo y Bajo Riesgo de forma muy similar.

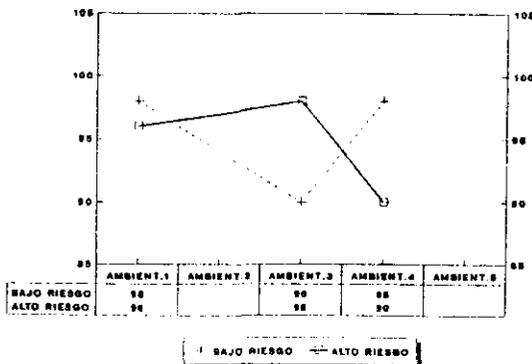
GRAFICA 11
INTERACION ACTITUDES 2 .V. AMBIENTAL
SU INFLUENCIA EN EL C.D. A LOS 12 MESES.



La Gráfica 12 muestra la influencia sobre el C.D. de la interacción de la Actitud Paterna de Sobreprotección (3) con la Valoración Ambiental. Su influencia es totalmente distinta en los dos grupos, obteniendo los sujetos rendimientos muy dispares.

GRAFICA 12

INTERACCION ACTITUDES 3 . V. AMBIENTAL
SU INFLUENCIA EN EL C.D. A LOS 12 MESES



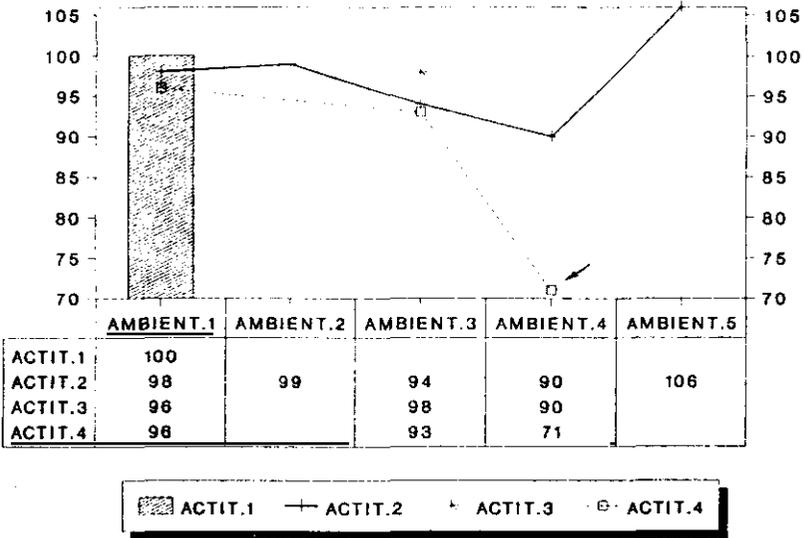
Hipótesis 16'.

Si las actitudes de los padres son negativas debido a su angustia y ansiedad, a veces justificadas por los problemas que presenta el niño, tenderán a crear un ambiente pobre de estímulos y de relaciones, lo cual será doblemente negativo para su desarrollo.

Se confirma totalmente esta hipótesis para el grupo de Alto Riesgo, ya que, el ANAVA efectuado ha estimado que a los 12 meses la única media de interacción que ha mostrado diferencia significativa con respecto a todas las demás interacciones han sido Actitudes Paternas (4) con Valoración Ambiental (4) con una probabilidad asociada de ($p=0.0001$). (Ver Anexo).

GRAFICA 13

**INTERACCION ACTITUDES . V. AMBIENTAL
SU INFLUENCIA EN EL C.D. A LOS 12 MESES**



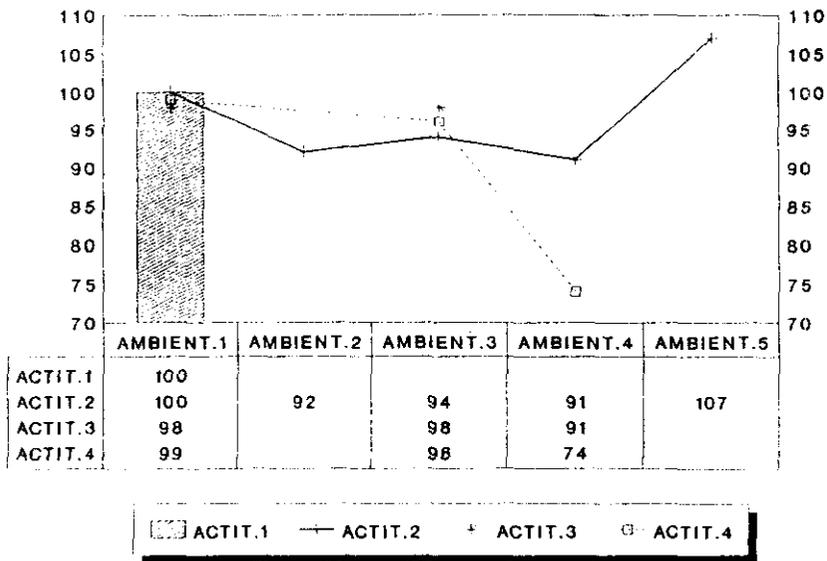
GRUPO DE ALTO RIESGO

Podemos ver en esta gráfica la influencia tan negativa sobre el C.D. de estas categorías, ya que los sujetos en los que se ha dado esta interacción han obtenido los rendimientos más bajos.

A los 24 meses se confirma también dicha hipótesis (Gráfica 14) habiendo obtenido la misma probabilidad asociada. ($p(t) = 0.001$).

GRAFICA 14

**INTERACCION ACTITUDES . V. AMBIENTAL
SU INFLUENCIA EN EL C.D. A LOS 24 MESES**



GRUPO DE ALTO RIESGO

Una vez que hemos verificado este tipo de interacciones que sólo han alcanzado valores de significación en el grupo de Alto Riesgo, debido a que es de gran trascendencia para su evolución, cabría interpretarlo en función de dos conceptos:

- 1ª) Puede ser posible que las dificultades presentadas por estos niños lleguen a influir negativamente en las Actitudes que los padres tienen hacia ellos, así como en el Ambiente que crean a su alrededor, de agotamiento, de pérdida de expectativas, de desilusión. Esto sería uno de los puntos nucleares a tener en cuenta en el inicio de toda Intervención.

- 2ª) Puede ocurrir que el niño de Alto Riesgo proceda de ambientes desfavorecidos o con muchas carencias (tanto paternas como ambientales), los cuales hayan influido en su gestación e incluso antes de su concepción. Esta es una de las hipótesis de investigación más actuales, la existencia de factores prenatales no conocidos suficientemente.

En la parte introductoria de esta tesis hemos enumerado los otros riesgos ambiental y familiar que aparecen en esta población y que ahora comprobamos.

Numerosos autores, Guralnick (1987), Dunst (1985), García Echegoyen (1987), han referido la mayor incidencia de esta población en ambientes pobres o marginales. De hecho la intervención precoz se inició (como referimos en la II Parte) en este tipo de ambientes que era donde se generaba la mayor población de niños de Alto Riesgo.

Hipótesis 17^a.

Creemos que en nuestra investigación, las actitudes paternas más frecuentes han sido las que hemos llamado Normales (2). Así como las categorías ambientales más frecuentes han sido la normal (1), y la disfuncional (3), (no en relación con el niño sino con la existencia de problemas de pareja, familia, bastante comunes en nuestra muestra). Pensamos que en el seno de esta

interacción convive la mayoría de los niños de toda nuestra población; es decir, tienen unos padres que muestran Actitudes Normales en un ambiente normal en cuanto a estímulos pero con muchos problemas disfuncionales -de pareja (separaciones), de familia-, bastante frecuentes, por otra parte, en nuestra sociedad.

Se comprueba esta hipótesis para el grupo Global y para el grupo de Alto Riesgo. (Recordemos que el grupo de Bajo Riesgo sólo parecía influido por la variable ambiental en su C.D. y no mostraba efectos interactivos con otras variables. (Tablas VI y VII).

El análisis de Varianza muestra que las Actitudes Normales interaccionan con la Variable Ambiental buena (1) y con la disfuncional (3) adquiriendo la media global, valor de significación sobre todas las demás medias procedentes del resto de las interacciones de las otras variables. (Anexo)

En la Gráfica 13 se han punteado las medias de las interacciones que han alcanzado valores de significación.

Estas son: las Actitudes Normales (2) en interacción con la V. Ambiental disfuncional (3) su media difiere significativamente de las demás ($p = 0.05$), cuando interacciona con Actitudes normales (2) y V. Ambiental buena (1). La interacción de estas cuatro categorías es la que aglutina el mayor número de sujetos.

Coincidimos con muchas investigaciones aquí expuestas (Murphy (1981), Escalona (1982), citados en Guralnick, 1987) y con nuestra experiencia acerca de la "disfuncionalidad" que se genera en la familia cuando hay un niño de Alto Riesgo, cómo giran todos los miembros en torno a él creando esta dinámica y una educación atípica, que le impedirá alcanzar la socialización cuando los niños de su edad. Efectivamente éstos han sido los problemas que más hemos encontrado en la población de Alto Riesgo, de ahí que la Intervención más demandada haya sido Pautas Educativas.

Uno de los objetivos expuestos en este trabajo, ha sido la Normalización de la dinámica familiar y del Ambiente en el contexto que rodea al niño, para que éste pueda tener las experiencias y educación a nivel de su grupo de edad.

13.- CONCLUSIONES GENERALES.

En esta investigación se demuestra que los niños diagnosticados de Alto Riesgo Neonatal tienen unos factores biológicos, que difieren significativamente de los niños llamados de Bajo Riesgo.

Sus características predominantes, ateniéndonos a los resultados de esta investigación son los siguientes:

Son niños que, con frecuencia, no nacen de parto normal cefálico espontáneo (H.1), con menos semanas de gestación (embarazos más cortos) y con un peso al nacimiento más bajo (H. 4); que sufren más procesos de asfixia o falta de oxígeno al nacer (Apgar I muy bajo) (H.3), y que tardan más en recuperarse y conseguir una respiración normal (Apgar II) por lo cual tienen que ser reanimados profundamente (Reanimación con Intubación) (H.2) a veces durante muchos días, lo cual supone un riesgo para una evolución somática y neurológica normal.

Su Cociente de Desarrollo es más bajo, sobre todo a los 12 meses (H.6) por eso son diagnosticados de retraso madurativo, o si su inmadurez es mayor en algún área de desarrollo, de retraso psicomotor. A los 24 meses persisten en un nivel más bajo en el Cociente de Desarrollo, pero una vez demostrado que, en valores absolutos, ha crecido más su Cociente de Desarrollo que en el otro grupo, unido a que han recibido más pautas de Intervención Educativa (H.8), se podría pensar para este grupo, que la inmadurez que muestran puede ser susceptible de recuperación por el aprendizaje, en muchos casos. (Hipótesis abierta para una nueva investigación).

Estos resultados confirman también la necesidad de seguimiento y evaluación en el primer año, ya que estos niños dejados al azar permanecerían siempre en niveles más bajos no sólo por su inmadurez funcional sino también por la mayor incidencia sobre ellos (en su Cociente de Desarrollo) de la Variable Ambiental (H.12), de las Actitudes Paternas (H.13) y de los Hábitos de Vida H.14), como se ha demostrado.

Estos seguimientos, con intervención educativa, pensamos que servirán ampliamente para hacer una predicción escolar. Autores como Aniel Tison (1989) afirman que estos seguimientos nos sirven para conocer los eslabones de la cadena del primer año y los niños que no muestran signos neurológicos en esta etapa, se puede descartar posteriormente, si aparecen, su origen perinatal.

En esta investigación no se han encontrado diferencias importantes en el tipo de carácter de estos niños (H.11), aunque sí, en valores absolutos, hayamos observado mayor hiperactividad en el grupo de Alto Riesgo. Es un estereotipo muy extendido el de que son niños "muy inquietos y nerviosos". Tampoco hemos encontrado mayor dispersión en la atención en un grupo que en otro.

No hay tampoco diferencias significativas en el desarrollo de las áreas madurativas, excepto en la de Lenguaje y Socialización, que si se observa a los 12 y 24 meses, (en esta edad con un nivel de significación menor) (H.7). Creemos que puede ser debido, como ya se ha explicado, a que

esta área es la más mediatizada por factores ambientales y relacionales, los cuales, en esta investigación, se demuestra que su influencia es mayor en el grupo de Alto Riesgo que en el de Bajo Riesgo.

Podemos concluir que efectivamente existe una mayor inmadurez en el desarrollo global de estos niños (Alto Riesgo) en los dos primeros años y que los factores que más influyen en su evolución y en sus capacidades, son la Calidad Ambiental (H.13) y la interacción de Actitudes Paternas con la Calidad Ambiental (H.17).

Según esta investigación (H. 13, 15, 16) nuestro foco de atención mayor deberá ir dirigido hacia la valoración y mejora de la calidad ambiental (H.13) (potenciar y dar a conocer los recursos de zona) y hacia la actuación con los padres (H.15 y 16) como principales agentes de la educación de sus hijos. Lo cual implica un profundo conocimiento de las teorías sobre la familia que no casualmente, están siendo tan utilizadas por todos los profesionales que tienen la responsabilidad de trabajar con familias.

La decisiva influencia de los factores ambientales que condicionan por sí mismos y en interacción con las actitudes paternas, el desarrollo global del niño en los dos primeros años, como se ha confirmado, hace que pensemos en la elaboración de un modelo ecológico de Intervención, como el propuesto por MacDonald (1984) y Dunst (1985), según el cual nuestra mayor atención estará centrada, muy precozmente, sobre los distintos sistemas ecológicos de los que el niño forma parte (familia, escuela, zona, barrio) más que, o a la vez que, sobre el niño mismo, dependiendo de cada caso.

En esta línea de trabajo, dentro de una perspectiva ecológica, se articulan los modelos psicopedagógico y socio-psicopedagógico. Hacen referencia, especialmente, al modo de analizar los problemas y de articular la INTERVENCIÓN. (Centro Nacional de Recursos para la Educación Especial, 1987).

A su vez queremos proponer un modelo de Intervención Ecológica sobre las UCIN (Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales) de acuerdo con las

investigaciones de Gaiter (citado por Guralnick, 1989, pág. 6), una vez parece demostrada la mayor incidencia sobre el desarrollo de los niños de Alto Riesgo de las variables ambientales y paternas.

Somos conscientes de que hoy día, debido a los cambios culturales tan rápidos, hay situaciones ambientales muy negativas que no podemos modificar, como es en nuestra investigación, el caso de los niños que viven situaciones familiares poco estables y alternantes, es decir, que están una temporada con unos abuelos y otra con otros, o que les cuidan alternativamente padres, abuelos y otras personas, a la vez. En estos casos siempre ha sido muy positivo poder analizarlo con los padres para intentar contrarrestar los efectos negativos que de esta situación se derivan sobre el niño y buscar soluciones alternativas cuando sea posible.

A partir de esta investigación es importante resaltar el gran número de conductas disfuncionales (H.17), de sobreprotección, ansiedad, etc., que aparecen casi por igual en los dos grupos. Creemos que ésto obedece a una variable socio-ambiental más que individual: Hemos visto que muchas madres se vuelcan en sus hijos por carencia

o compensación de otras frustraciones como es el aislamiento social que sufren, si no trabajan fuera, que en nuestra muestra son la mayoría, y la ausencia tan prolongada de los padres, del hogar. Esto acaba convirtiendo al niño en "el único objeto de deseo" o dedicación.

Esta situación es consecuencia a su vez de la poca ayuda que reciben hoy los padres por parte de la sociedad para poder desempeñar adecuadamente sus funciones paternas; de seguir así, hacer bien de padre o madre será un lujo que muy pocos podrán disfrutar.

Concluimos nuestro trabajo expresando la necesidad de una Intervención Precoz lo más cercana al nacimiento del niño, para evitar que factores que hemos visto, influyen decisivamente en el desarrollo global, se organicen negativa o disfuncionalmente, creando interacciones tan patológicas para el Desarrollo Global del niño, como son las Actitudes Paternas de Ansiedad y Angustia y la Calidad Ambiental Hipoestimulante, cuya diferencia significativa se ha mostrado por encima de todas las demás interacciones posibles

($p= 0.0001$); habiendo obtenido los niños que estaban en tales interacciones, los Cocientes de Desarrollo más bajos, pertenecientes a la Población de Alto Riesgo.

Si no llegamos a tiempo de enriquecer el Ambiente y orientar a los padres antes de que se hagan crónicas estas actitudes, habremos perdido la oportunidad, quizás única, de PREVENIR y EDUCAR, que son los objetivos prioritarios de toda Intervención Precoz.

Queda pues abierta la interrogante para futuras investigaciones de si el nivel más bajo en el desarrollo de los niños de Alto Riesgo en los dos primeros años es debido, sobre todo, a los factores biológicos sufridos en su etapa neonatal, o conjuntamente, como se ha mostrado en esta investigación, a la actuación sobre estos factores de una mayor frecuencia de Actitudes y Hábitos Inadecuados, que es posible que se creen, se generen durante el primer año, o ya existan antes del nacimiento de este niño.

Lo evidente es que su influencia en el C.D. es específica de esta población, que actúan por sí mismos (Actitudes, V. Ambiental) y en interacción, y que no parecen significativos en el Desarrollo de la población de Bajo Riesgo.

Cabría preguntarnos para volver a empezar: ¿Cuál es nuestra contribución profesional en la generación de estas Actitudes y Hábitos Inadecuados?. ¿Qué nos hará CAMBIAR?. ¿Qué tendrán que enseñarnos los niños para que nos demos cuenta de que aprendemos de ellos?.

Aún nos faltan años para comprender esta evidencia. Pero mientras tanto ellos siguen creciendo.

14.- NUESTRA PROPUESTA PARA UNA INTERVENCIÓN PRECOZ NEONATAL.

- Los cuidados de Intervención Precoz deben estar coordinados con los servicios de Neonatología (Unidades Neonatales).
- Los profesionales tienen que actuar en un contexto de colaboración con los médicos para que la intervención se inicie en el momento adecuado y las informaciones que se den a los padres, sean coherentes con las expectativas de su médico-neonatólogo.
- Los objetivos de la Intervención Precoz, si se inicia en la etapa neonatal - a partir del Nacimiento - deben ir dirigidos a los factores fundamentales:
 - A) Contribuir a una mejor calidad ambiental en la etapa de la Hospitalización (la ecología de las UCIN). En estrecha colaboración con el médico, que marcará las pautas.
 - B) Formación de los profesionales que cuidan al niño en esta etapa: Con conocimientos teóricos y prácticos sobre el desarrollo emocional del bebé y sus competencias en interacción y desarrollo perceptivo-cognitivo, a estas edades y en este contexto.

- C) Actuación con los padres: Entrevistas sistemáticas dirigidas a conocer su situación relacional y las reacciones y expectativas que surgen en esta etapa.
- D) Actuación integrada con el niño en la última etapa de hospitalización (en cunas) con el fin de enseñar a los padres algunas técnicas de estimulación que les den seguridad en el manejo del bebé y a la vez potencien su desarrollo global.
- E) Seguimiento cada tres meses coordinado con su neonatólogo o cada mes, si es necesario, según la situación emocional de los padres y el estado de maduración del niño.

La estrecha colaboración con el equipo médico en la etapa de seguimiento será decisiva también por varias razones, porque:

- la información que recibirán los padres estará unificada y será relevante en todos los aspectos.
- a los padres les dará mayor seguridad al recibir *criterios comunes y compartidos.*

- nos es imprescindible a nosotros para hacer una detección y evaluación precoz de posibles secuelas o disfunciones neurofisiológicas.
 - las pautas de intervención así como las actividades estarán unificadas y servirán tanto para la salud física como para su desarrollo global.
- F) Coordinación con las estructuras de apoyo de zona (de salud, educación, servicios sociales). Se hará lo antes posible para que tengan conocimiento del niño/familia y puedan acogerles cuanto antes (según sus medios, ubicación, recursos).
- G) Se establecerá una red de coordinación de los servicios sanitarios, educativos y sociales cuya información sobre el niño se realice en feed-back circulando amplia y sistemáticamente para que sea ésta y no el niño (Arizcun, 1987) el que circule por los distintos servicios con el fin de saber cuál es su estado.

- Proponemos que sea nuestra responsabilidad, el tener información actualizada y saber cómo está el niño; si está bien donde está o si conviene dirigirle a una intervención más especializada y en qué momento. Nunca debemos dejar en manos de los padres la responsabilidad de la observación o el seguimiento -foco de angustia o inseguridad-. Bastante tienen con realizar bien sus funciones paternas, y sentirse seguros y apoyados en ellas, lo cual se lo ponemos bastante difícil desde los primeros momentos en que conocen a su hijo.

Creemos que la confianza y seguridad de los padres en nuestro rigor y actuación profesional, cuya orientación e intervención se harán en el momento adecuado, es uno de los factores que más influye en su estabilidad emocional como padres y como consecuencia en la capacidad para educar a su hijo. Esto nos dará la posibilidad de seguir en relación con ellos durante largo tiempo, ya que hemos servido de continente y guía de muchas de sus situaciones y expectativas.

- PROPUESTA -

ESQUEMA DE LA INTERVENCION PRECOZ NEONATAL

- 1°. Entrevista con los padres lo más próxima posible a la Hospitalización de su hijo. (Ver Anexo).
- 2°. Entrevista para ver evolución de la situación y completar los datos de la ficha de Hospitalización a los 10-15 días.
- 3°. Intervención con el bebé en cunas, para:
 - Enseñar a los padres los cambios posturales.
 - Enseñar a los padres la estimulación oro-facial (si precisa).
 - Realizar estimulación vestibular.
 - Potenciar los arrullos, nanas, juegos visuales, etc., para estimulación sensorial cara a cara.

4°. Alta y Planificación de Seguimiento.

Visita sobre los cuatro meses:

- Entrevista familiar para ver dinámica y actitudes.
- Evaluación del bebé de las cuatro áreas de desarrollo (postural, visomotor, lenguaje y socialización) en base a la Escala de Lezine.
- Observación de su desarrollo emocional y de su relación con los padres y extraños, así como con los objetos: si los sigue, los coge, etc.
- Observación de los ritmos de vigilia y sueño.
- Observación de síntomas psicósomáticos.
- Termina esta sesión con la enseñanza a los padres de nuevas actividades que potencien las áreas más inmaduras. Así como el refuerzo en las mejor desarrolladas.
- Se darán orientaciones educativas para favorecer la normalización de la vida del niño, así como para potenciar su proceso de autonomía, casi siempre muy debilitado en esta etapa.

- Se escucharán y favorecerán la expresión de todos sus temores y actitudes negativas para que puedan asimilarlas.
- Si la evolución es positiva aunque sea lenta se programa la siguiente entrevista. Si se sospecha de secuelas se valora la posibilidad de enviarle a un centro especializado.

Visita sobre los ocho-nueve meses:

- En esta entrevista se valora si la familia se ha normalizado en cuanto a relacionarse con un niño ya bastante maduro o persiste en sus actitudes de angustia y ansiedad, lo cual provoca un ambiente de hipoestimulación frente al niño.
- Se observa si el niño ha salido ya de la etapa simbiótica y está en la fase de diferenciación y conocimiento de sus padres.
- Se pregunta a los padres sobre los hábitos de vida para ver si la casa se adapta a las nuevas adquisiciones del niño (rastreo, volteo) o sigue metido en la cuna como un bebé.

- Se enseñan nuevas actividades a los padres, que favorezcan su desarrollo integral: motor (cómo ponerle en una manta; jugar a los volteos, a rastrear, etc.). Su desarrollo perceptivo cognitivo como jugar con ambas manos, esconderle cosas. Su lenguaje con imitaciones, balbuceos. Y su socialización en general.

Visita a los doce meses:

- Se siguen las mismas pautas y si la evolución es buena, se distancian las visitas o se les envía a las instituciones de zona.

Visita a los dieciocho meses:

- Los mismos criterios.

Visita a los veinticuatro meses:

- Nueva valoración global.

BIBLIOGRAFIA DEL DISEÑO

ACOSTA, R. (1977): La familia y la escuela como instituciones socializadoras. Bordón. N° 216. pág. 50.

AJURIAGUERRA, J.; CASSATI, L. (1985): Ontogéneses des comportements de tendresse. Rev. de Psychiatrie de l'enfant. Vol. XXVII. Tomo 2. pp. 325-401.

ALUSTIZA MARTINEZ, E. (1985-86): Seguimiento evolutivo de una muestra de población infantil con sufrimiento fetal mínimo. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra.

AMIEL TISON, C. (1989): Examen neuro-motor en el primer año. Simposium Internacional sobre Parálisis Cerebral Infantil. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid.

AMIEL TISON, C. (1989): Daño neurológico perinatal del Recién Nacido. Primer curso de Formación Continuada. Hospital Santa Cristina. Madrid.

- APGAR, V. (1953): A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. Current Res. Anesth. Analq. N° 32. pp. 260-267.
- ARNAU GRASS, J. (1981): Diseños experimentales en Psicología y Educación. Trillas. México.
- BOSCOLO, L.; CECCHIN, G. (1989): Terapia Familiar Sistémica de Milán. Teoría y Práctica. Amorrortú. Buenos Aires.
- BOWLBY, J. (1976): El vínculo afectivo. Paidós. Buenos Aires.
- BRAZELTON, T.B. (1981): La naissance d'une famille. Stock/Laurence Pernoud. Paris.
- BRAZELTON, T.B. (1985): Ecoutez votre enfant. Payot. Paris.
- BRITO DE LA NUEZ, A.G. (1986-87): Procesos subyacentes en la génesis del lenguaje: habilidades cognitivas y comunicativas en la interacción madre-hijo durante el desarrollo temprano. Tesis Doctoral. Ftad.de Filosofía y CC. de la Educación. Universidad de Murcia.

BRUNETT, O.; LÉZINE, I. (1978): Escala para medir el desarrollo psicológico de la primera infancia. Pablo del Río. Madrid.

CAMPISTOL, J.; POO, P. y otros (1989): Le nouveau né a risque neurologique. IVème Congres de la Societé Européene de Neurologie Pédiatrique. Barcelona.

CARRANZA, J.A.; SERRANO, J.M. (1981): Los sistemas de Piaget, Wallon, Gessell y Freud. Pablo del Río. Madrid.

CORIAT, L. (1972): Estimulación Temprana. V Congreso Internacional sobre Deficiencia Mental. Montreal.

COSTAS, F.; MORAGAS, C.; y otros (1989): Behavior of full-term low-birth weight infants based on the Brazelton scale. An Esp. Jan. 30(1). pp. 37-40.

CUNNINGHAM, C.; SLOPER, P. (1980): Estimulación precoz en casa. Colecc. Rehabilitación. INSERSO. Madrid.

DE LA ORDEN, A. (1985): Investigación Educativa.
Diccionario de Ciencias de la Educación.
Anaya. Madrid.

DIMITRIEV, V. (1982): Time to begin. Caring. Inc.
Published. USA.

DOMENICI, R.; PAPINI, M.A. (1988): Early separation
of the mother and infant and psychosocial
development. Theoretical considerations.
Pediatr. Med. Chir. Sept-Oct. 10(5), pp. 505-
509.

DOWNIE, N.M.; HEATH, R.W. (1981): Métodos
estadísticos aplicados. Ed. del Castillo.
Madrid. 6ª Reimp.

DUNST, C.; TRIVETT, C.; DEAL, A. (1989): Enabling &
empowering families. Brooklin Books, Inc.
Cambridge, MA.

FERNANDEZ ALVAREZ, E.; CAMPISTOL, J. (1989): Le
nouveau né à risque neurologique. IVème.
Congres de la Société Européenné de
Neurologie Pédiatrique. Barcelona.

FERNANDEZ PEREZ, M. (1986): Evaluación y cambio educativo: Análisis cualitativo del escolar. Morata. Madrid.

FERRARI, F.; BENATTI, A. y otros (1989). Le developpement moteur et cognitif du grand prématuré dans la première année de vie. IVème Congres de la Societé Européenné de Neurologie Pédiatrique. Barcelona.

FINNIE, N.R. (1976): Atención en el hogar del niño con parálisis cerebral. La Prensa Mexicana. México.

GARCIA, J.M. (1987): Programas de Prevención. Real Patronato. SIIS. Madrid.

GARCIA ECHEGOYEN, E. (1987): Proyecto para la elaboración de un perfil de instituciones dedicadas a la presentación de Servicios de Intervención y Estimulación Temprana a Niños en situaciones de riesgo en América Latina. Simposium Iberoamericano de Experiencias de Estimulación Temprana. Real Patronato. Madrid. pp.65-71.

- GESSELL, A.; ANATRUDA, C. (1974): Diagnóstico del Desarrollo. Paidós. Buenos Aires.
- GOODMAN, J.R. (1985): High Risk Infant. Concerns of the Mother After Discharge. Birth. Vol. 12:4. Winter.
- GURALNICK, M.J. y BENNETT, F.C. (1989): Eficacia de una Intervención Temprana en los casos de Alto Riesgo. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.
- HALEY, J. (1989): Terapia no convencional. Amorrortú. Buenos Aires.
- HANSON, J.M. (1980): Programa de Intervención Temprana para niños mongólicos. SIIS. INSERSO. San Sebastián.
- HANSON, J.M.; ELLIS, L.; DEPPE, J. (1989): Apoyo a las familias durante la infancia. VII Jornadas Internacionales de Estimulación Precoz. APERT. Madrid.

- HOLWERDA y KUIPERS, J. (1987): The Cognitive Development of low-birth weight children. Journal of Child Psychol. Pschyiat. Vol. 28. N° 2. pp. 321-328.
- JAKSON, D. (1977): Comunicación, familia y matrimonio. Nueva Visión. Buenos Aires.
- JIMENEZ HUERTAS, C. (1981): Alimentación y relación personal en el primer año de vida. Escuela de Rosa Sensat. Nuestra Cultura. Barcelona.
- KATONA, F. (1981): Conferencia Iberoamericana de Ministros de Sanidad y Bienestar Social. Madrid.
- KREISLER, L.; FAIN, H.; SOULÉ, M. (1978): El niño y su cuerpo. Amorrortú. Buenos Aires.
- LUDMAN, L. y otros (1989): Factors associated with developmental progress of full term neonates who required intensive care. Arch. Dis. Child. Mar 64(3). pp. 333-337.

MAHLER, M. (1972): El desarrollo psicológico del infante humano y otros. Simbiosis humana: las vicisitudes de la individualización.
Joaquín Mortiz. México.

McGUIGAN, F.J. (1976): Psicología Experimental.
Trillas. México. 4ª Reimpresión.

MILITERNI, R.; DELL'AQUA, F. y otros (1989):
Development neuropsychique du prématuré et
variable familiare. IVème. Congrès de la
Société Européenne de Neurologie Pédiatrique.
Barcelona.

MILLIKEN and JOHNSON (1987): Analysis of Messy
Data. Vol. I. Design Experiments. Van
Nostrand Reinhold Company. N.Y.

MINISTERIO DE EDUCACION (1986): Anteproyecto del
Marco Curricular para la Educación Infantil.
Madrid.

MINUCHIN, S. (1970): Le recours un cadre ecologique
dans le psychiatrie infantile. En ANTHONY et
KOUPERNIK: L'enfant dans la famille, Masson
et Cols. Eds. Paris.

MORLEY, R. y otros (1988): Mother's choice to provide breast milk and developmental outcome. Arch. Dis. Child. Nov. 63(11). pp. 1382-1385.

NEGRI, R. (1988): Intervención sobre el niño con Patología Neonatal. VI Jornadas Internacionales de Estimulación Precoz. APERT. Madrid.

O'MARA, L.; JOHNSTON, C. (1989): Mothers' attitudes and their children's behaviors in 3-year-olds born prematurely and at term. Journal of Dev. Behav. Pediatr. Aug. 10(4). pp. 192-197.

PEREZ GOMEZ, A.; GIMENO SACRISTAN, A. (1983): La enseñanza. Su teoría y su práctica. Akal. Madrid.

PEREZ SANCHEZ, M. (1981): Observación de bebés. Paidós. Barcelona.

PERRIN, E.C.; WEST, P.D.; CULLEY, B.S. (1989): Is my child normal yet?. Correlates of vulnerability. (Published erratum appears in Pediatrics 1989. May 83(5): 678.). Pediatrics. Mar. 83(3); pp. 355-363.

PIAGET, J. (1971): El nacimiento de la inteligencia. Psiqué. Buenos Aires.

POCH, M.L.; NORBONA, J. (1989): Comportement Neonatal y temperament a l'age de 15 mois. IVéme. Congrès de la Société Européenne de Neurologie Pédiatrique. Barcelona.

PORTAGE (1976): Guía Portage de Educación Preescolar. MEPSA. Madrid.

RETORTILLO FRANCO, F. (1989): Repercusiones del Bajo Peso de Nacimiento en el desarrollo a los 6 años de vida. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. UNED.

REYNOLDS, L. y otros (1983): Efficacy of early intervention on preacademic deficits: a review of the literature. Topics in Early Childhood Special Education. Vol. 3. pp. 47-55.

SANCHEZ PALACIOS, C. (1978): Estudios de los efectos de la Estimulación Precoz en bebés con Síndrome de Down. Infancia y Aprendizaje. N° 4. pp. 29-37.

SANCHEZ, C.; CABRERA, C. (1982): La Estimulación Precoz: un enfoque práctico. Siglo XXI. Madrid.

SAS / STAT USERS GUIDE (1990): Vol. 2. GLM-VARCOMP. Versión 6. 4ª Ed. SAS Institute Inc Cary NC USA.

SCHRAEDER, B.D.; TOBEY, G.Y. (1989): Preschool temperament of very-low-birthweight infants. Journal of Pediatr. Nurs. Apr. 4(2). pp. 119-126.

STEFANINI, M.C.; CALZOLARI, S. y otros (1989): Le developpment cognitif des enfants prématurés á bas et á haut risque. IVème. Congrès. de la Société Européenne de Neurologie Pédiatrique. Barcelona.

STERN, M.; HILDEBRANDT, K. (1984): A prematurity sterotype: The effects of labeling on adults' perceptions of infants. Developmental Psychology. N° 20. pp. 360-362.

- VAZQUEZ, A.; GALLEGO, M. (1984): Recién Nacido de Alto Riesgo. Simposium de Estimulación Precoz. Hospital Juan Canalejo (La Coruña). pp. 47-68.
- VILLA ELIZAGA, I. (1976): Estimulación Precoz en niños de bajo peso. Archiv. Arq. Ped. n° 5-6.
- WASHINGTON, J.; MINDE, K.; GOLDBERG, S. (1986): Temperament in Preterm Infants: Style and Stability. Journal of the American Academy of Child Psychiatry. 25. 4:493-502.
- WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J.; JAKSON, D. (1971): Teoría de la Comunicación humana. Ed. Tiempo Contemporáneo. Buenos Aires.
- WINNICOTT, D.W. (1975): Proceso de maduración. Laia. Barcelona.
- YELA, M. (1976): Familia y Nivel Mental. En: La familia: Diálogo recuperable. Karpos. Madrid. p. 323.
- ZULUETA, I. (1982): Guía de Estimulación Precoz. MEPSA. Madrid.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- ABADI, A. y otros (1982): Alto riesgo y estimulación temprana. ARYET. Instituto Venezolano para el Desarrollo Integral del Niño. 3 Vol.
- ACOSTA, R. (1977): La familia y la escuela como instituciones socializadoras. Bordón. N° 216. pp. 50.
- ADAMS, J.L.; CAMPBELL, F.A.; RAMEY, G.T. (1984): Infants home environments: a study of screening efficiency. American Journal of Mental Deficiency. Vol. 89. N° 2. pp. 133-139.
- AFFLECK, G. y otros (1984): Factors associated with parents and professionals perception of infants in early intervention program. Applied Research in Mental Retardation. Vol. 5. n° 3. pp. 305-316.
- AJURIAGUERRA, J. (1976): Manual de Psiquiatría Infantil. Toray Masson. Barcelona.

- AJURIAGUERRA, J.; CASSATI, L. (1985): Ontogéneses des comportements de tendresse. Rev. de Psiquiatrie de l'enfant. Vol. XXVIII. Tomo 2. pp. 325-401.
- ALLEN, D.A. (1984): Factors in the effectiveness of early childhood intervention for low socioeconomic status families. Education and Training of the Mentally Retarded. Vol. 19. N° 4. pp. 254-260.
- ALLEN, D. y otros (1982): Validation of the parent behavior progression in an early intervention program. Mental Retardation. Vol. 20. N° 4. pp. 159-263.
- ALS, H. (1986): Asynactive model of neonatal behavioral organization: Frame-work for the assessment and support of neurobehavioral development of premature infants and their parents in the environment of the NICU. En SWEENEY, J. K.: Physical and Occupational Therapy in Pediatrics: The high risk newborn: Developmental therapy perspectives. Haworth Press. New York. pp. 3 - 53.

- ALUSTIZA MARTINEZ, E. (1985-86): Seguimiento evolutivo de una muestra de población infantil con sufrimiento fetal mínimo. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra.
- ALVAREZ, N. (1985): La salud mental del niño. Prevención e intervención temprana. Niños. Vol. 20. N° 60. pp. 69-74.
- AMIEL-TISON, C.; GRANIER, A. (1981): Valoración neurológica del recién nacido y lactante. Toray Masson. Barcelona.
- AMIEL-TISON, C.; DUBE, R. (1985): Signification des anomalies neuromotrices transitoires: correlations avec les difficultés de l'âge scolaire. Ann Pédiat. 92:55.
- AMIEL-TISON, C. (1989): Examen neuro-motor en el primer año. Simposium Internacinal sobre Parálisis Cerebral Infantil. Ftad. de Medicina. Udad. Complutense. Madrid.
- AMIEL-TISON, C. (1989): Daño neurológico Perinatal del Recién Nacido. I Curso de For-

mación Continuada. Hospital Sta. Cristina. Madrid.

AMIEL-TISON, C.; STEWART, A. (1989): Follow up studies during the first five years of life: A pervasive assessment of neurological function. Archives of Disease in Childhood. London. pp. 496 - 502.

ANDERSEN, H.F.; FREDA, M.C. y otros (1989): Effectiveness of patient education to reduce preterm delivery among ordinary risk patients. Am. J. Perinatol. Xbr. 6(2). pp. 214-217.

ANGEL, CARMÉ y otros (1980): La primera educación. Guía del maestro de 0 a 6 años. Pablo del Río. Madrid.

APGAR, V. (1953): A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. Current Res. Anesth. Analg. N° 32. pp. 260-267.

ARNAL, L. y otros (1983): Estimulación precoz: una experiencia en una guardería de educación especial. Infancia y Aprendizaje. N° 24. pp. 95-102.

ARNAU GRASS, J. (1981): Diseños experimentales en Psicología y Educación. Trillas. México.

ARTOLA, M.A.; DOMINGUEZ, M.D. (1989): Las mamás en la Escuela. Cuadernos de Pedagogía. N° 171. pp. 36-40.

AYLWARD, G.P. (1988): Issues in prediction and developmental follow-up. Journal of Develop. Behav. Pediatr. Oct. 9(5). pp. 307-309.

BACKETT, E.M.; DAVIES, A.M.; PETROS BARVAZIAN, A. (1985): El concepto de riesgo en la asistencia sanitaria. Con especial referencia a la salud maternoinfantil y a la planificación familiar. Cuadernos de Salud Pública, n° 76. O.M.S.

BAKEMAN, R; BROWN, J.V. (1980): Early interaction: consequences for social and mental development at three years. Child Develop. 51:437-447.

BAKER, B. y otros (1980): ¿Cómo enseñar a mi hijo? Vol. 2. Pablo del Río. Madrid.

- BARBARANNE, J. (1988): Relaciones familiares funcionales y disfuncionales. Benjamin. Trillas.
- BARNARD, K. (1975): A Program of Stimulation for Infants Born Prematurely. Seattle. University of Washington Press.
- BARNETT, C.R.; LEIDERMAN, P.H.; GROBSTEIN, R. Neonatal separation, the maternal side of interaccional deprivation. Pediatrics. 45:197-205.
- BARRACHINA, C. (1988): Cambios producidos en la pareja como suceso vital no normativo. Simposium Internacional sobre Parálisis Cerebral Infantil. Ftad. de Medicina. Udad. Complutense. Madrid.
- BARRERA, M.F. (1987): Stability of early home intervention effects with preterm infants: one-year follow-up. Early Child Development and Care. Vol.27. N° 4. pp.635-649.
- BATES, J.E. (1980): The concept of difficult temperament. Merrill-Palmer Quart. 26 :299-319.

BATES, J.E.; OLSON, S.L.; PETTIT, G.S.; BAYLES, K.
(1982): Dimensions of individuality
in the mother-infant relationship at
six months of age. Child Developm.,
53:446-461.

BATES, J.E.; BAYLES, K. (1983): Objective and
subjective components in mothers' perceptions
of their children from age 6 months to 3 years.
Paper presented at SRCD. Detroit.

BATESON, G. (1985): Pasos hacia una ecología de
la mente. Ed. Carlos Bóhlé.

BATTLE, C.; ACKERMAN, N.C. (1973): Early identifica-
tion and intervention programs for infants
with developmental delay and their families.
National Eastern Real Society. Illionois.

BAYLEY, D.B.; SIMEONSSON, R. J. (1988): Family
Assessment in early intervention. Merrill Publ.
Comp. Columbus, OH.

BAYLEY, D.B.; WOLERY, M. (1989): Assessing infants and
preschoolers with handicaps. Merrill Publ.
Comp. Columbus, OH.

BAYLEY, N. (1977): Escalas Bayley de desarrollo infantil. TEA. Madrid.

BAYLEY, D. B. ; y otros (1990): Self-Ratings of Professional Knowledge and Skills in Early Intervention. Journal of Special Education. Vol. 23. N° 4. pp. 423-435,

BECKWITH, L.; COHEN, S.E. (1989): Maternal responsiveness with preterm infants and later competency. New Dir. Child Dev. Spring. N° 43. pp. 75-87.

BEEK, Y.; VAN GEERDINK, J. (1989): Intervention with Preterms: is it Educational Enough?. European Journal of Psychology of Education. Vol. 4. N° 2. pp. 251-265.

BELSKY, J; ROVINE, M; TAYLOR, D. (1984): The Pennsylvania Infant and Family Development Project; III. The origins of individual differences in infant-mother attachment: maternal and infant contributions. Child Developm. 55:718-728.

- BERTALANFFY VON, L. (1968): Teoría General de Sistemas. Fondo de Cultura Económico. México.
- BETTELHEIM, B. (1987): La fortaleza vacía. Laia. Barcelona.
- BLANCHET, A. (1985): Challenges for the next decade. Mental Retardation. Vol. 35. N° 1. pp. 17-21.
- BOBATH, B.; BOBATH, K. (1973): Desarrollo motor en diferentes tipos de Parálisis Cerebral. Ed. Médico Panamericana. Buenos Aires.
- BOBATH, B. (1989): Cursos de formación en el Centro de Tratamiento Integral de la Parálisis Cerebral. Madrid.
- BOGDAN, R.; BROWN, M.A.; FOSTER, S.B. (1982): Be honest but not cruel: Staff/parent communication on a neonatal unit. Human Organization. 416-16.
- BOSCOLO, L.; CECCHIN, G. (1989): Terapia Familiar Sistémica de Milán. Teoría y Práctica. Amorrortú. Buenos Aires.

- BOTTOS, M.; DALLA BARBA, B. (1989): Locomotor strategies preceding independent walking: prospective study of neurological and language development in 424 cases. Dev. Med. Child Neurol. Feb. 31(1). pp. 25-34.
- BOWLBY, J. (1954): Soins maternels et santé mentale. OMS. Geneve.
- BOWLBY, J. (1976): El vínculo afectivo. Paidós. Buenos Aires.
- BOWLBY, J. (1989): Una base segura. Aplicaciones clínicas. Teoría del apego. Paidós. Buenos Aires.
- BRACHFELD, S.; GOLDBERG, S; SLOMAN, J. (1980): Parent-infant interaction in free play at 8 and 12 months: effects of prematurity and immaturity. Infant Behav. Develpm. 3:289-305.
- BRADLEY, R.H.; CALDWELL, B. (1984): The HOME inventory of family demographics. Developmental Psychology. Vol. 20. N° 2. pp. 315-320.

BRAGARD, A. (1987): Quelle aide precece offrir aux parents d'un enfant handicapé mental?. Amentia. N° 55. pp.13-19.

BRALIE, S.; HAAUESLER, I.M.; LIRA, M.I. (1979): Estimulación Temprana, Importancia del Ambiente para el Desarrollo del Niño. UNICEF. CEDEP. Santiago de Chile.

BRAZELTON, T.B. (1981): La naissance d'une famille. Stock/Laurence Pernoud. Paris.

BRAZELTON, T.B. (1985): Ecoutez votre enfant. Payot. Paris.

BRAZELTON, T.B. (1986): Por qué la intervención precoz. Siglo Cero. N° 108. pp. 26-31.

BRAZELTON, T.B. (1989): El saber del bebé. Paidós. Barcelona.

BRICKER, D. (1986): Early education of at-risk and handicapped infants, toddlers, and preschool children. Foresman and Company. Glenview, IL.

BRICKER, D.; LITTMAN, D. (1989): Intervención y Evaluación: La mezcla inseparable. VII Jornadas Internacionales de Estimulación Precoz. APERT. Madrid.

BRINKWORTH, R. (1985): Prevención post-natal igual a estimulación precoz. Revista de Treball Social. N° 97. pp. 128-132.

BRITO DE LA NUEZ, A.G. (1986-87): Procesos subyacentes en la génesis del lenguaje: habilidades cognitivas y comunicativas en la interacción madre-hijo durante el desarrollo temprano. Tesis Doctoral. Facultad de Filosofía y CC. de la Educación. Universidad de Murcia.

BROMWICH, R.; PARMALEE, A.H. (1979): An intervention program for preterm infants. En: FIELD, T.M.; SHUMAN, H.H.: Infants born at behavior and developments. SP Medical and Scientific Books. New York.

BRONCKART y otros (1977): La génesis del lenguaje. Su aprendizaje y desarrollo. Pablo del Río. Madrid.

BRONFENBRENNER, U. (1974): Is early intervention effective? A report on longitudinal evaluations of preschool programs. Vol. II. Department of Health, Education and Welfare publication number (OHD). 76-30025 U.S. Government printing office. Washington, D.C.

BROWN, A.L.; FRENCH, L.A. (1979): The zone of potential development: implications for intelligence testing in the year 2000. Intelligence, 3. pp. 253-271.

BRUCH, H. (1970): Le contexte familial dans les desordres alimentaires. En ANTHONY et KOUPERNIK: L'enfant dans la famille. Masson et C. Eds. Paris.

BRUNETT, O.; LÉZINE, I. (1965): Le développement psychologique de la première enfance. P.U.F. Paris.

BRUNETT, O.; LÉZINE, I. (1978): Escala para medir el desarrollo psicológico de la primera infancia. Pablo del Río. Madrid.

- BUCKFIELD, P.M. (1972): Neonatal at risk factors. The New Zealand Medical Journal. Vol. 75. pp. 266-272.
- BUENO, M. (1987): ¿De la oscuridad a la luz?. La integración de deficientes visuales en Málaga y provincia. Puerta Nueva. N° 4. pp. 32-33.
- CALDWELL, B.M. y STEDMAN, D.J. (1983): Educación de niños incapacitados. Guía para los tres primeros años de vida. Trillas. México.
- CAMERON, R. (1987): Helping parents to help children. Physiotherapy. Vol. 73. N° 4. pp. 172-175.
- CAMPBELL, P.H.; y otros (1988): Statewide Intervention Systems: An Overview of the New Federal Program for Infants and Toddlers with Handicaps. Journal of Special Education. Vol. 22. N° 1. pp. 25-40.
- CAMPION, J. (1985): The Child in Context. Methuen et Co. Ltd. London.

- CAMPOS CASTELLO, J. (1989): L'enfant a haut risque. IVème. Congrès de la Société Européenne de Neurologie Pédiatrique. Nov. Barcelona.
- CAMPOS CASTELLO, J. (1989): Principales síndromes y enfermedades que ocasionan discapacidad. Prevención y Terapéutica médica. VI Congreso Nacional de Escuelas Infantiles. Madrid.
- CANDEL, I. (1984): Estimulación precoz. Bulleti de Pedagogia Terapeutica / Educació Especial. N° 16-17. pp. 29-45.
- CANDEL, I. (1987): Estimulación precoz en niños con síndrome de Down. Asociación para el Tratamiento Precoz de Niños con Síndrome de Down. Murcia.
- CAPLAN, G. (1960): Patterns of parental response to the crisis of premature birth. Psychiatry. 23:366-375.
- CARLSON, H.L.; STENMALM, L. (1989): Professional and Parent Views of Early Childhood Programs: A Cross-Cultural Study. Early Child Development and Care. N° 50. pp. 51-64.

CARR, C. (1989): A four-week observation of maternity care in Finland. J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs. Mar-Abr. 18(2). pp. 100-104.

CARRANZA, J.A.; SERRANO, J.M. (1981): Los sistemas de Piaget, Wallon, Gessell y Freud. Pablo del Rio. Madrid.

CASATI, I.; LEZINE, I. (1968): Les étapes de l' intelligence sensori - motrice. Ed. Centre Psych. Appl. Paris.

CENTRE DE RECURSOS PER A DEFICIENTS VISUALS A CATALUNYA (1986): Seminario de estudios sobre la educación del deficiente visual. ONCE. Barcelona.

CENTRO NACIONAL DE RECURSOS PARA LA EDUCACION ESPECIAL (1987): Intervención Psicopedagógica e Intervención Educativa. Serie Experiencias. N° 4. M.E.C. Madrid.

CERRATO, R. (1982): Estimulación infantil precoz. Análisis de un modelo de trabajo y medidas alternativas. Boletín de Estudios y

Documentación de Servicios Sociales. N° 10.
pp. 15-27.

CHAMPION, P. (1987): An investigation of the sensorimotor development of Down's syndrome infants involved in an ecologically based early intervention Program and longitudinal study. British Journal of Mental Subnormality. Vol. 33. N° 65. pp. 88-99.

CITRONOVITZ, J. y DERMAN, B. (1986): Fundamentos de la estimulación temprana en parálisis cerebral. Educación Especial. Vol. 3. N° 11. pp. 8-16.

CLELAND, J.G.; VAN GINNEKEN, J.K. (1988): Maternal education and child survival in developing countries: the search for pathways of influence. Soc. Sci. Med. 27(12). pp. 1357-1368.

COCKS, E. (1982): Measures of outcome in early intervention programme. Australian and New Zealand Journal of Developmental Disabilities. Vol. 8. N° 1. pp. 15-20.

COHEN, P.; VELEZ, C.N.; BROOK, J.; SMITH, J.
(1989): Mechanisms of the relation
between perinatal problems, early
childhood illness, and psychopathology
in late childhood and adolescence.
Child Dev. Jun. 60(3). pp. 701-709.

COHEN-SOLAL, J. (1986): Los dos primeros años de
vida. Granica. Barcelona.

COLL, C. (1980): Psicología educacional y
desarrollo de los procesos educativos. En COLL,
C. y FORMS, M.: Áreas de Intervención en
Psicología. Horsori. Barcelona.

CONDE, M.; GARCIA, V. (1988): La decepción ante un
nacimiento largamente esperado. Cuader-
nos de Pedagogía. N° 155. Barcelona. pp. 64-66.

COOPER, J. y otros (1982): Método para favorecer el
desarrollo del lenguaje. Médico-Técnica. Barce-
lona.

COOPER, C.S.; KENNEDY, R.D. (1989): An Update for
Professionals Working with Neonates at Risk.

Topics in Early Childhood Special Education.
Vol. 9. N° 3. pp. 32-50.

CORIAT, L. (1972): Estimulación Temprana. 5°
Congreso Internacional sobre Deficiencia Mental.
Montreal.

CORIAT, L. (1974): Maduración psicomotriz en el
primer año de vida. Hemisur. Buenos Aires.

CORIAT, L. y otros (1984): Estimulación en el
primer año de vida. Siglo Cero. N° 92. pp. 28-
36.

COROMINAS, R.; BAYO, C. (1985): Relación entre
recién nacidos de alto riesgo y
sus padres. Revista de la Asociación Española
de Neuropsiquiatría. N° 14. pp. 330-334.

COSNIER, J. (1985): Observation directe des
interactions précoces on les bases de
l'épigenèse interactionnelle. Rev. de
Psychiatrie de l'enfant. Vol. XXVI. Tomo 1. pp.
107-126.

- COSTAS, F.; MORAGAS, C.; DOMENECH, E. (1987):
Análisis de la Escala para la Evaluación del concepto neonatal de T.B. Brazelton. Evolución Psicológica. Vol. 3. N° 3. Madrid. pp. 383-407.
- COSTAS, F; MORAGAS, C; y otros (1989): Behavior of full-term low-birthweight infants based on the Brazelton scale. An Esp.Pediatr. Jan. 30(1). pp. 37-40.
- COUSIN, D. (1983): El investimento del diálogo tónico y la génesis de la comunicación. Citap. N° 11. pp. 31-51.
- CRNIC, K.A.; RAGOZIN, A.S. y otros (1983): Social interaction and developmental competence of preterm and full-term infants during the first year of life. Child Developm. 54:1199-1210.
- C.T.N.E.R.H.I. (1981): Integration du jeune enfant handicapé en crèche et en maternelle. Paris.
- CUNNINGHAM, C.; SLOPER, P. (1980): Estimulación precoz en casa. Col. Rehabilitación INSERSO. Madrid.

CUNNINGHAM, C.; DAVIS, H. (1988): Trabajar con los padres. Marcos de Cooperación. M.E.C./Siglo XXI de España. Madrid.

CUSMINSKY, M.; LEJARRAGA, H. y otros (1986): Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño. OPS. OMS. N° 8.

DARLINGTON, R. B.; ROYCE, J. M.; y otros (1980): Preschool programs and later school competence of children from low-income families. Science. N° 208. pp. 202-204.

DAY, S. (1982): Mother-infant activities as providers of sensory stimulation. American Journal of Occupational Therapy. Vol. 36. N° 9. pp. 579-585.

DE CHATEAU, P. (1979): Effects of hospital practices on synchrony in the development of the infant-parent relationship. Semin.Perinatol. 3:45-60.

DEL RIO, P. (1986): Publicidad y Consumo. Infancia y Aprendizaje. N° 35-36. pp.139-174.

- DE LA ORDEN, A. (1985): Investigación Educativa.
Diccionario de Ciencias de la Educación.
Anaya. Madrid.
- DELVAL, J. (1985): El mecanismo de las etapas del desarrollo. M.E.C. Madrid.
- DENHOFF, E. (1983): Intevention practices for developmental disabled and high risk infants: rationale and management. Exceptional Child. Vol. 30. N° 1. pp: 67-75.
- DIAZ ARNAL, I. (1975): Acción Precoz educativa y reeducadora. Minusval. Vol. 2.
- DIMITRIEV, V. (1982): Time to begin. Caring. Inc. Published. USA.
- DIPUTACION PROVINCIAL DE CASTELLON (1986). Servicio de atención precoz. Informació Psicológica. N° 27. pp. 46-50.
- DOMENECH, E.; COSTAS, C. (1988): Factores de riesgo psicopatológico en el recién nacido y en el lactante. Revista de Psiquiatría. Vol. XV. N° 2. Barcelona. pp. 59-68.

DOMENICI, R.; PAPINI, M.A. (1988): Early separation of the mother and infant and psychosocial development. I.- Theoretical considerations. Pediatr. Med. Chir. Sep-Oct. 10(5). pp. 505-509.

DOWNIE, N.M.; HEATH, R.W. (1984): Métodos Estadísticos Aplicados. El Castillo. Madrid. 6ª Reimpr.

DUMOULIN. (1985): Les C.A.M.S.P. un espoir pour les parents d'enfants plurihandicapés. Réadaptation. N° 318. pp. 12-17.

DUNN, J.; KENDRICK, C. (1980): Studying temperament and parent-child interaction: comparison of interview and direct observation. Develpm. Med. Child Neurol. 22:484-496.

DUNST, C.; y otros (1988): Family Resources, Personal Well-Being, and Early Intervention. Journal of Special Education. Vol. 22. N° 1. pp. 108-116.

- DUNST, C.; TRIVETT, C.; DEAL, A. (1989): Enabling & empowering families. Brooklin Books, Inc. Cambridge, MA.
- EGELAND, B.; FARBER, E.A. (1984): Infant-mother attachment: factors related to its development and changes over time. Child Develpm. 55:753-771.
- EMORY, E.K.; TYNAN, W.D.; DAVE, R. (1989): Neurobehavioral anomalies in neonates with seixures. J. Clin. Exp. Neuropsychol. Mar. 11(2). pp. 231-240.
- EQUIPO EICS. (1983): Guía de Estimulación Precoz para niños ciegos. Col. Rehabilitación. INSERSO. Madrid.
- ESPINOSA, J. (1986): WVAMAS: Un sistema integrado de evaluación, intervención y valoración de programas. Centro para el Desarrollo del Comportamiento Alfred Binet. Madrid.
- FADON, O.; VALLE, M. (1984). Evolución de recién nacidos de bajo peso a lo largo de 6

años. Symposium sobre "La estimulación precoz como prevención de posibles discapacidades en el niño". Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

FADON PEREZ, O. (1987): Influencia de los factores perinatales en el desarrollo psicomotor. Imprenta Universitaria. Universidad de Santiago. pp. 8921-8927.

FALKNER, F. (1982): Prevención en la Infancia de los problemas de salud del futuro adulto. O.M.S. Salud materno-infantil.

FAUSTICH, M.E.; MOORE, J.R. y otros (1988): A behavioral perspective on conduct disorders. Psychiatry. Nov. 51(4). pp. 398-416.

FERNANDEZ, J. (1983): Bases para la estimulación precoz. Pautas para un proyecto. Quinesia. N° 0. pp. 41-55.

FERNANDEZ ALVAREZ, E. (1983): El seguimiento del niño de Alto Riesgo. Anuario de Neurología Evolutiva. Aspace. Guipúzcoa. pp. 41-65.

FERNANDEZ, E.; CAMPISTOL, J. (1989): Le nouveau né à risque neurologique. IV Congrès de la Société Européenne de Neurologie Pédiatrique. Barcelona.

FERNANDEZ PEREZ, M. (1986): Evaluación y cambio educativo: Análisis cualitativo del fracaso escolar. Morata. Madrid.

FERNANDEZ RIOS, L. (1984): Intervención Cognitivo-estructural como optimización de la competencia. Simposium sobre Estimulación Precoz como prevención de posibles discapacidades en el niño. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

FERRARI, F.; BENATTI, A. (1989): Le développement moteur et cognitif du grand prématuré dans la première année de vie. IV Congreso de la Sociedad Europea de Neurología Pediátrica. Barcelona.

FERRARI, F.; PINELLI, M. (1989): Indicatori dello sviluppo delle abilità interattive del bambino prematuro durante il primo anno di vita. Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. 1. pp. 16 ss.

- FEURSTEIN, R. (1980): Instrumental enrichment.
Univ. Park. Press. Baltimore.
- FIELD, T. (1983): High-risk infants "have less fun"
during early interactions. Topics Early
Childh. Spec. Educ. 3:77-87.
- FIERRO, A. (1989): Integración Educativa. Siglo
Cero. N° 121. pp. 51-56.
- FINNIE, N.R. (1976): Atención en el hogar del
niño con parálisis cerebral. La prensa
mexicana. México.
- FITZHARDINGE, P.M. (1988): Studio di follow - up
del neonato ad alto rischio. En:
AVERY, G.B.: Neonatología. Medical
Books. Ed. Italiana. pp. 449-467.
- FLOREZ, J. (1990): Boletín de la Fundación Síndrome
de Down de Cantabria. Junio. Vol. 7. N° 2.

FORNOS, A.; HERNANDEZ, M.A. (1984): La habilitación precoz. Bases Neurológicas de la habilitación precoz. Simposium sobre Estimulación Precoz como prevención de posibles discapacidades en el niño. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

FOWLER, W. (1978): Day care and its effects on early development. Institute for Studies in Education. Toronto. Ontario.

FRIEDMAN, S.; KLIVINGTON, K.; PETERSON, R. (1986): The Brain Cognition and Education. Academic Press Inc. New York.London.

FROHLICH, A. (1982): Comienzos de una estimulación temprana global en el aspecto sensomotor. Siglo Cero. N° 82. pp. 20-27.

FROSTIG, M. (1988): Test de desarrollo de la percepción visual. TEA. Madrid.

FULLARD, W.; McDEVITT, S.C.; CAREY, W.B. (1984): Assessing temperament in one-to-three-year-old- children. Journal of Pediat. Psychol., 9:205-217.

FURMAN, E.P. (1978): Death of a newborn: care of the parents. Birth and family journal. 5:214-218.

GARCIA, J.M. (1984): Los servicios de estimulación precoz en España. Papeles del Colegio. N° 14. pp. 13-17.

GARCIA, J.M. (1987): Programas de Prevención. Real Patronato. SIIS. Madrid.

GARCIA ETCHEGOYEN, E. (1970): Importancia de la Estimulación Precoz en el retardado mental. B.Instituto Interamericano del niño. Uruguay.

GARCIA ETCHEGOYEN, E. (1984): El apego o vínculo afectivo, una llamada de atención para las estrategias de intervención y estimulación temprana. Siglo Cero. N° 96. pp. 24-31.

GESSELL, A.; ANATRUDA, C. (1974): Diagnóstico del desarrollo. Paidós. Buenos Aires.

- GIROUX, H.; GONTHIER, G. (1985): Psychomotricité et
obésité pendant l'adolescen. Bulletin de
Psychologie. N° 372. pp. 937-940.
- GOLDBERG, S.; PERROTA, M. y otros (1986): Maternal
behavior and attachment in low birthweight:
twins and singletons. Child. Develpm.
57:34-46.
- GONZALEZ MAS, R. (1984): Estimulación precoz.
Definición. Fundamentos científicos. Simpo-
sium de Estimulación Precoz. Hospital Juan
Canalejo. La Coruña. pp. 47-68.
- GOODMAN, J.R. (1985): High Risk Infant. Concerns of
the Mother After Discharge. Birth. Vol. 12:4.
Winter.
- GOODWIN, W.; DRIS COLL, L. (1982): Handbook for
Measurement and Evaluation in Early
Childhood Education. Jossey Bass Publ. S.
Francisco.
- GORGA, D. (1989): Occupational Therapy Treatment
Practices with Infants in Early Intervention.

American Journal of Occupational Therapy.

Vol. 43. N° 11. pp. 731-736.

GOW, H. y MATHIEU, J. (1985): A parent-child early intervention program in Hull, Quebec.

The Canadian Journal on Mental Retardation.

Vol. 35. pp. 13-29.

GRANT, P. (1978): Psychosocial needs of families of high-risk infants. Fam. Community Health.

November. pp. 91-102.

GREENE, J.G.; FOX, N.A.; LEWIS, M. (1983): The relationship between neonatal characteristics and three-month mother-infant interaction in high risk infants. Child Developm. 54:34-46.

GRIGOROIU-SERBANESCU, M. (1981): Intellectual and emotional development in premature children from 1 to 5 years. International Journal of Behavioral Development. 4. pp. 183-199.

GROSSMAN, K.; WINICKOFF, S.A.; EICHLER, L.S. (1980): Psychological sequelae of caesarian delivery. Paper presented at the International Conference on Infant Studies. New Haven. Conn.

GROSSMAN, K.; GROSSMAN, K.E.; (1985): Maternal sensitivity and newborns' orientation responses as related to quality of attachment in northern Germany. Monogr. Soc. Res. Child Developm. 50:233-256.

GRUNAU, R.V.E. (1986): Education achievement. En DUNN, H.G.: Sequelae of Low Birthweight: The Vancouver study. Clinics in Developmental Medicine, Nos. 95/96. Mac Keith Press. Philadelphia.

GRUPO AMAT DE SOCIOLOGIA (1987): Directorio de centros de prevención de la deficiencia mental. Serie Documentos nº 9. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. Madrid.

GRUPO AMAT DE SOCIOLOGIA (1989): Guía de Centros de Atención Temprana de la Comunidad de Madrid. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. Madrid.

GRUPO PEDIATRICO DEL PLAN NACIONAL DE PREVENCION DE LA SUBNORMALIDAD. Cuaderno de cuidados y desarrollo del niño durante el primer año de vida. Departamento de Pediatría del Hospital Clínico de Valencia. Valencia.

GUARALDI, G.; CAFFO, E. y otros (1985): Analyse des indicateurs de distorsion relationnelle précoce mère-enfant, pendant les trois premiers mois de la vie. Neuropsychiatrie de l'enfance. 33 (2-3), pp. 129-133.

GURALNICK, M.J. y otros (1978): Early intervention and the integration of nonhandicapped children. University Park Press. London.

GURALNICK, M.J. (1989): Recent Developments in Early in Intervention Efficacy Research: Implications for Family Involvement in P.L. 99-457. Topics in Early Childhood Special Education. Vol. 9. N° 3. pp. 1-17.

GURALNICK, M.J.; BENNETT, F.C. (1989): Eficacia de una intervención temprana en los casos de alto riesgo. INSERSO. Madrid.

- HADDERS-ALGRA, M.; HUISJES, H.J.; TOUWEN, B.C.
(1988): Perinatal risk factors and minor neurological dysfunction: significance for behaviour and school achievement at nine years. Dev. Med. Child. Neurol. Aug. 30(4). pp. 482-491.
- HALEY, J. (1989): Terapia no convencional. Amorrortu. Buenos Aires.
- HANSON, J. M. (1980): Programa de Intervención Temprana para niños mongólicos. S.I.I.S. INSERSO. San Sebastián.
- HANSON, J. M. (1985): An analysis of the effects of early intervention services for infants and toddlers with moderate and severe handicaps. Topics in Early Childhood Special Education. Vol. 5. N° 2. pp. 36-51.
- HANSON, J. M. (1987): Teaching the infant with Down syndrome. A guide for parents and professionals. PRO-ED. Texas (USA)

HANSON, J. M.; ELLIS, L.; DEPPE, J. (1989): Apoyo a las familias durante la infancia. VII Jornadas Internacionales de Estimulación Precoz. APERT. Madrid.

HARMOND, R.J.; GLICKEN, A.D.; GOOD, W.V. (1982): A new look at maternal-infant bonding: implications for perinatal practice. Perinatology-Neonatology. 5:27-31.

HARMOND, R.J.; GLICKEN, A.D.; SIEGEL, R.E. (1984): Neonatal loss in the Intensive Care Nursery: Effects of Maternal Grieving and a Program for Intervention. Journal of the American Academy of Child Psychiatry. 23, 1:68-71.

HARRIS, S.; SWANSON, M.W.; ANDREWS, M.S. (1984): Predictive value of the movement assessment of infants. Journal of Developmental Behavioral Pediatrics. 5. pp. 336-340.

HELDERS, P.J.; CATS, B.P. y otros (1988): The effects of a tactile stimulation/range-finding programme on the development of very low birthweight infants during initial

hospitalization. Child Care Health Develop.
Sep-Oct. 14(5). pp. 341-354.

HELDERS, P.J.; y otros (1989): Effects of a
Tactile Stimulation / Range - Finding
Programme on the Development of Vlbw-Neonates
during the first year of life. Child Care,
Health and Development. Vol. 15. N° 6. pp.
369-379.

HELLBRÜGE, T. (1980): Diagnóstico funcional de
desarrollo durante el primer año de vida.
Marfil. Alcoy.

HODAPP, R.M.; GOLDFIELD, E.C. (1983): The use of
mother-infant games as therapy with delayed
children. Early Child Development and Care.
Vol. 13. N° 1. pp.17-32.

HODGES, W.; COOPER, M. (1981): Head Start and
Follow Through: Influences in intellectual
development. Journal on Special Education.
Vol. 15.

HOLWERDA y KUIPERS, J. (1987): The Cognitive Development of low-birth weight children. J. Child Psychol. Psychiat. Vol. 28. N° 2. pp. 321-328.

HONIG, A.S.; LALLY, J.R. (1989): Effects of Testing Style on Language Scores of Four-Year Old Low-Income "Control" Children in Intervention Projects. Early Child Development and Care. Vol. 41. pp. 195-211.

HUBERT, N.C.; WACHS, T.D. y otros (1982): The study of early temperament: measurement and conceptual issues. Child Developm. 53:571-600.

ILLINGWORTH, R.S. (1983): El desarrollo infantil en sus primeras etapas normal y patológico. Médica y Técnica. Barcelona.

INSERSO (1982): Diversas experiencias de Atención Precoz. Symposium sobre "Atención Precoz. Diciembre. Madrid.

INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO (1982): Estimulación en el hogar. Montevideo.

INSTITUTO INTERNACIONAL PARA LA INVESTIGACION Y
ASESORAMIENTO SOBRE LA DEFICIENCIA MENTAL.

(1983): Estimulación precoz. Jornadas Internacionales. Madrid.

JAKSON, D. (1977): Comunicación, familia y matrimonio. Nueva Visión. Buenos Aires.

JEANNET, M. (1985): Fout-il être normal pour avoir d'enfants normaux?. Psiquiatrie de l'enfant. Vol. XXVII. Tomo 1. pp. 5-55.

JEFFCOATE, J.H.; HUMPHREY, M.E.; LLOYD, J.K. (1979): Role perception and response to stress in fathers and mothers following pre-term delivery. Soc. Sci. Med. 13 A(2):139-145.

JENSEN, A. (1985): Compensatory education and theory of intelligence. Phi Delta. Kappan. April. pp. 554-558.

JIMENEZ, C. (1987): La integración escolar. Problemas pendientes. Rev. Interuniversitaria de Educación Especial. N° 1. pp. 15-18.

JIMENEZ HUERTAS, N. (1981): Alimentación y relación personal en el primer año de vida. Escuela de Rosa Sensat. Nuestra Cultura. Barcelona.

JOHN TRACY CLINIC (1979): Curso por correspondencia de la John Tracy Clinic para los padres de niños pequeños sordos. Parte A): Bebés sordos y papeles suplementarios. John Tracy Clinic. California (USA).

JOHNSON, D.F.; WOODHAMS, L.; KATZENMEYER, M. (1982): Newborn screening and intervention in the context of health care. Infant Mental Health Journal. Vol. 3. N° 2. pp. 97-105.

JOHNSON-MARTIN, N. y otros (1986): The Carolina curriculum for handicapped infants and infants at risk. P.H.Brookes. Baltimore. U.S.A.

JONES, S.N. (1987): Day Care and Young Handicapped Children. Topics in Early Childhood Special Education. Vol. 7. N° 1.

JOSSE, D.; ROBIN, M. (1983): A propos du langage maternelle. Psiquiatrie de l'enfant. Vol. XXVI. Tomo 1. pp. 99-140.

JUNE, R.; GOODMAN, R.M.; y otros (1985): Birth. Vol. 12:4. Winter. pp. 235-242.

KATONA, F. (1981): Conferencia Iberoamericana de Ministros de Sanidad y Bienestar Social. Madrid.

KATONA, F. (1982): Manual de prevención, diagnóstico y habilitación precoz de los daños cerebrales. Instituto Internacional para la Investigación y Asesoramiento sobre la Deficiencia Mental. Madrid.

KENNETH, K. (1986): La vida social y mental del bebé. Paidós. Barcelona.

KINGMA, J.; KOOPES, W. (1983): Piagetian tasks, traditional intelligence and achievement tests. British Journal of Educational Psychology, 53. pp. 278-290.

- KIRK, S. (1982): Evolution and present status of early education of the handicapped. The Exceptional Child. Vol. 29. N° 2. pp. 71-79.
- KLAUS, M.H. (1986): Commentary: Ethical Decision making in Neonatal Intensive Care. Communicating with parents. Birth. 13:3. September.
- KLEIN, N.; HACK, M.; y otros (1985): Preschool performance of children with normal intelligence who were very low-birthweight infants. Pediatrics. 75. pp. 531-537.
- KLEIN, N.; HACK, M.; BRESLAU, N. (1989): Children who were very low birth weight: development and academic achievement at nine years of age. J. Deve. Behav. Pediatr. Feb. 10(1). pp. 32-37.
- KONG, E. (1984): L'importance des expériences sensoriomotrices. Cahiers de Kinésithérapie. Vol. 107. N° 3. pp. 11-15.

KORNER, A. (1984): Les différences individuelles à la naissance et leurs implications dans le domaine des pratiques de soins infantiles. Rev. de Psychiatrie de l'enfant. Vol. XXVII. Tomo 2. pp. 417-431.

KOUPERNIK, C. (1969): Desarrollo psicomotor de la primera infancia. Barcelona.

KOUPERNIK, C. y GAILLY (1981): El desarrollo neuropsíquico del lactante. Planeta. Barcelona.

KRAYBILL, E. N.; KENNEDY, C.A.; y otros (1984): Infants with birth weights less than 1001g. Survival, growth and development. American Journal of Diseases of Children. N° 138. pp. 837-842.

KREISLER, L. (1977): Psychopathologie du premier age. Regroupement nosologique. Psychiatrie de l'enfant. XX. 3.

KREISLER, L. (1980): Los dos primeros años de vida del niño. Pablo del Río. Madrid.

KREISLER, L.; FAIN, H.; SOULÉ, M. (1978): El niño y su cuerpo. Amorrortú. Buenos Aires.

KULAKOWSKI, S.; RICHIR, D. (1989): Evaluation de facteurs de risque dans un population d'infirmes moteurs cérébraux, les autistes et una série témoin d'enfants normaux. IVème, Congrès de la Société Européenne de Neurologie Pédiatrique. Barcelona.

KURTZ, P.D. y otros (1982): Effects of mass-media and group instruction on increasing parent awareness of early identification. Journal of Special Education. Vol. 16. N° 3. pp. 329-339.

KYSELA, G.M. y MARFO, K. (1982): Early handicapping conditions: detection and intervention in developing countries. Mental Retardation. Vol. 32. N° 3. pp. 5-11.

LAMOTE DE GAIGNON, C. (1980): Neurologia Evolutiva.
Salvat. Barcelona.

LANDERHOLM, E. (1990): The Transdisciplinary Team
Approach in Infant Intervention Programs.
Teaching Exceptional Children. Vol 22. N° 2.
pp. 66-70.

LANDMAN, G.B.; CARPENTER, R.O. (1988):
Neurodevelopmental assessment of behaviorally
disordered inner city boys. Clin. Pediatric.
Dic. 27(12). pp. 596-600.

LE BLANC, M. (1989): Comparison du comportement
des mères d'enfant a terme et des mères
d'enfant prématuré lors d'une interaction
avec leur bébé. Psiquiatrie de l'enfant.
XXXII. N° 1. pp. 249-260.

LEFEBVRE, F.; BARD, H. (1988): Outcome at School-
age of Children with Birthweights of 1000
grams or less. Developmental Medicine and
Child Neurology. 30. pp. 170-180.

- LEIB, S.A.; BENFIELD, D.G.; GIUDUBALDI, J. (1980):
Effects of early intervention and
stimulation of the preterm infant.
Pediatrics. N° 66. pp. 83-90.
- LE MAITRE-SILLERE, V.; MEUNIER, A.; y otros:
(1989): "Baby Blues". Dépression du post-
partum et perturbation des interactions mère-
nourrisson dans les trois premières mois de la
vie. Psychiatrie de l'enfant. N° 1. pp. 161-
208.
- LEON, L.G. (1986): Psychodynamics of perinatal
loss. Psychiatry. 49:312-323.
- LEONTIEV, A.N. (1983): El desarrollo del psiquismo.
Akal. Madrid.
- LIZT, T. (1970): La famille: cache du développe-
ment. En ANTHONY et KOUPERNIK: L'enfant dans
la famille. Masson et C. Eds. Paris.
- LORENZO, E.G.E. de (1984): Nuevas tendencias y
responsabilidades de los especialistas de
desarrollo infantil que trabajan con niños

en alto riesgo biológico y sus familias.
Instituto Interamericano del Niño.
Montevideo.

LORENZO, E.G.E. de (1986): Reflexiones sobre programas de Intervención Temprana en América Latina. United Cerebral Palsy of New York City Inc. The Changing Rehabilitation World into the 21st. Century.

LOTT, J.W. (1989): Developmental care of the preterm infant. Neonatal Netw. Feb. 7(4). pp. 21-28.

LOWE, A. (1982): Intervención temprana de niños con deficiencias auditivas. Detección, diagnóstico y tratamiento temprano en los niños con problemas de audición. Médica Panamericana. Buenos Aires. pp. 13-19.

LOWENTHAL, B. (1987): Stress factors in parents of high risk infants. University of Aveensland Press. St. Lucia. Aveensland.

LUDMAN, L. y otros (1989): Factors associated with developmental progress of full term neonates who required intensive care. Arch. Dis. Child. Mar 64(3). pp. 333-337.

LUENGO, J.A. (1987): La estimulación temprana: reflexiones, fórmulas y algunos datos comparativos. APANID. Madrid.

LURIA, A. (1974): Lenguaje y comportamiento. Fundamentos. Madrid.

LYE, S.J. (1988): New developments in fetal and neonatal development (news). Journal of Dev. Physiol. Oct. 10(5). pp. 487-488.

MAC DONALD, J.; GILLETTE, Y. (1989): ECO: Ecological Communication System. Adult Child Communication Project. The Nisonger Center. Ohio State University. Ohio (citado en VII Jornadas Internacionales de Estimulación Precoz. APERT. Madrid. 1989).

MAHLER, M. (1972): El desarrollo psicológico del infante humano y otros. Simbiosis humana: las vicisitudes de la individualización. Joaquín Mortiz. México.

MAHONEY, G.; POWEL, A. (1984): The Transactional Intervention Program. School of Education. University of Michigan. Ann Arbor. Michigan.

MAIN, M. (1983): Exploration, play and cognitive functioning related to infant-mother attachment. Infant Behav. Developm. 6:167-174.

MALATESTA, C.; GRIGORYEV, P. y otros (1986): Emotion socialization and expressive development in preterm and full-term infants. Child Dev. N° 57. pp. 316-330.

MANCIAUX, M. (1986): Factores socioeconómicos y culturales asociados con la deficiencia mental. Siglo Cero. N° 108. pp. 12-16.

MANUAL DE ESTIMULACION PRECOZ (1981): Ayúdalo en su primer año de vida. Arte. Caracas.

MANZANO, J. y otros (1984): Problèmes des interventions thérapeutiques en psychiatrie du nourrisson. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. N° 9. pp. 443-450.

MARCELLI, D. (1983): Autismo. Psiquiatrie de l'enfant. Vol. XXVI. Tomo 1. pp. 5-55.

MARCHESI, A. (1987): El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos. Alianza. Madrid.

MARTIN, M.V. (1982): La familia como protagonista de la estimulación precoz. Boletín de la Asociación Española para el Estudio Científico del Retraso Mental. N° 1. pp. 90-92.

MARTINEZ MAGAN, E. y otros (1988): Niños con necesidades especiales. Implicaciones preventivas, familiares, sanitarias, educativas, sociales y laborales en Murcia. INSERSO. Murcia.

MASSON, O. (1983): La naissance d'un enfant. Una lecture des crisis familiares pospartales.

MASSON, O. (1987): Los malos tratos en la Infancia. Jornadas sobre Malos Tratos en la Infancia. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Madrid.

MATA I GARRIGA, M. (1989): El futuro de la Educación Infantil. Congreso Internacional sobre Infancia y Sociedad. 7-11 Nov. Madrid.

MATAS, S. y otros (1988): Estimulación Temprana de 0 a 36 meses. Humanitas. Buenos Aires.

MATILAINEN, R.; HEINONEN, K.; SIREN-TIUSANEN, H. (1988): Effect of intrauterine growth retardation (IUGR) on the psychological performance of preterm children at preschool age. Journal Child. Psychol. Psychiatry. Sep. 29(5). pp. 601-609.

MAZET, P.; STOLERU, S. (1990): Psicopatología de la primera infancia. Masson. Barcelona.

MCCALL, R.B. (1981): Nature-nurture and the two realms of developmental psychology: a proposed integration with respect to mental development. Child Developm. 52:1-12.

MCCOLLUM, J. (1982): Social interaction: A procedure for assessment and intervention (SIAI). Unpublished manuscript.

MCCOLLUM, J.; STAYTON, V. (1985): Infant/parent interaction: Studies and intervention guidelines based on the SIAI model. Journal of the Division for Early Childhood. N° 9. pp. 125-135.

MCGUIGAN, F.J. (1976): Psicología Experimental. Trillas. México. 4ª Reimpresión.

MCLEOD, F. (1984): Home based early learning project: a one-year evaluation. Early Child Development and Care. Vol. 15. N° 2-3. pp. 185-202.

MCPHEE, D. (1983): What do ratings of infant temperament really measure?. Paper presented at SRCO, Detroit.

McWILLIAM, R.A. y otros (1985): Behavior engagement as a measure of the efficacy of early intervention. Analysis and Intervention in Developmental Disabilities. Vol. 5. N° 1-2. pp. 59-71.

MEISELS, S.J. (1985): The efficacy of early intervention: why are we still asking this question?. Topics in Early Childhood Special Education. Vol. 5. N° 2. pp. 1-11.

MENDIGUCHIA, F.J.(1982): Estimulación precoz: evolución de un concepto y una técnica. Boletín de la Asociación Española para el estudio Científico del Retraso Mental. N° 1. pp. 46-51.

MIGUEL MARTINEZ, Mª T. DE (1979): No hay una estimulación eficaz sin una relación padres - profesionales. Minusval. N° 31. pp. 22-23.

- MILITERNI, R.; DELL'AQUA, F. y otros (1989):
Development neuropsychique du prématuré et
variable familiare. IVème. Congrès de la
Société Européenne de Neurologie Pédiatrique.
Barcelona.
- MILLER, L.B.; DYER, J.L. (1975): Four preschool
programs: their dimensions and effects.
Monqr. Soc. Res. Child Dev. 40:5-6.
(Serial N° 162).
- MILLER, G.A.; DUBOWITZ, L.M.; PALMER, P. (1984):
Follow-up of preterm infants; is correction
of the developmental quotient for prematurity
helpful?. Early Human Development. 9. pp.
137-144.
- MINDE, K.; WHITELOW, A. (1983): The effect of neonatal
complications in premature infants on
early parent-infant interactions. Devlpn.
Med. Child Neurol. 25:763-777.
- MINDE, K.; PERROTTA, M. (1985): Maternal caretaking
and play with fullterm and premature
infants. J. Child Psychol. Psychiatry. 26. 2.
pp. 231-244.

MINDE, K.; GOLDBERG, S. (1989): Continuities and discontinuities in the development of 64 very small premature infants to 4 years of age. Journal of Child. Psychol. Psychiatry. May 30(3). pp. 391-404.

MINISTERIO DE EDUCACION (1986): Anteproyecto del Marco Curricular para la Educación Infantil. Madrid.

MINKOWSKI, A. (1983): Pour un nouveau-né sans risque. Ed. Stock/Laurence Pernoud. Paris.

MINUCHIN, S. (1970): Le recours un cadre ecologique dans le psychiatrie infantile. En ANTHONY et KOUPERNIK: L'enfant dans la famille. Masson et Cols. Eds. Paris.

MINUCHIN, S.; FISHMAN, H.CH. (1983): Técnicas de Terapia Familiar. Paidós. Barcelona.

MINUSVAL (1979): Editorial: La Estimulación Precoz, una esperanza. N° 31.

MINUSVAL (1979): Jornadas Internacionales sobre Estimulación Precoz en Madrid. N° 31. pp. 14-17.

MITCHELL, D.R. (1987): Parents' interactions with their developmentally disabled or at-risk infants: a focus for intervention. Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities. Vol. 13. N° 2. pp. 73-81.

MONCKEBERG, F. (1984): La estimulación precoz en la recuperación del niño con desnutrición grave. Prevención de la deficiencia mental y estimulación precoz. Jornadas Internacionales. Instituto Internacional para la Investigación y Asesoramiento sobre la Deficiencia Mental. pp. 137-153. Madrid.

MONTAGNER, H.; RESTOIN, A.; (1988): Aspects fonctionnelles et ontogenétiques des interactions de l'enfant avec ses pairs aux cours des trois premières années. Rev. Psychiatrie de l'enfant. Vol. 31. N° 1. pp. 173-278.

MONTERO, N. (1986): El primer año de la consulta de intervención temprana del INAPSI (Octubre 1985-1986). Niños. Vol. 21. N° 63. pp. 84-101.

MORAN, D.R. y WHITMAN, Th.L. (1985): The multiple effects of a playoriented parent training program for mothers of developmentally delayed children. Analysis and Intervention in Developmental Disabilities. Vol. 5. N° 1-2. pp. 73-96.

MORAN, DE G.; BAYO, C. (1984): "Grupos parque". Grupos de padres y bebés de alto riesgo. Revista Española de la Asociación de Neuropsiquiatría. N° 11. pp. 35-36.

MORLEY, R. y otros (1988): Mother's choice to provide breast milk and developmental outcome. Arch. Dis. Child. Nov. 63(11). pp. 1382-1385.

MOSS, H.A. (1967): Sex, age and state as determinants of mother-infant interaction. Merrill - Palmer Quarterly. 13 (1) : pp. 19-36.

MOYA, J.L. (1987): Criterios psicopedagógicos en la Intervención Temprana con niños de 0-2 años. Siglo Cero. N° 111. pp. 46.

MUGNY, G.; DOISE, W. (1983): La construcción social de la inteligencia. Trillas. México.

MUSCARSEL, M.C. (1988): Mundo Sonoro. Programa de Estimulación para el Desarrollo Auditivo de Niños Hipoacúsicos. CEPE. Madrid.

MUSSEN, CONGER y KAGAN (1984): Aspectos esenciales del desarrollo de la personalidad en el niño. Trillas. Méjico.

NEGRI, R. (1988): Intervención sobre el niño con Patología Neonatal. VI Jornadas Internacionales de Estimulación Precoz. APERT. Madrid.

NEGRI, R. (1989): Seguimiento del Recién Nacido con Riesgo Neuro y Psicopatológico. VI Jornadas Internacionales de Estimulación Precoz. APERT. Madrid.

NELSON, G.D. (1988): Unpublished preterm infant stimulation papers sought (letter) Journal of Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs. Sep-Oct. 17(5). pp. 336.

NELSON, G.D.; HENDRICKS, C.M. (1988): Health education needs in child care programs. J. Sch. Health. Nov. 58(9). pp. 360-364.

NICHOLAS, A.M. (1987): Congenital developmental disability. The first 18 monts: parental perceptions and early intervention. Early Child Development and Care. Vol. 27. N° 4. pp. 507-523.

NOGUEIRA, R. (1983): Desarrollo psicomotriz en niños de cortas edad. Adquisición y desarrollo del lenguaje. Curso Internacional para la Prevención de la Deficiencia Mental y Estimulación Precoz. Santiago de Compostela

NURCOMBE, B.; HOWELL, D. (1984): An Intervention Program for Mothers of lowbirthweight. Journal of the American Academy of Child Psychiatrie. 23. 3:319-325.

- OCKLEFORD, E. M. ; VINCE, M.A.; (1988): Responses of neonates to parents' and others' voices. Early Hum.Dev. Nov. 18(1). pp. 27-36.
- ODOM, S.; KARNES, M.B. (1988): Early intervention for infants & young children with handicaps. P.H. Brookes Publ. Comp. Baltimore.
- ODOM, S.; CHANDLER, L. (1990): Transition to Parenthood for Parents of Technology-Assisted Infants. Topics in Early Childhood Special Education. Vol. 9. N° 4. pp. 43-54.
- OLIVEIRA, A.J. de (1982): A importância da Estimulação programada sobre o desenvolvimento psicomotor de lactentes com Marasmo Nutricional. Revista Brasileira de Deficiência Mental. Vol. 17. N° 2.
- O'MARA, L.; JOHNSTON, C. (1989): Mothers' attitudes and their children's behaviors in 3-year-olds born prematurely and at term. Journal of Dev. Behav. Pediatr. Aug. 10(4). pp. 192-197.

- O.M.S. (1972): Risk of Disease and disability.
Ginebra.
- O.M.S. (1978): Método de atención sanitaria de la madre y el niño basado en el concepto de riesgo. Ginebra.
- O.M.S. (1980): Guía para el cuidado de los recién nacidos de bajo peso. Ginebra.
- O.M.S. (1981): Detección Precoz de Deficiencias en la Infancia. Informes EURO n° 30.
- O.M.S. (1981): Hacia un futuro mejor. La salud materno/infantil. Ginebra.
- ORTIZ, M.C. (1989): Orientación en la educación especial: Modelos de Integración. Siglo Cero. N° 121. pp. 12-18.
- PALTI, H. (1987): Early educational intervention in the maternal and child health services long-term evaluation of program effectiveness. Early Child Development and Care. Vol. 27. N° 4. pp. 555-570.

PANZARINE, S. (1988): Teen mothering. Behaviors and interventions. J. Adolesc. Health Care. Sep. 9(5). pp. 443-448.

PARMELEE, A.H.; HABER, A. (1973): Who is the Risk Infant?. Clinical Obstetric and Gynecology. Vol. 6. March. N° 1.

PARMELEE, A.H. (1977): Planning Intervention for Infants at High Risk Identifies by Developmental Evaluation in Research to Practice in Mental Retardation. Vol 1. Care and Intervention Proceedings of the Fourth Congress of the I.A.S.S.M.D. Ed. Mittler P. University Park Press.

PARRAGA, J. y RODRIGUEZ, J. (1984): Técnicas de estimulación precoz. Un programa experimental. Ftad. de Filosofía y C.C. de la Educación. Universidad de Sevilla. Sevilla.

PASNAK, C.F; PASNAK, R. (1987): Accelerated development of object permanence in Down's syndrome infants. Child Care, Health and Development. Vol. 13. N° 4. pp. 247-255.

- PEDERSON, D.R.; EVANS, B.; (1988): Predictors of one-year developmental status in low birth weight infants. Journal of Develop. Behav. Pediatr. Oct.9(5). pp. 287-292.
- PEREZ GOMEZ, A. (1981): Piaget y los contenidos del currículo. Cuadernos de Pedagogía. 33-40.
- PEREZ GOMEZ, A.; ALMARAZ, J. (1981): Lecturas de aprendizaje y enseñanza. Zero D.L. Madrid.
- PEREZ GOMEZ, A.; GIMENO SACRISTAN, A. (1983): La enseñanza. Su teoría y su práctica. Akal. Madrid.
- PEREZ-MINGUEZ CASARIEGO, C. (1990): La comunicación, un problema de dos. Asociación Nacional de Terapeutas del Lenguaje. Boletín nº 7. pp. 20-24.
- PEREZ SANCHEZ, M. (1981): Observación de bebés. Paidós. Barcelona.
- PERRIN, E.C.; WEST, P.D.; CULLEY, B.S. (1989): Is my child normal yet?. Correlates of vulnera-

- bility. (Published erratum appears in Pediatrics 1989. May 83(5): 678.). Pediatrics. Mar. 83(3); pp. 355-363.
- PERTEJO, J. (1984): Prevención de madres de Alto Riesgo. Psicosis Infantiles. Simposium Nacional. Murcia. pp. 130-131.
- PETERS-MARTIN, P.; WACHS, T.D. (1981): A longitudinal study of temperament and its correlates in the first year of life. Paper presented at the SRCD. Boston.
- PETERSON, N.K. (1987): Early intervention for handicapped and at-risk children. Love Publishing Company. Londres.
- PIAGET, J. (1971): El nacimiento de la inteligencia. Psiqué. Buenos Aires.
- PIAGET, J.; INHELDER, B. (1973): Psicología del niño. Morata. Madrid.
- PIAGET, J. y otros (1975): El lenguaje y el pensamiento del niño pequeño. Paidós. Buenos Aires.

PICCIOLINI (1988): El niño de bajo peso. Simposium Internacional sobre Parálisis Cerebral Infantil. Ftad. de Medicina. Udad. Complutense. Madrid.

PLUNKETT, J.W.; MEISELS, S.J.; (1986): Patterns of Attachment among Preterm Infants of Varying Biological Risk. Journal of the American Academy of Child Psychiatry. 25, 6 : 794-800.

POCH, M.L.; NORBONA, J. (1989): Comportement Neonatal y temperament a l'age de 15 mois. IVéme. Congrès de la Société Européenne de Neurologie Pédiatrique. Barcelona.

PORTAGE (1976): Guía Portage de Educación Preescolar. MEPSA. Madrid.

PROAS. INSERSO. INEE. (1981): Estimulación Precoz del niño sordo. Madrid.

RAMEY, G.T.; CAMPBELL, F.A. (1977): Prevention of Developmental Retardation in High Risk Infants. Research to Practice in Mental

Retardation. Vol. 1. Care and Intervention. Proceedings of the Fourth Congress of the I.A.S.S.M.D. Ed.Mittler P. University Park Press.

RAMEY, G.T.; BROWNLEE, J.R. (1981): Improving the identification of high-risk infants. American Journal of Mental Deficiency. 85. pp. 504-511.

RAMEY, G.T. y otros (1984): Project CARE: a comparison of two early intervention strategies to prevent retarded development.

RAMEY, G.T. y otros (1988): Early Intervention. Why, For Whom, How, At what cost?. En: Understandingmental Retardation. Paul H. Brookes. Londres. pp. 277-288.

REAL PATRONATO DE EDUCACION Y ATENCION A DEFICIENTES (1986): Seminario internacional sobre programas de prevención de las deficiencias. Serie Documentos. N° 5. Madrid.

REAL PATRONATO DE PREVENCIÓN Y DE ATENCIÓN A PERSONAS CON MINUSVALÍA. (1989): Seminario Nacional sobre Programas de Prevención de Deficiencias. Madrid.

RETORTILLO FRANCO, F. (1989): Repercusiones del Bajo Peso de Nacimiento en el desarrollo a los 6 años de vida. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. UNED.

REYNOLDS, L. y otros (1983): Efficacy of early intervention on preacademic deficits: a review of the literature. Topics in Early Childhood Special Education. Vol. 3. pp. 47-55.

RIOS, S. (1977): Iniciación Estadística. Ed. ICE. Madrid.

RIVERO, M. (1989): El desarrollo de la referencia lingüística. Estudio de tres casos de Interacción Madre - Hijo. Rev. de Logopedia, Foniatria y Audiología. Vol 9. N° 1. pp.4-19.

- ROBERTSON, C.M.; FINER, N.N. (1988): Educational readiness of survivors of neonatal encephalopathy associated with birth asphyxia at term. J. Dev. Behav. Pediatr. Oct. 9(5). pp. 298-306.
- ROBIN, M. (1978): Rôle des conduites maternelles sur la réactivité visuelle du nouveau-né à terme et prématuré. Psychiatr. Enfant. 21. 1. pp. 133-169.
- ROBIN, M. (1986): Le langage maternel adressé au bébé au cours de la première année. Rev. de Psychiatrie de l'enfant. Vol. XXIX. Tomo 2. pp. 363-386.
- RODE, S.; CHANG, P.; (1981): Attachment patterns of infants separated at birth. Develpm. Psychol. 17 : 188-191.
- RODGER, S. (1986): Parents as therapists: a responsible alternative or abrogation of responsibility?. The Exceptional Child. Vol. 33. N° 1. pp. 17-27.

- ROLDAN ALVAREZ, A. (1986): Educación Temprana. En VARIOS: Enciclopedia Temática de Educación Especial. CEPE. Madrid.
- ROSEL, J. (1980): Orientación a la familia sobre la estimulación precoz del niño ciego. Infancia y Aprendizaje. N° 12. pp. 37-47.
- RUSSELL, M.; CARR-HILL, R.; ILLSLEY, L. (1984): The sociological study: differences relevant to the childhood environment. En ILLSLEY, R.; MITCHELL, R.G.: Low birth and weight: a medical, psychological and social study. London.
- SAINT-ANNE DARGASSIES, S. (1982): Le développement neuro-moteur et psycho-affectif du nourrisson. Masson. París.
- SANCHEZ MERODIO, F. (1987): Estudio de la Mortalidad Perinatal. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid.
- SANCHEZ PALACIOS, C. (1978): Estudios de los efectos de la Estimulación Precoz en bebés con Síndrome de Down. Infancia y Aprendizaje. N° 4. pp. 29-37.

SANCHEZ, C.: CABRERA, C. (1982): La Estimulación Precoz: un enfoque práctico. Siglo XXI. Madrid.

SANSALVADOR GARRIDO, J. (1983): Situación actual de la estimulación precoz en España. Educar. N° 14. pp. 91-99.

SANSALVADOR GARRIDO, J. (1987): La Estimulación Precoz en la Educación Especial. Ediciones CEAC. Barcelona.

SANTOS GUERRA, M.A. (1989): Cadenas y Sueños: El contexto organizativo de la escuela. Departamento de Didáctica y Organización Escolar. Universidad de Málaga. Málaga.

SANZ, M.T. (1989): Effect of observational training of parents in the early stimulation of trisomy-21 babies. Early Child Development and Care. Vol. 41. pp. 89-101.

SANZ DEL RIO, S. (1986): Organización de la Estimulación Precoz. Panorama Internacional. Seminario Internacional sobre Programas de

Prevención de las Deficiencias Orgánicas.
Real Patronato de Educación y Atención a
Deficientes. Madrid. pp. 215-265.

SANZ y ANTA (1987): Experiencia del equipo de
Atención Precoz del Centro Base n° 1 del
INSERSO. Simposium Iberoamericano de Expe-
riencias de Estimulación Temprana. Real
Patronato. Madrid.

SAUVAGE, D. y otros (1990): Troubles du
Developpement et Expression Somatique chez le
Nourrisson. Du Symptome a la Classification.
Neuropsychiatrie de l'Enfance et del'Adoles-
cence. Vol. 38. N° 1-2. pp. 34-37.

SCHAFFER, R. (1981): Ser madre. Morata. Madrid.

SCHEDULE, A.; DIETHELM, K. (1988): The effect of
hyperbilirubinemia and phototherapy on the
behavior organization of newborn infants.
Z. Klin. Psychol. Psychopathol. Psychother.
36(1). pp. 34-45.

- SCHMELCK, C. (1983): Réflexions à propos de l'éducation précoce d'enfants déficients auditifs. Revue Générale de l'Enseignement des Déficiants Auditifs. Vol. 75. N° 3. pp. 110-119.
- SCHRAEDER, B.D.; TOBEY, G.Y. (1989): Preschool temperament of very-low-birthweight infants. Journal of Pediatr. Nurs. Apr. 4(2). pp. 119-126.
- SECADAS, F. (1988): Escala Observacional del Desarrollo. TEA Ediciones. Madrid.
- SEGAL, N.L. (1989): Origins and implications of handedness and relative birth weight for IQ in monozygotic twin pairs. Neuropsychologia. 27 (4). pp. 549-561.
- SEIFER, R.; ELIAS, P.K. (1982): Sociocultural variability in infant temperament ratings. Child Developm. 53:164-173.
- SELVINI, M.; PALAZZOLI, S.; CIRILLO (1985): El Mago sin magia. Paidós. Buenos Aires.

- SERVICIO DE EDUCACION Y ESTIMULACION PRECOZ (1985):
Revista de Logopedia y Fonoaudiología. Vol.5.
N° 3. pp. 179-182.
- SIEGEL, B.; PLINER, C.; (1988): How children with
autism are diagnosed: difficulties in
identification of children with multiple
developmental delays. J. Dev. Behav. Pediatr.
Aug. 9(4). pp. 199-204.
- SIEGEL, L. (1982): Reproductive, perinatal, and
environmental factors as predictors of the
cognitive and language development of preterm
and full-term infants. Child Developm.
53:963-973.
- SIEGEL, L. (1986): Biological and environmental
variables as predictors of intellectual
functioning at 6 years of age. En HAREL, S.;
ANASTASIOW, N. J. : The at-risk infant,
psycho / socio / medical aspects. Baltimore.
- SIGSTON, A. y otros (1985): Portage in the U.K.: a
community response to children in need.
Early Child Development and Care. Vol. 20.
N° 1. pp. 87-96.

SKOUTELI, H.N.; DUBOWITZ, L.M.S.; (1985): Predictors for survival and normal neurodevelopmental outcome of infants weighing less than 1001 grams at birth. Developmental Medicine and Child Neurology. 27. pp. 588-595.

SMITH, L.; SOMNER, F.F.; VON TETZCHNER, S. (1982): A longitudinal study of low birthweight children: reproductive, perinatal and environmental precursors of developmental status at three years of age. Seminars in Perinatology. n° 6. pp. 294-304.

STAMBAK, M. (1978): Tono y psicomotricidad. Pablo del Rio. Madrid.

STARK, J.A. (1980): Family Resource Systems: the Nebraska Model. Proceedings of the Family Resource Systems Conference. (January, 24-25, 1980). U.S. Department of Education. Washington (USA).

STEFANINI, M.C.; CALZOLARI, S. y otros (1989): Le développement cognitif des enfants prématurés

à bas et à haut risque. IVème. Congrès. de la Société Européenne de Neurologie Pédiatrique. Barcelona.

STENHOUSE (1987): La investigación como base de la enseñanza. Morata. Madrid.

STERN, D. (1983): Micro-analyse de l'interaction mère - nourrisson. Rev. de Psychiatrie de l'enfant. Vol. XXVI..Tomo 1. pp. 217-235.

STERN, M.; HILDEBRANDT, K. (1984): A prematurity sterotype: The effects of labeling on adults' perceptions of infants. Developmental Psychology. N° 20. pp. 360-362.

STEVENS, J.H. Jr. (1988): Shared knowledge about infants among fathers and mothers. J. Genet. Psychol. Dic. 149(4). pp. 515-525.

STOLERU, S.; MORALES, M. (1985): De l'enfant fantasmatique de la Grossesse a l'interaction mère-nourrisson. Psychiatrie de l'enfant. Vol. XXVIII. Tomo 2. pp. 441-484.

SUAREZ, T.; ROJERO, C.F. (1983): Paradigma Sistémico y Terapia de Familia. Ed. A.E.N. Madrid.

SUMNER, G.; FRITSCH, J. (1977): Postnatal parental concerns: the first six weeks of life. Jugn. Nurs. May/June. pp. 27-31.

THEUT, S.K.; PEDERSEN, F.A. y otros (1988): Pregnancy Subsequent to Perinatal loss: Parental Anxiety and Depression. J. Am. Acade. Child. Adolescent Psychiatry. 27. 3:289-292.

TINGEY-MICHAELIS, C. (1986): The importance of structure in early education programs for disadvantage and handicapped children. Early Child Development and Care. Vol.23. N° 4. pp. 283-297.

TINGEY, C. y otros (1987): Parental involvement in early intervention: becoming a parent-plus. Early Child Development and Care. Vol. 27. N° 1. pp. 91-105.

- TJOSSEN, T. (1976): Los beneficios de la Intervención Temprana: realidad o fantasía. I Jornadas Internacionales Latinoamericanas y III de AVEPANE. Venezuela. pp. 17.
- TONUCCI, F. (1981): El primer año de nuestro hijo. Ed. Reforma de la Escuela.
- TOJO SIERRA, R. (1984): La Estimulación Precoz en la privación afectiva. Simposium sobre Estimulación Precoz como prevención de posibles discapacidades en el niño. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.
- TRIANA PEREZ, B. (1986-87): Teorías implícitas de los padres sobre el desarrollo y la educación y su incidencia en los juicios sociales. Tesis Doctoral. Universidad de La Laguna.
- UNICEF (1981): Programa regional de Estimulación Temprana. UNICEF. Méjico.
- U.P.E.P. (1979): Desarrollo y Estimulación del niño. Eunsa. Pamplona.

- UZGIRISK, I.C.; HUNT, J. (1975): Assessment in infancy. Univ. of Illinois.
- VALLE TRAPERO, M. y otros (1974): Seguimientos de niños de bajo peso, A.E.G. y P.E.G. III Reunión Anual de la Sociedad Española de Pediatría. Junio.
- VALLE TRAPERO, M. y otros (1976): Hipoglucemias del Recién Nacido y estudio de su evolución madurativa. Libro de Comunicaciones del XIV Congreso Español de Pediatría. Barcelona.
- VALLE TRAPERO, M. y otros (1977): For intrauterine fetal growth. Ed. B. Salvadori, Bachi Modena. Italia. 13-16 Sep.
- VALLE TRAPERO, M. y otros (1977): Repercusión a largo plazo del sufrimiento fetal grave. Congreso Internacional de Pediatría. Nueva Delhi. India.
- VALLE, M.; FADON, O. (1984): Rescate del niño límite. Symposium sobre La estimulación precoz como prevención de posibles disca-

pacidades en el niño. Departamento de Rehabilitación. Hospital "Juan Canalejo". La Coruña.

VALLE TRAPERO, M. (1987): Atención a niños de riesgo desde incubadora. Informe III. Simposium Iberoamericano de experiencias de estimulación temprana. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. Documentó 17/87. Madrid.

VAZQUEZ, A.; GALLEGO, M. (1984): Recién Nacido de Alto Riesgo. Simposium de Estimulación Precoz. Hospital Juan Canalejo (La Coruña). pp. 47-68.

VIARO, M.; LEONARDI, P. (1983): Getting and Giving Information. Analysis of a Family Interview Strategy. Family Process. 22. pp. 27a-42.

VIETZE, P.M.; COATES, D.L. (1986): Using information processing strategies for early identification of mental retardation. Topics in early childhood special education. Vol. 6. N° 3. pp. 72-85.

VILLA ELIZAGA, I. (1976): Estimulación Precoz en niños de bajo peso. Archiv. Arq. Ped. n° 5-6.

VILLA ELIZAGA, I. (1984): Desarrollo y estimulación del niño desde su nacimiento a los dos años. Instituto Internacional para la Investigación y Asesoramiento sobre la Deficiencia Mental. IAMER. Madrid.

WALSH, S. y otros (1988): First-Year Implementation of the Federal Program for Infants and Toddlers with Handicaps: A view from the States. Topics in Early Childhood Special Education. Vol. 8. N° 3. pp. 1-22.

WASHINGTON, J.; MINDE, K.; GOLDBERG, S. (1986): Temperament in Preterm Infants: Style and Stability. Journal of the American Academy of Child Psychiatry. 25. 4:493-502.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J.; JAKSON, D. (1971): Teoría de la Comunicación humana. Ed. Tiempo Contemporáneo. Buenos Aires.

- WATZLAWICK, P.; WEAHLAND, J. (1976): Cambio. Herder. Barcelona.
- WERNER, E.; SIMONIAN, K.; (1968): Cumulative Effects of Perinatal Complications and Deprived Environment on Physical, Intellectual and Social Development of Preschool Children. Pediatrics. Vol. 39. N° 4.
- WHIFFEN, V.E.; GOTLIB, I.H. (1989): Infants of postpartum depressed mothers: temperament and cognitive status. Journal of Abnorm. Psychol. Aug. 98 (3). pp. 274-279.
- WHITE, K.R. (1985-1986): Efficacy of early intervention. The Journal of Special Education. Vol. 19. N° 4. pp. 401-416.
- WHITE, K.R. y otros (1985-1986): Learning from reviews of early intervention. The Journal of Special Education. Vol. 19. N° 4. pp. 417-428.
- WHITE, K. y CASTO, G. (1985): An integrative review of early intervention efficacy studies with

at-risk children: implications for the handicapped. Analysis and Intervention in Developmental Disabilities. Vol. 5. N° 1-2. pp. 7-31.

WILSON, R.C. y otros (1985): Early childhood intervention in an urban setting. Teaching Exceptional Children. Vol. 17. N° 2. pp.134-139.

WINNICOTT, D.W. (1975): Proceso de maduración. Laia. Barcelona.

WINTON, P. (1986): Effective strategies for involving families in intervention efforts. Focus on Exceptional Children. Vol. 19. N° 2.

WOLERY, M. y DYK, L. (1985): The evaluation of two levels of a center based early intervention project. Topics in Early Childhood Special Education. Vol. 5. N° 2. pp. 66-77.

YELA, M. (1976): Familia y Nivel Mental. En: La familia: Diálogo recuperable. Karpos. Madrid. p. 323.

ZAPOROZET, A.V.; LISINA, M.I. (1986): El desarrollo de la comunicación en la infancia. Ed. G. Nuñez. Madrid.

ZIGLER, E.; TRICKET, P.K. (1978): I.Q., social competence and evaluation of early childhood intervention programs. American Psychologist. 33. pp. 782-798.

ZIGLER, E.; BERMAN, W. (1983): Discerning the future of early childhood intervention programs. American Psychologist. 38. pp. 894-906.

ZUBRICK, S.; MACARTNEY, H.; STANLEY, F. (1988): Hidden Handicap in School-age Children who received neonatal intensive care. Developmental Medicine and Child Neurology. 30. pp. 145-152.

ZULUETA, I. (1982): Guía de Estimulación Precoz. MEPSA. Madrid.

BASES DE DATOS

BIDE: Cursos, becas e investigaciones en el ámbito iberoamericano.

DEDALO: Registros bibliográficos de obras de educación y en especial los fondos pertenecientes a las bibliotecas del Ministerio de Educación.

ICYT: Ciencia y tecnología.

ISOC: Ciencias sociales y humanidades.

LEDA: Legislación sobre educación.

REDINET: Investigaciones sobre educación.

SIIS: Centro de Información y Documentación.
Real Patronato de Prevención. Serrano,
140.

TESEO: Tesis doctorales.

ANEXOS

INDICE

- I.- Protocolo de Ingresos.
- II.- Protocolo de Antecedentes.
- III.- Ficha de Evaluación 12-24 Meses.
- IV.- Hoja de Nivel (Escala Brunet-Lezine).
- V.- Ficha de Registro. Inventario HOME (Nivel 0-3).
- VI.- Objetivos de Desarrollo (Hospital Santa Cristina).
- VII.- Criterios de Riesgo Biológico. Sociedad Española de Pediatría. Sección Neonatología.
- VIII.- Criterios de Riesgo Sociofamiliar, de O. Masson.
- IX.- Fichas de Hospitalización (Propuesta).
- X.- Base de Datos.
- XI.- Guía Portage de Educación Temprana. MEPSA.
- XII.- Gráficas, Tablas y Cuadros.
- XIII.- Valores del Análisis de Varianza.



Ministerio de Educación y Ciencia
 CASA DE SALUD DE SANTA CRISTINA
 DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGIA
 Y MEDICINA PERINATAL

INGRESOS

N.º HISTORIA: _____
 SECCION: _____

NOMBRE Y APELLIDOS: _____
 PROCEDENCIA: _____ MOTIVO DEL INGRESO: _____

EXAMEN CLINICO AL INGRESO :

Recibido por el Dr.: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Edad: _____
 Sexo: _____ Peso: _____ Talla: _____ P. C.: _____ P. T.: _____ T. R.: _____
 Observaciones: _____

INSPECCION : Vitalidad: _____ Actitud: _____

Llanto: _____ Coloración: _____
 Piel: _____ Mucosas: _____ Edemas: _____

CRANEO : Configuración: _____

Fontanelas: _____ Sutures: _____

CARA : Nariz: _____ Permeabilidad: _____

Ojos: _____ Boca: _____
 Pabellón auricular: _____

CUELLO : _____

TORAX : Configuración: _____

AP. RESPIRATORIO: Frecuencia _____ r./m.

TEST SILVERMAN

Tipo: _____

Auscultación: _____

AP. CIRCULATORIO: Frecuencia _____ l./m.

Soplos: _____ Características: _____

T. R. C.: _____ Pulsos Periféricos: _____ T. A.: _____

CARACTERISTICAS	Puntuación
Elevación tórax y abdomen:	_____
Depresión intercostal:	_____
Retracción xifoidea:	_____
Aleteo nasal:	_____
Quejido:	_____
TOTAL:	_____

ABDOMEN : Inspección: _____ Ano: _____

Ombiligo: _____ Hernias: _____

Palpación: _____

Hígado: _____ Bazo: _____ Riñón: _____

Genitales: _____

EXTREMIDADES : Superiores: _____
Inferiores: _____ Ortoani: _____

IMPRESION GENERAL DE LO OBSERVADO: _____

SISTEMA NERVIOSO : Actitud: _____ Vigilancia: _____
Motilidad espontánea: _____ Motilidad provocada: _____
S. de Moro: _____ Presión palmar: _____ Presión plantar: _____
Enderezamiento: _____ Marcha: _____
Orales: _____ Succión: _____ Deglución: _____
Otras anomalías: _____
— Tono Muscular:
Activo: Cuello: _____ Tronco: _____ MM. SS.: _____ MM. II.: _____
Pasivo: Cuello: _____ Tronco: _____ MM. SS.: _____ MM. II.: _____
— Sistema Nervioso Periférico: _____

IMPRESION GENERAL DE LO OBSERVADO: _____

EXAMENES COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS _____

JUICIO CLINICO: Presuntivo: _____
1. SEMIOLÓGICO: _____
2. ETIOLÓGICO: _____
3. DIFERENCIAL: _____

MEDICACION :
1.º: _____
2.º: _____
3.º: _____

ALIMENTACION :
1.º: _____
2.º: _____
3.º: _____

OBSERVACIONES GENERALES: _____

... (handwritten notes) ...



HOJA DE ANTECEDENTES

PROCEDENCIA _____

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ N.º H.º _____

✕ Edad: _____ Paridad: _____ Estado: _____ ✕ Profesión: _____ ?

DATOS DEL PADRE O PERSONA RESPONSABLE :

Nombre: _____ ✕ Profesión: _____ ?

✕ Dirección: _____ Teléfono: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES :

- | | |
|--------------------|----------------------------|
| 1. Diabetes: _____ | Disminuido Psíquico: _____ |
| 2. T. B.: _____ | Disminuido Físico: _____ |
| 3. Otros: _____ | Otros: _____ |

ANTECEDENTES PERSONALES : (Enfermedades anteriores al actual embarazo)

- | | | |
|------------------|------------------------|--------------|
| 1. Cardiopatías. | 5. Tb pulmonar. | Otros: _____ |
| 2. Hipertensión. | 6. Interv. quirúrgica. | _____ |
| 3. Diabetes. | 7. Pat. psiquiátrica. | _____ |
| 4. I. urinaria. | 8. Drogas. | _____ |

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS :

EMBARAZOS ANTERIORES:

Fecha	Tipo Parto	Peso/Niño	Vivo/†	Edad †	Causa conocida?
1	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____	_____

EMBARAZO ACTUAL

U. R.: _____ F. P. P.: _____ ✕ E. G.: _____ ✕ Grupo sanguíneo: Madre () Padre ()

1.º Trimestre	2.º Trimestre	3.º Trimestre
1. Metrorragias	1. Diabetes. Prediabetes	1. Hipertensión
2. Inf. víricas	2. Movimientos fetales	2. Edemas
3. Inf. Bacteriana	3. Crecimiento uterino	3. Gestosis
4. Hipertensa	4. Inf. bacteriana	4. Inf. víricas
(x) 5. Drogas	5. Inf. genital	5. Inf. bacteriana
6. Otros _____	6. Inf. urinaria	6. Inf. genital
Exámenes comp. anormales: _____	7. Otros: _____	7. Drogas
_____	Exámenes comp. anormales: _____	8. Otros: _____
_____	_____	Exámenes comp. anormales: _____
_____	_____	_____

HABITOS Tabaco: _____ Alcohol: _____ Droga: _____
 Informe Psico-Social: _____

PARTO ACTUAL :

Tipo: Espontáneo: Provocado: Simple: Múltiple:
 Terminación: Cefálico: Cesárea: Forceps: Ventosa: Nalgas:
 Indicación por: Meconio: Taquic: Bradic: OIps I: OIps II:
 Prolapso de cordón: Despr. placenta: Parto detenido:
 Interés materno: Interés fetal: Otros: _____
 - Medicación: _____
 Duración total: Parto: Dilatación: Expulsivo: T. B. R.:
 - Placenta: Peso: _____ Superficie: _____ Anomalías: _____
 - Cordón: Longitud: _____ Anomalías: _____

TEST DE APGAR

	1.º	5.º	10.º
Latido cardíaco			
Respiraciones			
Tono			
Reflejos			
Color			
TOTAL			

ASISTENCIA PRESTADA

- I) Aspiración secreciones I
- II) I + Oxigenación II
- III) I + II + Estimulación plantar III
- IV) I + II + III + Intubación (Tiempo: _____ m.)
- V) I + II + III + IV + Medicación
- VI) I + II + III + IV + V + Masaje cardíaco

Medicación: _____

Ingreso por : _____

Observaciones : _____

Fecha: _____

Firma: _____

FICHA DE EVALUACION -12 MESES -

Nombre F. nto
Nº Identificación F. Entr
Diagn. clínico y neurológico
Diagn. psicopedagógico
E.C. E.O. C.D.

COMPORTAMIENTO PREDOMINANTE:

1. Adecuado a edad
2. Atención dispersa
3. Hiperactivo
4. Dependiente
5. Síntomas de aislamiento

EVALUACION DE AREAS DE DESARROLLO:

A. Motora:

1. Normal
2. Inmadura
3. M. Inmadura
4. Alterada

A. Visomotora:

1. Normal
2. Inmadura
3. M. Inmadura
4. Alterada

A. Lenguaje y Socialización:

1. Normal
2. Retardado
3. Gestual
4. Ausente

MANIFESTACIONES PSICOSOMATICAS:

1. Hipersomnia
2. Insomnio
3. Anorexia
4. Vómitos
5. Cólicos
6. espasmos del sollozo

VALORACION FAMILIAR:

1. Estabilidad
2. Inestabilidad
3. Con abuelos

HABITOS DE VIDA:

1. Adecuados
2. Inadecuados

ACTITUDES DE LOS PADRES:

1. Adecuados
2. Normales
3. Sobreprotección
4. Ansiedad/angustia

VALORACION AMBIENTAL:

1. Buena
2. Mala (sin recursos)
3. Disfuncional
4. Hiposestimulante
5. Hiperestimulante

ADAPTACION ESCOLAR. 1. Si No

TIPO ESCUELA: 1. E.I. 2. Guarderías

INTERVENCION EDUCATIVA: PROPUESTA - 12 MESES-

1. Seguimiento
2. Pautas Educativas
3. Estimulación precoz en hogar.
4. Intervención familia
5. Intervención niño
6. Derivación MEC/CAM

FICHA DE EVALUACION - 24 MESES -

Nombre F. nto
Nº Identificación F. Entr
Diagn. clínico y neurológico
Diagn. psicopedagógico
E.C. E.D. C.D.

COMPORTAMIENTO
PREDOMINANTE: 1. Adecuado a edad
2. Atención dispersa
3. Hiperactivo
4. Dependiente
5. Síntomas de aislamiento

EVALUACION DE AREAS DE DESARROLLO:

A. Motora: 1. Normal
2. Inmadura
3. M. Inmadura
4. Alterada

A. Visomotora: 1. Normal
2. Inmadura
3. M. Inmadura
4. Alterada

A. Lenguaje y Socialización:
1. Normal
2. Retardado
3. Gestual
4. Ausente

MANIFESTACIONES PSICOSOMATICAS:

1. Hipersomnia
2. Insomnio
3. Anorexia
4. Vómitos
5. Cólicos
6. espasmos del sollozo

VALORACION FAMILIAR: 1. Estabilidad
2. Inestabilidad
3. Con abuelos

HABITOS DE VIDA: 1. Adecuados
2. Inadecuados

ACTITUDES DE LOS PADRES:

1. Adecuados
2. Normales
3. Sobreprotección
4. Ansiedad/angustia

VALORACION AMBIENTAL:

1. Buena
2. Mala (sin recursos)
3. Disfuncional
4. Hipoestimulante
5. Hiperestimulante

ADAPTACION ESCOLAR, 1. Sí No

TIPO ESCUELA: 1. E.I. 2. Guardería

INTERVENCION 1. Seguimiento 6. Derivación MEC/CAM.
EDUCATIVA: PROPUESTA - 12 MESES- 2. Pautas Educativas
3. Estimulación precoz en hogar.
4. Intervención familia
5. Intervención niño

ESCALA PARA MEDIR EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LA PRIMERA INFANCIA
(BRUNET-LEZINE)

Hoja de nivel (1)

Motivo de examen.....

Apellidos del niño..... Nombre.....

Fecha de nacimiento..... Dirección.....

Tipo de vivienda..... Confort.....

Edad del padre..... Profesión..... Edad de la madre.....

Profesión..... Datos referentes a la salud de los padres.....

Enfermedades que ha padecido el niño.....

Nº de hermanos/as..... Edad.....

Salud..... Abortos..... Embarazos.....

Parto.....

Peso del niño al nacer..... Talla..... Placenta.....

Peso actual..... Talla.....

Tipo de alimentación: ¿Pecho?..... ¿Biberón?.....

¿El niño ha estado separado de su madre? ¿A que edad?.....

Duración de la separación..... Circunstancias.....

Edad del 1º diente..... 2º diente..... Dentición actual.....

Edad en que empezó a andar solo..... Edad en la que pronunció sus primeras palabras.....

Control de esfínteres..... Apetito..... Sueño.....

Fecha de examen	Edad real	Edad de desarrollo	CD	Examinador
Fecha de examen	Edad real	Edad de desarrollo	CD	Examinador
Fecha de examen	Edad real	Edad de desarrollo	CD	Examinador
Fecha de examen	Edad real	Edad de desarrollo	CD	Examinador

(1) Véase el Manual de Instrucciones, Mepsa, Madrid 1971.

Nº de orden	Items	9 MESES	Nº de orden	Items	10 MESES
81	P 1	Se sostiene de pie con apoyo	121	P 1	Empuja la pelota con el pie.
82	P 2	Sentado un apoyo, se quita el pedúnculo que le cubre la cabeza.	122	C 2	Construye una torre con tres cubos.
83	C 3	Levanta la taza colocada boca abajo y coge el cubo escondido dentro.	123	C 3	Pasa las paginas de un libro.
84	C 4	Coge la pastilla utilizando el pulgar y el índice.	124	C 4	Saca la pastilla del frasco.
85	C 5	Acerca el ore hacia el tirando del cordón.	125	C 5	Coloca la pieza circular después de girarle el tablero.
86	C 6	Hace sonar la campanilla.	126	L 6	Nombre uno, e señala dos dibujos.
		PREGUNTAS			PREGUNTAS
87	P 7	Sostiene el pie por los brazos de segunda mano	127	P 7	Sube la escalera de pie, empujando la mano.
88	L 8	Dice una palabra de dos sílabas.	128	L 8	Dice por lo menos, tres palabras.
89	S 9	Responde ante algunas palabras familiares.	129	S 9	Utiliza la cuchara.
90	S 10	Hace los gestos de "adiós" ó "gracias" ó "afuera", etc.	130	S 10	Pide su ornato.
		10 MESES			21 MESES
91	P 1	De pie y apoyado, levanta y apoya un pie.	131	P 1	Da un puntapié a la pelota después de una demostración.
92	C 2	Encuentra un juguete escondido debajo del pedúnculo.	132	C 2	Construye una torre con cinco cubos.
93	C 3	Mete un cubo en la taza o lo saca después de una demostración.	133	C 3	Coloca cubos en fila imitando un tren.
94	C 4	Intenta coger la pastilla a través del frasco.	134	S 4	Pone tres cubos en tres sitios diferentes cuando se le pide.
95	C 5	Saca la pieza circular de su agujero.	135	C 5	Coloca las piezas circular y cuadrada en sus agujeros.
96	C 6	Busca el badajo de la campanilla.	136	L 6	Señala cinco partes del cuerpo en el dibujo de la muñeca.
		PREGUNTAS			PREGUNTAS
97	P 7	Se pone de pie, sólo.	137	P 7	Sube la escalera con-pie de la mano.
98	L 8	Repite los sonidos que oye.	138	L 8	Asocia dos palabras.
99	S 9	Comprende una prohibición.	139	L 9	Pide de beber y de comer.
100	S 10	Bebe en una taza o en un vaso.	140	S 10	Imita acciones sencillas de los adultos.
		12 MESES			24 MESES
101	P 1	Anda llevándose de la mano.	141	P 1	Da un puntapié a la pelota cuando se le ordena.
102	C 2	Coge el tercer cubo sin saltar los dos primeros.	142	C 2	Construye una torre con seis cubos, por lo menos.
103	C 3	Mete un cubo dentro de la taza.	143	C 3	Intenta doblar el papel en dos.
104	C 4	Imita el ruido de la cuchara dentro de la taza.	144	C 4	Imita un brazo en dirección determinada.
105	C 5	Coloca bien la pieza circular en su agujero después de una demostración.	145	C 5	Coloca las tres piezas en el tablero.
106	C 6	Hace garabatos débiles después de una demostración.	146	L 6	Nombre 2 ó señale 4 dibujos.
		PREGUNTAS			PREGUNTAS
107	P 7	De pie, se agacha para coger un juguete.	147	P 7	Sube y baja sólo la escalera.
108	L 8	Dice tres palabras.	148	L 8	Construye frases de varias palabras.
109	S 9	Da algo cuando se le pide con palabras o gestos.	149	L 9	Puede utilizar su nombre.
110	S 10	Repite actos que han causado risa.	150	S 10	Ayuda a guardar sus juguetes.
		15 MESES			30 MESES
111	P 1	Anda solo	151	P 1	Intenta sostenerse sobre un pie.
112	C 2	Construye una torre con dos cubos.	152	C 2	Construye una torre con ocho cubos.
113	C 3	Liema la taza de cubos.	153	C 3	Construye un puente con tres cubos y teñin el modelo.
114	C 4	Mete la pastilla en el frasco	154	C 4	Imita un brazo vertical y otro horizontal.
115	C 5	Coloca la pieza circular en su agujero cuando se le ordena.	155	C 5	Coloca las tres piezas después de girarle el tablero.
116	C 6	Hace garabatos cuando se le ordena.	156	L 6	Nombre 5 ó señale 7 dibujos.
		PREGUNTAS			PREGUNTAS
117	P 7	Sube una escalera a "cuatro patas"	157	P 7	Puede transportar un vaso de agua sin volcarlo u otros objetos frágiles.
118	L 8	Dice cinco palabras.	158	L 8	Emplea pronombres.
119	S 9	Señala con el dedo lo que desea.	159	S 9	Ayuda a vestirse, se pone sus zapatillas.
120	S 10	Bebe sólo en una taza o en un vaso.	160	S 10	Ne se orina en la cama por las noches.

0-3
 Inventario H.O.M.E. (Nivel ~~Prescolar~~)
 -Bettye M. Caldwell & Robert H. Bradley-

Traducc.: B. Arias

Ficha de Registro

Nombre del niño: _____ Fecha de visita: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Observador: _____

Composición de la familia (personas que viven en el hogar, incluyendo sexo y edad de los niños): _____

Nivel educativo del padre: _____ Id. de la madre: _____

Tipo de trabajo del padre: _____ Id. de la madre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Personas que están en casa en el momento de la visita: "9 personas en el hogar"

Subescala	Punt.	Rango Percentil		
		Bajo	Medio	Alto
I. RESPONSABILIDAD emocional y verbal	0-6	7-9	10-11	
II. ACEPTACION de la conducta del niño	0-4	5-6	7-8	
III. ORGANIZACION del ambiente físico y temporal	0-3	4-5	6	
IV. Provisión de MATERIALES DE JUEGO apropiados	0-4	5-7	8-9	
V. IMPLICACION de los padres con el niño	0-2	3-4	5-6	
VI. Oportunidades para la VARIEDAD en la estimulación diaria	0-1	2-3	4-5	
PUNTUACION TOTAL	0-25	26-36	37-45	

NOTA.- Para hacer un perfil familiar rápido, marcar una X en el recuadro correspondiente a la puntuación.

GUIA DE OBJETIVOS DE DESARROLLO PSICOMOTOR

EDAD: 0 - 3 AÑOS

AUTORES:

M^a Teresa de Miguel --- Lda. Filosofía. Psicóloga.
M^a Rosario García ---- Lda. Filosofía. Psicóloga.
Mercedes Valle ----- Pedagoga. Psicóloga.
Mercedes de la Calle -- Pedagoga. Técnico en Estimulación.
M^a Angeles Coronado --- Pedagoga. Logopeda.
Amelia Trujillano ----- Psicóloga. Psicomotricista.
M^a José Vidaurrazaga -- Psicóloga. Logopeda.
M^a Angeles Vallejo ---- Psicóloga. Técnico en Estimulación.
Rosario Vergara ----- Psicóloga. Técnico en Estimulación.
Cristina del Val ----- Pedagoga. Psicomotricista.
Cecilia Pérez-Minguez - Filóloga. Logoterapeuta.
Fátima Herqueta ----- Técnico en Estimulación.
Francisca González ---- Profesora de E.G.B. Técnico en Estimulación.
Juana M^a Avelli ----- Fisioterapeuta.
Mercedes Felip ----- Fisioterapeuta.

CASA DE SALUD DE SANTA CRISTINA Y ESCUELA OFICIAL DE MATRONAS
Departamento de Neonatología. Unidad de Estimulación Precoz.
C/ O'Donnell - 35. 28009 Madrid.



Ministerio de Educación y Ciencia
CASA DE SALUD DE SANTA CRISTINA
DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGIA
Y MEDICINA PERINATAL
Director-Jefe: Dr. C de la Calle Contreras
Maestro Vives, 3 - Teléfono 273 62 00
M A D R I D - 8

OBJETIVOS DE SOCIABILIDAD

0 - 3 MESES:

- Se fija en el rostro de la madre al darle alimento o hablarle.
- Reacciona con movimientos de succión y abre la boca al acercarle el chupete.
- Aparece la primera sonrisa.
- Atiende preferentemente a objetos en movimiento.

3 - 6 MESES:

- Se mira las manos y empieza a gorgear.
- Ríe y vocaliza al manipular sus juguetes.
- Responde a sonidos emocionales de la madre.

6 - 9 MESES:

- Distingue las caras conocidas de las desconocidas.
- Participa en el có-có quitándose el pañuelo.
- Tiende los brazos para que le cojan.
- Le sobrevienen crisis de angustia ante la falta de su madre o la presencia de un extraño.
- Reacciona ante algunas palabras familiares.

9 - 12 MESES:

- Responde a su " madre ", al " no " y a " dame ".
- Emite sonidos graciosos y repite cosas por las que sabe que va a ser recompensado.
- Comprende frases sencillas.



Sección de Neonatología
Presidente: Dr. J. Cuero Jiménez
Secretario: Dr. J. Pérez Rodríguez

Secretaría:
Servicio de Neonatología
Clínica Infantil "La Paz"
P.º Castellana, 251
28046 MADRID
- 29 -

SEGUIMIENTO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL RECIEN NACIDO DE ALTO RIESGO.

Existen toda una serie de situaciones perinatales y neonatales que suponen para el recién nacido que las padece un riesgo elevado de presentar secuelas de tipo neurológico o sensorial. Para la detección precoz de estas anomalías es preciso desarrollar programas de seguimiento pro-tocolizados.

SITUACIONES PERINATALES CAPACES DE CONDICIONAR SECUELAS NEUROLÓGICAS.

Los pacientes que reúnan una o más de las siguientes condiciones, deben ser considerados de ALTO RIESGO Y sometidos a una vigilancia especial de su desarrollo:

- 1.- Peso al nacer menor de 1500 gramos.
- 2.- Peso inferior a -2DS para su edad gestacional.
- 3.- Más de 7 días con examen neurológico anormal.
- 4.- Perímetro craneal superior o inferior a 2 DS.
- 5.- Bilirrubina superior a 25 mg/dl en R.N. término.
- 6.- Distress respiratorio precisando ventilación mecánica.
- 7.- Convulsiones.
- 8.- Apgar 3 o inferior a los 5 minutos.
- 9.- Infección del Sistema Nervioso Central.
- 10.- Patología cerebral en ecografía o TAC.

Sede y Secretaría General:
Villavieja, 11
28001 MADRID

Presidencia:
Servicio de Neonatología
Clínica Infantil "La Paz"
P.º Castellana, 251
28046 MADRID



Sección de Neonatología
Presidente: Dr. J. Quero Jiménez
Secretario: Dr. J. Pérez Rodríguez

Secretaría:
Servicio de Neonatología
Clínica Infantil "La Paz"
P.º Castellana, 261
28046 MADRID
- 27 -

- 11.- R.M. de madre alcohólica o drogadicta.
- 12.- R.M. con hermano afecto de patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia.
- 13.- Hermano gemelo si el otro reúne alguno de los criterios de inclusión.
- 14.- Pacientes afectados de enfermedades congénitas del metabolismo susceptibles de ocasionar déficit neurológico.

Sede y Secretaría General:
Villanueva, 11
28001 MADRID

Presidencia:
Servicio de Neonatología
Clínica Infantil "La Paz"
P.º Castellana, 261
28046 MADRID

* CRITERIOS DE RIESGO SOCIO-FAMILIAR. (Odette Masson).

- Si es muy joven la madre y si está muy preocupada y angustiada.
- Existen trastornos psicossomáticos.
- Boda precipitada, estando embarazada.
- Inmadurez psicológica en ambos. Dificultades para combatir el estress.
- Total inexperiencia en paternidad.
- Ausencia de posibilidad de relación de confianza. Desconfían de todos. Se sienten acorralados.
- Trastornos reaccionales: Deprimidos, desconfiados, violentos.

Si no saben expresar sus necesidades, y no tienen confianza en sí mismos, serán padres maltratantes que no sabrán pedir ayuda a los profesionales.

A veces tienen problemas somáticos debidos a las agresiones que les hicieron a ellos.

Dificultades en la vida profesional porque no han podido desarrollar todo su potencial.

Padecen psicosis o trastornos de personalidad, son personalidades suicidarias.

C) PARTO

3º Como fue: B. M.
Imprevistos Previos: Si (cuales)..... No
Como recibieron la noticia: 1,2,3 (bien, confu. M. expl)
Observaciones.....

D) FASE HOSPITALIZACION

4º Como ha estado el niño: B. R. M.
Tiempo Inc. T. Cuna Quien Nombre: P. M. A. H.
Tiempo hasta que ve al niño. Madre : 1,2,3,4 (horas, 1 día,
2 días, varios).
Tiempo hasta que ve al niño. Padre: 1,2,3,4
Estado físico madre: B. M.
Estado Emocional madre: 1,2,3,4 (A- Con.-De.-Ind.)
Estado Emocional padre: 1,2,3,4 (A-C-D-Indi.)
Quien participa mas: P. M. A. N. Motivos.....
Situación alimenticia: 1,2,3 (Goteo, Materna, Biberón)
Relación E. pareja: 1,2,3 (Compl. Simet. Aisl.)

E) ACTITUDES PARENTALES

5º Interés en participar en cuidados: Si No P. M.
Conductas de Interacción: (Calidad-cantidad): Si: 1,2,3 (P.M.
Am.).
Tienen seguridad en sus cuidados: Si No
Participan los dos en los cuidados: Si No
Creen que pueden influir en el Desarrollo: Si No
Observaciones.....

F) VINCULACION CON LA UNIDAD

B.-R.-M.-Nula.
Confianza en los cuidados que recibe: Si No
Confianza para expresar sus temores: Si No
Preguntan cuando no entienden: Si No
Permanencia en la Unidad: M.-1-2-3 Día: 1/2,-
P.-1-2-3

H) VALORACION SOCIAL

7º Edad: J. M. V. Procedencia: (Madrid-Pueblo-prov.)
Viven solos: Si No Otros. Apoyo /ayuda: Si No
Familia
Observaciones generales e impresión diagnóstica.....
.....

B A S E D E D A T O S

La base de datos utilizada para cada niño, ha sido la siguiente:

N° de Variables = 58.

N° actual de fichas = 233.

1.- NOM. MADRE Índice 45 caracteres.

2.- NUM. HISTOR Índice 7 caracteres.

3.- EDAD.MADRE Número

4.- NIVEL.EDUC Cualitativa 5 categorías:

- 1.- NINGUNO
- 2.- ELEMENTAL
- 3.- MEDIO.BUP
- 4.- UNIV.MEDIO
- 5.- UNIV.SUPER

5.- TRABAJOFUE Cualitativa 2 categorías:

- 1.- SI
- 2.- NO

6.- TRABAJOPAD Cualitativa 2 categorías:

- 1.- SI
- 2.- NO

7.- NIVEL.SOCI Cualitativa 5 categorías:

- 1.- OBRERO
- 2.- OBR.ESPECI
- 3.- TEC.ADMINI
- 4.- UNIV.MEDIO
- 5.- UNIV.SUPER

- 21.- PESO Número.
- 22.- APGAR.I Número.
- 23.- APGAR.II Número
- 24.- TIPO.REANI Cualitativa 3 categorías:
 1.- NADA
 2.- AMBU
 3.- INTUBADO
- 25.- TIPO.ALARM Cualitativa 2 categorías:
 1.- PROBANDO
 2.- TESTIGO
- 26.- TIPO.ALIME Cualitativa 3 categorías:
 1.- MATERNA
 2.- MIXTA
 3.- ARTIFICIAL
- 27.- DIAG.10.1 Indice 6 caracteres.
- 28.- DIAG.10.2 Indice 6 caracteres.
- 29.- DIAG.10.3 Indice 6 caracteres.
- 30.- DIAG.10.4 Indice 6 caracteres.
- 31.- DIAG.10.5 Indice 6 caracteres.
- 32.- ED.INI.INT Número.

40.- CAP.VIS.12 Cualitativa 5 categorías:

- 1.- BUENA
- 2.- NORMAL
- 3.- INMADURA
- 4.- M.INMADURA
- 5.- ALTERADA

41.- CAP.VIS.24 Cualitativa 5 categorías:

- 1.- BUENA
- 2.- NORMAL
- 3.- INMADURA
- 4.- M.INMADURA
- 5.- ALTERADA

42.- LEN.SOC.12 Cualitativa 5 categorías:

- 1.- BUENO
- 2.- NORMAL
- 3.- RETARDADO
- 4.- GESTUAL
- 5.- AUSENTE

43.- LEN.SOC.24 Cualitativa 5 categorías:

- 1.- BUENO
- 2.- NORMAL
- 3.- RETARDADO
- 4.- GESTUAL
- 5.- AUSENTE

44.- MAN.PSIC12 Cualitativa 6 categorías:

- 1.- HIPERSOMNI
- 2.- INSOMNIO
- 3.- ANOREXIA
- 4.- VOMITOS
- 5.- COLICOS
- 6.- E.SOLLOZO

45.- MAN.PSIC24 Cualitativa 6 categorías:

- 1.- HIPERSOMNI
- 2.- INSOMNI
- 3.- ANOREXIA
- 4.- VOMITOS
- 5.- COLICOS
- 6.- E.SOLLOZO

46.- VAL.FAMI12 Cualitativa 3 categorías:

- 1.- ESTABLE
- 2.- INESTABLE
- 3.- ABUELOS

47.- VAL.FAMI24 Cualitativa 3 categorías:

- 1.- ESTABLE
- 2.- INESTABLE
- 3.- ABUELOS

48.- HAB.VIDA12 Cualitativa 2 categorías:

- 1.- ADECUADOS
- 2.- INADECUADOS

49.- HAB.VIDA24 Cualitativa 2 categorías:

- 1.- ADECUADOS
- 2.- INADECUADOS

50.- ACT.PADR12 Cualitativa 4 categorías:

- 1.- ADECUADAS
- 2.- NORMALES
- 3.- SOBREPOTE
- 4.- ANSIE.ANGU

51.- ACT.PADR24 Cualitativa 4 categorías:

- 1.- ADECUADAS
- 2.- NORMALES
- 3.- SOBREPOTE
- 4.- ANSIE.ANGU

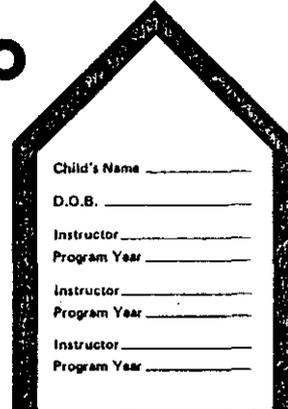
- 52.- VAL.AMB.12 Cualitativa 5 categorias:
1.- BUENA
2.- MALA.N.REC
3.- DISFUNCION
4.- HIPOESTIMU
5.- HIPERESTIM
- 53.- VAL.AMB.24 Cualitativa 5 categorias:
1.- BUENA
2.- MALA.N.REC
3.- DISFUNCION
4.- HIPOESTIMU
5.- HIPERESTIM
- 54.- ESCOLAR.12 Cualitativa 2 categorias:
1.- SI
2.- NO
- 55.- ESCOLAR.24 Cualitativa 2 categorias:
1.- SI
2.- NO
- 56.- TIP.ESC.12 Cualitativa 2 categorias:
1.- GUAR.APARC
2.- E.INFANTIL
- 57.- TIP.ESC.24 Cualitativa 2 categorias:
1.- GUAR.APARC
2.- E.INFANTIL
- 58.- OBSERVACIO Indice 45 caracteres.
- 59.- INT.PRO.12 Cualitativa 6 categorias:
1.- SEG.ANUAL
2.- PAU.EDUCAT
3.- INTER.PREC
4.- INTER.FAMI
5.- INTER.NIÑO
6.- DER.MEC.CO

60.- INT.PRO.24 Cualitativa 6 categorias:

- 1.- SEG.ANUAL
- 2.- PAU.EDUCAT
- 3.- INTER.PREC
- 4.- INTER.FAMI
- 5.- INTER.NIÑO
- 6.- DER.MEC.CO

Portage Project, CESA 12, Box 564, Portage, Wisconsin 53901, U.S.A.

Portage Guide To Early Education



Child's Name _____
D.O.B. _____
Instructor _____
Program Year _____
Instructor _____
Program Year _____
Instructor _____
Program Year _____

S. Blume, M. Shearer, A. Frohman, and J. Hilliard

CHECKLIST

EDAD: 1 - 2 años

TÍTULO: Imita al adulto en tareas simples (sacudir ropa, estender las mantas en la cama, sostener los cubiertos).

QUE DEBE HACERSE:

1. Mediante actividades de juego, enseñe al niño dónde están los objetos de la casa.
2. Anímelo a que recoja y guarde sus juguetes en una caja grande.
3. Déle al niño cosas que puede llevar y muéstrela dónde se guardan.
4. Elógielo cuando le ayude o intenta ayudarlo.
5. Anime al niño a que ayude en las tareas de la casa cuando ya esté familiarizado con la rutina.
6. Cuando esté usted doblando ropa o separándola, dé al niño una servilleta o trapo de limpiar para que lo sacuda e intente doblarlo, mientras usted trabaja. Elógielo por su ayuda.
7. Cuando usted esté limpiando la bañera o el lavabo, deje que el niño enjuague después de que usted los haya lavado con detergente.
8. Anime al niño para que coloque objetos irrompibles (cubiertos, vasos o tazones de plástico) en el fregadero o lavaplatos. Elógielo por ayudar.

EDAD: 1 - 2 años

TÍTULO: Dice su propio nombre o apodo de cariño cuando se le pide.

QUE DEBE HACERSE:

1. Emplee una foto del niño o un espejo y pregúntele: "¿Quién es éste?". Luego dígame al niño su nombre y haga que lo repita.
2. Mencione varios nombres y cuando el niño escuche el suyo él puede aplaudir o ponerse de pie.
3. Pregúntele al niño: "¿Cómo te llamas?". Señálelo o déle palmaditas suaves en el pecho y dígame: "Te llamas ____". Reduzca la ayuda gradualmente susurrándole el nombre al oído o diciendo la primera letra del nombre. Déjelo que termine, diciendo su nombre.
4. Cuando el niño diga su nombre, dígame: "Muy bien, ____", repitiendo el nombre del niño.
5. Esté segura de que, cuando el niño sea mayor, usted se sentirá a gusto usando el apodo de cariño que le da al niño, para llamarlo. Úselo también por su nombre verdadero.
6. Emplee el nombre del niño frecuentemente cuando le dé órdenes, le haga preguntas y en la conversación en general.

EDAD: 2 - 3 años

TÍTULO: Copia un círculo.

QUE DEBE HACERSE:

1. Muéstrela al niño como se dibuja un círculo haciendo movimientos concéntricos toscos en papel para que el niño los copie.
2. Guíele la mano para que haga los movimientos circulares con una crayola. Elogie al niño mientras haga esto.
3. El hacer que el niño haga el movimiento circular con el dedo en el papel, en harina o arena o con pintura le dará práctica adicional antes de que emplee el lápiz.
4. Haga que el niño dibuje alrededor del círculo que usted dibuja, luego anímelo a que haga uno por sí solo. Recompenselo cuando haga "círculos bonitos" dibujando "caritas felices" dentro de ellos.
5. Emplee papel periódico grande para estimular el movimiento de los músculos grandes del brazo antes de reducir el tamaño del papel y enseñarle el movimiento fino de los dedos y la mano.

G R A F I C A S

- Nº 1.- Influencia de la Variable Alarma en el Cociente de Desarrollo a los 12 y 24 meses.
- Nº 2.- Influencia de la Valoración Ambiental en el Cociente de Desarrollo a los 12 meses.
- Nº 3.- Influencia de la Valoración Ambiental en el C.D. a los 24 meses.
- Nº 4.- Influencia de las Actitudes Paternas en el C.D. a los 12 meses.
- Nº 5.- Influencia de las Actitudes Paternas en el C.D. a los 24 meses.
- Nº 6.- Influencia de los Hábitos de Vida en el C.D. a los 12 meses.
- Nº 7.- Influencia de los Hábitos de Vida en el C.D. a los 24 meses.

- N° 8.- Interacción Hábitos por Actitudes. Su influencia en el C.D. a los 12 meses.
- N° 9.- Interacción Hábitos por Actitudes. Su influencia en el C.D. a los 24 meses.
- N° 10.- Interacción Actitudes por Valoración Ambiental. Su influencia en el C.D. a los 12 meses.
- N° 11.- Interacción Actitudes por Valoración Ambiental. Su influencia en el C.D. a los 24 meses.
- N° 12.- Interacción Actitudes (2) por Valoración Ambiental. Su influencia en el C.D. a los 12 meses.
- N° 13.- Interacción Actitudes (3) por Valoración Ambiental. Su influencia en el C.D. a los 24 meses.

T A B L A S

- TABLA I.- X² - Variables Biológicas.
- TABLA II.- t de Student - Variables Biológicas.
- TABLA III.- t de Student - Variables de Desarrollo (C.D.)
- TABLA IV.- X² - Variables de Desarrollo o Intervenciones Educativas.
- TABLA V.- Valores de Significación. Grupo Global (12 y 24 meses).
- TABLA VI.- Valores de Significación a los 12 meses. (Grupo Alto y Bajo Riesgo).
- TABLA VII.- Valores de Significación a los 24 meses. (Grupo Alto y Bajo Riesgo).

C U A D R O S

- A.- Área del Lenguaje y Socialización.
- B.- Intervención Propuesta - 12 meses.
- C.- Intervención Propuesta - 24 meses.

SAS

13:28 WEDNESDAY, OCTOBER 22, 1990

VARIABLE	N	MEAN	STANDARD DEVIATION	MINIMUM VALUE	MAXIMUM VALUE	STD ERROR OF MEAN	SUM	VARIANCE	COV.
-----ALPHA-----									
C012	1	95.00000000	.	95.00000000	95.00000000	.	95.00000000	.	.
C014	1	87.00000000	.	87.00000000	87.00000000	.	87.00000000	.	.
-----ALPHA-PROBANDS-----									
C012	172	76.16278070	8.96697202	50.00000000	110.00000000	0.68242897	16540.000000	80.10199919	8.707
C014	171	97.97076023	8.07059069	55.00000000	143.00000000	0.61717350	16753.000000	65.13443412	8.278
-----ALPHA-TESTIGD-----									
C012	61	99.2490164	5.57570844	87.00000000	112.00000000	0.71369631	6054.000000	31.08552459	5.618
C014	61	95.95891967	4.95781028	87.00000000	112.00000000	0.63478536	6097.000000	24.59087432	4.960

01
02

03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

21
22
23
24
25
26
27
28
29
30

SAS

1401 MONDAY, OCTOBER 25,



C.P.D.

ALABAMA PROBANDS

GENERAL LINEAR MODELS PROCEDURE

DEPENDENT VARIABLE: CD12

SOURCE	DF	SUM OF SQUARES	MEAN SQUARE	F VALUE	PR > F	R-SQUARE	C.V.
MODEL	20	3806.86197509	190.33309875	2.71	0.0004	0.292281	8.7385
ERROR	131	9217.31170916	70.36115808		ROOT MSE	CD12 MEAN	
CORRECTED TOTAL	151	13023.97368421			0.38815582	65.92694211	

SOURCE	DF	TYPE III SS	F VALUE	PR > F	DF	TYPE III SS	F VALUE	PR > F
HAARVID12	1	1127.93167523	16.00	0.0001	1	237.69216036	3.38	0.0683
ACTPAD12	3	472.13355910	2.24	0.0870	3	591.02614790	2.80	0.0472
HABVID12*ACTPAD12	2	74.41521841	0.53	0.5908	2	74.88259923	0.53	0.5908
VALAMB12	4	1194.93613033	4.25	0.0029	4	680.29511651	3.13	0.0111
HABVIC12*VALAMB12	3	140.22534911	0.80	0.4969	3	174.13210677	0.82	0.4824
ACTPAD12*VALAMB12	4	682.81778599	2.43	0.0512	4	711.45505034	2.53	0.0434
HABVID12*ACTPAD12*VALAMB12	3	87.88422332	0.42	0.7416	3	87.88422332	0.42	0.7416

UNIVERSIDAD

COMPLUTENSE DE MADRID

SAS

14401 MONDAY, OCTOBER 25,



CPD.

ALANNA-YESSIQ

GENERAL LINEAR MODELS PROCEDURE

DEPENDENT VARIABLE: CD12

SOURCE	DF	SUM OF SQUARES	MEAN SQUARE	F VALUE	PR > F	R-SQUARE	C.V.
MODEL	14	514.03735432	36.7169902	1.22	0.2985	0.283823	5.5323
ERRR	43	1397.08333333	30.16472808		ACET MSE		CD12 PEAN
CORRECTED TOTAL	57	1911.12068866			5.49224251		99.25862065

SOURCE	DF	TYPE III SS	F VALUE	PR > F	DF	TYPE III SS	F VALUE	PR > F
HABV1012	1	70.64104792	2.32	0.1349	1	100.01827676	2.32	0.1349
ACTPAD12	3	24.62218832	0.27	0.8432	3	69.33614754	0.17	0.5153
HABV1012*ACTPAD12	2	48.78517509	0.81	0.4323	1	29.26592040	0.57	0.3161
VALAMB12	4	345.48594230	2.03	0.1064	4	320.31631724	2.66	0.0452
HABV1012*VALAMB12	2	74.41445253	1.21	0.2921	2	64.93547110	1.08	0.3451
ACTPAD12*VALAMB12	2	48.70873016	0.81	0.4527	2	48.76820016	0.81	0.4527
HABV10*ACTPAD*VALAMB	0	0.00000000			0	0.00000000		

MADRID

DE

COMPLUTENSE

UNIVERSIDAD

CIP-2008-1071-0000 10/25/08

UNIVERSIDAD	VARIABLE	N	MINIMUM		MAXIMUM		STD. ERROR		STUR	VARIANCE	C.D.	
			VALUE	OF REIN	VALUE	OF REIN	VALUE	OF REIN				
MADRID	----- VALAMB12 -----											
	CD12	15	89.60000000	5.01141554	89.00000000	106.00000000	1.28384183	1494.00000000	25.11428511		6.473	
	CD24	15	49.53333333	4.91159949	92.00000000	106.00000000	1.26816953	1493.00000000	24.12360952		6.435	
	----- VALAMB12=1 -----											
	CD12	153	48.56862745	4.30138121	75.00000000	112.00000000	0.50943664	15081.00000000	34.70743034		6.393	
	CD24	153	100.50326797	3.06422440	78.00000000	113.00000000	0.40961829	15377.00000000	25.66637083		6.039	
	----- VALAMB12=2 -----											
	CD12	4	101.25000000	12.28314167	83.00000000	108.00000000	6.10137084	405.00000000	148.91666667		12.052	
	CD24	4	95.50000000	10.21438896	81.00000000	105.00000000	5.10718448	382.00000000	104.33333333		10.496	
	----- VALAMB12=3 -----											
	CD12	22	96.59090909	7.38404983	80.00000000	104.00000000	1.57449791	2081.00000000	54.53896104		7.407	
	CD24	22	85.09090909	6.93444879	75.00000000	106.00000000	1.47842945	2092.00000000	48.08658009		7.292	
----- VALAMB12=4 -----												
CD12	38	89.92105263	11.95573272	50.00000000	109.00000000	1.93947595	3417.00000000	142.93954481		17.296		
CD24	37	91.45945945	11.12703064	55.00000000	107.00000000	1.87292157	3384.00000000	123.81081081		17.166		
----- VALAMB12=5 -----												
CD12	2	105.50000000	0.78716668	105.00000000	105.00000000	6.30000000	211.00000000	0.50000000		0.670		
CD24	2	104.50000000	1.83553391	103.00000000	107.80000000	2.50000000	209.00000000	12.50000000		3.385		

VARIABLE	N	MEAN	STANDARD DEVIATION	MINIMUM VALUE	MAXIMUM VALUE	STD ERROR OF MEAN	SUM	VARIANCE	C.V.
ALARMA+ACTPAD12=2									
CO12	1	95.00000000	.	95.00000000	95.00000000	.	95.00000000	.	.
CO24	1	87.00000000	.	87.00000000	87.00000000	.	87.00000000	.	.
ALARMA+PROBANDO ACTPAD12=									
CO17	13	97.61538462	6.14562450	88.00000000	106.00000000	1.70421221	1269.00000000	37.75641026	6.244
CO24	13	99.64615385	5.38278357	92.00000000	106.00000000	1.49291555	1298.00000000	28.97435897	5.701
ALARMA+PROBANDO ACTPAD12=1									
CO12	7	100.28571429	6.60848088	95.00000000	107.00000000	1.74184202	702.00000000	21.23809524	6.569
CO24	7	100.57142857	6.226793171	89.00000000	108.00000000	2.36901771	704.00000000	39.28571429	6.232
ALARMA+PROBANDO ACTPAD12=2									
CO12	104	96.95238095	9.18294976	50.00000000	110.00000000	0.89618408	10139.00000000	84.32655678	9.911
CO24	104	98.29607692	8.03618009	55.00000000	113.00000000	0.78801229	10223.00000000	84.56019044	8.175
ALARMA+PROBANDO ACTPAD12=3									
CO12	31	95.80645161	7.95160091	76.00000000	106.00000000	1.42814968	2970.00000000	63.22795699	6.700
CO24	31	97.65161290	6.37096910	78.00000000	106.00000000	1.16425983	3021.00000000	60.58424731	6.548
ALARMA+PROBANDO ACTPAD12=4									
CO12	16	91.31250000	11.27166394	60.00000000	101.00000000	2.81915818	1441.00000000	127.16250000	12.366
CO24	16	94.18750000	12.32460277	60.00000000	105.00000000	2.08118069	1307.00000000	191.89483333	13.089
ALARMA+TESTIGO ACTPAD17=									
CO12	2	100.50000000	6.16396193	96.00000000	105.00000000	4.50000000	201.00000000	60.50000000	6.332
CO24	2	96.50000000	2.12132034	95.00000000	98.00000000	1.50000000	193.00000000	6.50000000	2.198
ALARMA+TESTIGO ACTPAD12=1									
CO12	1	103.00000000	.	103.00000000	103.00000000	.	103.00000000	.	.
CO24	1	104.00000000	.	104.00000000	104.00000000	.	104.00000000	.	.
ALARMA+TESTIGO ACTPAD12=2									
CO12	43	99.64444444	5.97782096	87.00000000	112.00000000	0.99112093	4486.00000000	35.73434343	5.999
CO24	43	100.48888889	6.86443220	91.00000000	112.00000000	0.72517655	4572.00000000	23.66466666	4.881
ALARMA+TESTIGO ACTPAD12=3									
CO12	13	97.60000000	6.37670602	90.00000000	105.00000000	1.36403597	974.00000000	19.15455556	6.464
CO24	13	98.30000000	6.14726678	87.00000000	107.00000000	1.96393664	983.00000000	37.78688889	6.754
ALARMA+TESTIGO ACTPAD12=4									
CO12	1	97.33333333	7.30460108	96.00000000	100.00000000	1.33333333	292.00000000	5.33333333	7.373
CO24	1	98.33333333	0.57735021	98.00000000	99.00000000	0.33333333	295.00000000	0.33333333	0.487

VARIABLE	N	MEAN	STANDARD DEVIATION	MINIMUM VALUE	MAXIMUM VALUE	STD ERROR OF MEAN	SUM	VARIANCE	C.V.
ALPHA= . ACTPA012=2 VALAMB12=4									
CO12	1	95.00000000	.	95.00000000	95.00000000	.	95.00000000	.	.
CO24	1	87.00000000	.	87.00000000	87.00000000	.	87.00000000	.	.
ALPHA=PROBAND0 ACTPA012= . VALAMB12= .									
CO12	7	100.27222222	4.17665470	93.00000000	104.00000000	1.39221823	702.00000000	17.44444444	4.147
CO24	7	101.13333333	5.17204022	93.00000000	104.00000000	1.72401341	712.00000000	26.75000000	4.104
ALPHA=PROBAND0 ACTPA012= . VALAMB12=1									
CO12	1	101.00000000	.	101.00000000	101.00000000	.	101.00000000	.	.
CO24	1	103.00000000	.	103.00000000	103.00000000	.	103.00000000	.	.
ALPHA=PROBAND0 ACTPA012= . VALAMB12=3									
CO12	1	89.00000000	.	89.00000000	89.00000000	.	89.00000000	.	.
CO24	1	92.00000000	.	92.00000000	92.00000000	.	92.00000000	.	.
ALPHA=PROBAND0 ACTPA012= . VALAMB12=4									
CO12	7	88.50000000	0.70710678	88.00000000	89.00000000	0.30000000	177.00000000	0.50000000	4.740
CO24	7	95.50000000	2.12132034	94.00000000	97.00000000	1.50000000	191.00000000	4.50000000	2.771
ALPHA=PROBAND0 ACTPA012=1 VALAMB12=1									
CO12	7	100.27871427	4.40846490	95.00000000	107.00000000	1.74184202	702.00000000	21.23809524	4.494
CO24	7	100.437142857	6.26783171	89.00000000	108.00000000	2.36401771	704.00000000	39.26471427	6.237
ALPHA=PROBAND0 ACTPA012=2 VALAMB12=1									
CO12	11	78.57420240	6.44944562	75.00000000	110.00000000	0.60000000	6903.00000000	44.21526702	6.744
CO24	11	100.12743623	4.88189545	91.00000000	113.00000000	0.58171120	6944.00000000	23.83240708	4.837
ALPHA=PROBAND0 ACTPA012=2 VALAMB12=2									
CO12	1	77.66666667	14.43376673	85.00000000	108.00000000	8.33333333	294.00000000	708.33333333	14.542
CO24	1	92.33333333	4.81494458	81.00000000	98.00000000	4.64444444	271.00000000	96.33333333	10.630
ALPHA=PROBAND0 ACTPA012=3 VALAMB12=3									
CO12	11	94.27071429	9.54415476	80.00000000	109.00000000	2.87147123	1034.00000000	82.09000000	10.144
CO24	11	94.26743636	9.06494293	75.00000000	104.00000000	2.73455578	1038.00000000	82.75454545	9.431
ALPHA=PROBAND0 ACTPA012=2 VALAMB12=4									
CO12	21	96.23409524	12.40161494	90.00000000	104.00000000	2.73076491	1894.00000000	156.29047619	13.954
CO24	21	97.31000000	11.13210152	85.00000000	107.00000000	2.44921197	1837.00000000	123.72166671	12.170
ALPHA=PROBAND0 ACTPA012=2 VALAMB12=4									
CO12	1	104.00000000	.	104.00000000	104.00000000	.	104.00000000	.	.
CO24	1	107.00000000	.	107.00000000	107.00000000	.	107.00000000	.	.

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

SAS

14:01 MONDAY, OCTOBER 29,



ALABMA-PROBANDO
GENERAL LINEAR MODELS PROCEDURE

LEAST SQUARES MEANS

ACTPAD12	CD12	LSMEAN
1	MON-EST	
2	MON-EST	
3	MON-EST	
4	ACA-EST	

VALAMB12	CD12	LSMEAN
1	MON-EST	
2	AGR-EST	
3	MON-EST	
4	MON-EST	
5	MON-EST	

ACTPAD12	VALAMB12	CD12	STD ERR	PROB > T	LSMEAN
		LSMEAN	LSERR	DF LSMEAN=0	NUMBER
1	1	MON-EST	+	+	1
2	1	98.279701	1.379274	0.0	2
2	2	161.718000	5.136675	0.0001	3
2	3	94.714786	2.628717	0.0001	4
2	4	94.789476	4.303033	0.0001	5
2	5	MON-EST	+	+	6
3	1	96.198709	1.818414	0.0	7
3	3	MON-EST	+	+	8
3	4	92.900000	5.136675	0.0001	9
4	1	95.928971	2.891889	0.0001	10
4	4	99.900000	5.931322	0.0001	11
4	5	11.290000	5.196437	0.0001	12

FROM > |T| NO: LSMEAN(F)=LSMEAN(J)

I/J	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1
2
3	.	0.5152	0.2319	0.4413	.	0.3676	.	0.2792	0.4646	0.6335	0.0001	.
4	.	0.2717	0.2249	0.3508	.	0.3041	.	0.2052	0.3253	0.2650	0.0001	.
5	.	0.4413	0.3508	0.4993	.	0.4590	.	0.7018	0.7566	0.8518	0.0001	.
6	0.7331	0.8265	0.8866	0.0006	.
7	.	0.3476	0.3641	0.6590	0.1749	.	.	0.5067	0.9535	0.6725	0.0001	.
8
9	.	0.2792	0.2652	0.7618	0.7731	.	0.5067	.	0.5119	0.8588	0.0041	.
10	.	0.4646	0.3253	0.7566	0.8765	.	0.9135	.	0.5619	0.7435	0.0001	.
11	.	0.6339	0.2650	0.8518	0.8866	.	0.8725	.	0.8948	0.7135	0.4053	.
12	.	0.0001	0.0001	0.0001	0.0006	.	0.0001	.	0.0043	0.0001	0.0023	.

C:\MSOFT\SAS\DATA\SAS

SAS
 ALPHA-FREEDANO
 GENERAL LINEAR MODEL PROC GLM

LEAST SQUARES MEANS

ACTPARI1	CD24
	LSMEAN
1	NON-EST
2	NON-EST
3	NON-EST
4	NON-EST

VALAIME12	CD24
	LSMEAN
1	NON-EST
2	NON-EST
3	NON-EST
4	NON-EST
5	NON-EST

ACTPARI2	VALAIME2	CD24 LSMEAN	STD ERR LSMEAN	PROB > T C LSMEAN+0	LSMEAN NUMBER
1	1	NON-EST	-	-	1
2	1	105.188756	1.148827	0.0	2
2	2	91.250100	4.278422	0.001	3
2	3	95.353771	2.185552	0.0	4
2	4	98.972272	3.585047	0.001	5
2	5	NON-EST	-	-	6
3	1	92.388489	1.514604	0.0	7
3	2	NON-EST	-	-	8
3	3	93.250000	4.278422	0.001	9
3	4	95.419648	2.410618	0.001	10
3	5	98.360000	4.946257	0.001	11
4	1	93.000000	4.278422	0.001	12

FROM > |T| NO: LSMEAN11+LSMEAN12

1/2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1
2	.	0.1491	0.1468	0.0108	0.1464	.	0.1470	.	0.1200	0.2330	0.4650	0.0001
3	.	0.0166	0.1470	0.1470	0.1415	.	0.1086	.	0.5143	0.2342	0.1746	0.0001
4	0.1470	0.1470	0.1470	0.1415	.	.	0.2487	.	0.6659	0.1874	0.0251	0.0001
5	.	.	0.1470	0.1415	.	.	0.0812	.	0.3074	0.0873	0.1162	0.0001
6
7	.	0.1470	0.1470	0.1415	0.1415	.	.	.	0.2596	0.0614	0.1115	0.0001
8	0.2596	.	.	0.1515	0.1150	0.0011
9	.	0.1470	0.1470	0.1415	0.1415	.	0.1470	.	0.1465	.	0.2714	0.0001
10	0.1465	.	0.1115	0.0005
11	.	0.1470	0.1470	0.1415	0.1415	.	0.1470	.	0.1465	0.1115	.	0.0005
12	.	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	.	0.0001	.	0.0001	0.0001	0.0001	.