



Vol. 15 No. 3

Septiembre de 2012

TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

Yolanda Guevara Benítez¹

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

En este escrito se abordan algunos aspectos generales que los profesionales de la salud han de considerar cuando se incorporen en un equipo de trabajo para atender a personas con necesidades educativas especiales. Se aborda la definición de discapacidad y de necesidades educativas especiales, enfatizando el tipo de factores que intervienen en el desarrollo integral de un individuo considerado como un ser integral biológico, psicológico y social. Se expone que cuando existe un retardo durante el desarrollo psicológico suele hablarse de retardo mental, y que en términos legales a esto se le conoce como discapacidad intelectual. En cumplimiento de las leyes y disposiciones nacionales e internacionales, todos los profesionales hemos de basarnos en la tipología o clasificación oficial, que hace alusión al término discapacidad. Sin embargo, reiteramos enfáticamente, este retardo en el desarrollo psicológico es el producto de la conjunción de las limitaciones biológicas y las culturales, no puede ubicarse como el producto de una "mente" retardada o una discapacidad personal. Se presentan los principales datos sobre discapacidad en México, de acuerdo al censo del INEGI 2010, que fundamentan socialmente la importancia de la educación especial. Se argumenta sobre la relevancia del trabajo multidisciplinario y la

¹ Profesor titular C de tiempo completo, de la Carrera de Psicología. Área de Educación Especial.
Correo electrónico: yolaguevara@hotmail.com

necesidad de romper barreras entre los diferentes profesionales que atienden a estas poblaciones.

Palabras clave: discapacidad, educación especial, multidisciplinaria, retardo en el desarrollo, intervención.

MULTIDISCIPLINARY WORK FOR THE CARE OF PEOPLE WITH SPECIAL NEEDS

ABSTRACT

This paper will address some general issues that health professionals should consider when incorporated into a working team to assist people with special educational needs. It also addresses the definition of disability and special educational needs emphasizing the type of factors involved in the individual development considered as a comprehensive biological, psychological and social being. It is assumed that the existence of a delay during the psychological development is often known as mental retardation, and in legal terms this is known as intellectual disability. In compliance with the national and international laws, all professionals should rely on the typology or official classification regarding the term disability. We posit, however, that this retardation in psychological development is *the product of the combination of biological and cultural constraints* and thus, it cannot be addressed as the product of a "retarded mind" or personal disability. The main data on disability in Mexico, according to 2010 INEGI census is shown, underlying socially the importance of special education. It is also argued for the importance of multidisciplinary work and the need to break down barriers among different professionals who attend these populations.

Key words: disability, special education, multidisciplinary, development retardation, intervention.

DISCAPACIDAD Y NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

Como han señalado diversos autores (Hernández, 1995; Ortiz, 1995), desde el principio de la historia de la humanidad se han marcado diferencias entre las personas, con base en sus capacidades básicas. Es por ello que, en las diferentes culturas y comunidades, las personas ubicadas con algún tipo de discapacidad han sufrido un trato desigual por parte de los miembros de la comunidad que se consideran normales. Este trato ha ido cambiando paulatinamente a lo largo de los siglos, en especial durante finales del XX y los años transcurridos del XXI. Actualmente, al menos en el mundo occidental y a nivel legal, se reconoce que

todas las personas tienen derecho a ser respetadas como individuos, así como a recibir los servicios de salud y educación de acuerdo a sus necesidades.

Las personas con necesidades educativas especiales son aquellas que, por sus características biológicas, culturales y psicológicas no han logrado adquirir los niveles de desarrollo conductual –de habilidades y competencias- adecuados a su edad y grupo social. Y que, dadas estas características, para la atención de su salud y educación requieren la administración de servicios especiales.

Dentro de las limitaciones biológicas u orgánicas pueden ubicarse, entre las más importantes: las sensoriales, como sordera o hipoacusia y ceguera o debilidad visual; las alteraciones del aparato locomotor; las alteraciones cromosómicas, como el síndrome de Down; los problemas a nivel de sistema nervioso central (SNC), como la parálisis cerebral infantil, la microcefalia, algunos trastornos del lenguaje y diversos daños neurológicos que pueden limitar diversas funciones intelectuales, motoras, sensoriales y lingüísticas, así como diversas enfermedades de índole endocrino-metabólico y deficiencias nutricionales.

Las limitaciones culturales son aquellas que provienen del ambiente físico y social en el cual crecen las personas. En psicología se maneja el término “privación cultural” para denominar aquellas deficiencias cognoscitivas y lingüísticas que se presentan en niños que crecen en ambientes con poca o nula estimulación para el desarrollo de diversas habilidades y competencias de lenguaje e intelectuales; casi siempre, aunque no de forma exclusiva, la privación cultural se presenta en ambientes de marginación y extrema pobreza. “La marginación se refiere a todas las circunstancias que acompañan a la pobreza, por ejemplo: vivienda ruinosa, hacinamiento, familias desechas y carencia general de oportunidades culturales. Se refiere también a las características que acompañan a la pobreza y que contribuyen a un desarrollo infantil deficiente: mala salud y nutrición, cuidados maternos deficientes, ambiente psicosocial restringido (pocos juguetes, paseos e interacciones familiares, particularmente de tipo lingüístico), hábitos de lenguaje con códigos restringidos y pocos intervalos comunicativos, o estilos de vida familiar que pueden exponer a los niños a peligros, agresiones y rechazo. También es común que las poblaciones

marginadas sufran carencias educativas y de diversos tipos” (Guevara, Ortega y Plancarte, 2005, p. 23). En estas poblaciones de niños pueden encontrarse retrasos moderados en el desarrollo psicológico, específicamente en el desarrollo lingüístico y académico.

Otro caso de limitación cultural, igualmente dramático por su frecuencia y su impacto, está dado por el abandono de los esfuerzos educativos de los padres y familiares de niños que sufren algún tipo de discapacidad física e incluso con desnutrición y bajo peso al nacer. Pineda (1987) explica que los niños desnutridos, al tener menores niveles de actividad que los niños normales, son menos demandantes con sus madres y cuidadores, por lo que reciben menos estimulación de su ambiente físico y social, y ello puede generar un retardo en el desarrollo. Además, una amplia revisión de investigaciones en el campo (Guevara, 1992; Ortega, 1993) permite afirmar que la presencia de un daño físico severo o un diagnóstico médico de “retardo mental” hacen que la familia sufra un gran impacto, que modifica completamente sus expectativas y altera todo el ambiente familiar; ello puede traducirse en un abandono (temporal o permanente) de los esfuerzos educativos de la madre y cuidadores hacia ese niño en particular, en sobreprotección, en descuido e incluso en maltrato físico o psicológico. Desde luego, esas reacciones variarán de una familia a otra.

Las limitaciones biológicas y las culturales, al conjuntarse, suelen dar por resultado un desarrollo psicológico retardado que se observa como un nivel de desarrollo por debajo de lo normal en una o varias áreas conductuales: motricidad gruesa y fina, auto-cuidado, nivel de atención y otros repertorios básicos para el aprendizaje (imitación, discriminación, seguimiento de instrucciones), lenguaje y habilidades cognoscitivas o de tipo intelectual.

Para obtener un parámetro de *desarrollo normal* se sigue como procedimiento observar y registrar, en grandes poblaciones infantiles, el nivel de habilidad que los niños muestran en cada una de las áreas conductuales mencionadas, y se delimita lo que la mayoría de los niños ha desarrollado en cada edad o periodo de desarrollo. Así se obtiene lo que se denomina una escala de desarrollo normal del niño, por edad. Cuando un niño no ha desarrollado un nivel

normal en una o varias de esas áreas conductuales, se puede decir que su desarrollo es retardado (Damián, 2003).

Es importante aclarar que, si el niño crece sin haberse desarrollado plenamente en todas y cada una de las áreas conductuales durante los periodos de edad tempranos, es altamente probable que durante los periodos siguientes “acumule” retrasos. Pongamos el siguiente ejemplo: durante el primer año de vida el niño normalmente desarrolla una serie de habilidades pre-lingüísticas como el juego vocal, el balbuceo, el reconocimiento de objetos y personas por su nombre, así como la interacción social con sus cuidadores a través del juego con sonidos y gestos comunicativos, todo lo cual permite que para finales del primer año esté en condiciones de emitir sus primeras palabras; sobre dichas bases, para el segundo año de vida el desarrollo normal del lenguaje prevé una comunicación fluida por parte del niño con los adultos, comprendiendo el significado de frases completas y emitiendo alrededor de 300 palabras. Continuando con el ejemplo: si el niño X a los 12 meses de vida no ha desarrollado las habilidades pre-lingüísticas mencionadas, difícilmente estará en condiciones de emitir sus primeras palabras y su retraso en el desarrollo será evidente, pero si su nivel de desarrollo continúa a baja tasa, cuando tenga 24 meses de edad será aún más difícil que haya desarrollado la comprensión de frases y la emisión de 300 palabras. Si el niño sigue creciendo con las mismas limitaciones biológicas y culturales que generaron esos primeros retrasos, su déficit en el desarrollo será cada vez más pronunciado, generalizado y limitante.

Este tipo de casos de retardo “acumulado” o “generalizado” durante el desarrollo psicológico es el que presentan muchos niños (y personas en diferentes edades) a quienes se les conoce comúnmente como “retrasados mentales” y que en términos legales sufren una “discapacidad intelectual”. En cumplimiento de las leyes y disposiciones nacionales e internacionales (Ley General para la inclusión de las personas con discapacidad), todos los profesionales hemos de basarnos en la tipología o clasificación oficial, que hace alusión al término discapacidad. Sin embargo, reiteramos enfáticamente, este retardo en el desarrollo psicológico es e/

producto de la conjunción de las limitaciones biológicas y las culturales, no puede ubicarse como el producto de una “mente” retardada o una discapacidad personal.

Lo que sí se ha ganado en esa evolución de conceptos es que, para abarcar a todos los casos hasta aquí descritos, y de manera cada vez más universal, se utiliza el término de personas con necesidades educativas especiales. Si se observan las Tablas 1-3 (ver anexo), es posible percatarse de la gran cantidad de personas que presentan algún tipo de discapacidad en México. Aunque, es importante aclarar, no todas ellas pueden considerarse como personas con necesidades educativas especiales; generalmente entran en esa categoría los niños y adolescentes, aunque en algunos casos pueden considerarse algunos adultos. De cualquier modo, observando la distribución de la discapacidad por tipo y edad, son muchas las personas que requieren esfuerzos educativos especiales, lo que convierte a dicha población en un importante sector de nuestra sociedad.

ASOCIACIÓN DE FACTORES Y ASOCIACIÓN DE DISCIPLINAS

Como ya fue esbozado en párrafos anteriores, el desarrollo de una persona no depende de factores aislados. El ser humano es tan complejo, y requiere desarrollar tantas habilidades a lo largo de su vida, que no puede ubicarse el peso específico o relativo que tiene cada uno de los factores que influyen en él.

Durante muchos siglos los estudiosos de las disciplinas del campo de la biología, la salud, la educación, la sociología y la psicología mantuvieron interminables debates para intentar probar que la conducta humana compleja y sus capacidades están determinadas en mayor medida por: 1) el legado biológico de la especie, 2) la herencia familiar, 3) el estado de salud que determina el funcionamiento biomédico del cuerpo humano, 4) el desarrollo de zonas específicas del cerebro, 5) la evolución cultural de la especie, 6) las condiciones culturales que están presentes, 7) los métodos de enseñanza que se utilicen en la crianza, 8) los estados emocionales del individuo en desarrollo, o 9) las formas de interacción familiar, entre otros aspectos.

Cada disciplina intentaba argumentar de manera irrefutable que el aspecto por ella estudiado era el más importante para comprender al ser humano, para dar

cuenta de sus capacidades y para explicar sus desviaciones. De este modo surgieron polémicas ya famosas en la historia del desarrollo científico, entre las que destaca la controversia herencia-ambiente. Quienes señalaban que la conducta y las capacidades humanas tenían un sustento casi exclusivamente biológico señalaban que las personas heredaban capacidades intelectuales de la misma manera como heredaban características físicas como la estatura, la complexión o el color de los ojos. Por ello, cuando se deseaba explicar las desviaciones en el desarrollo de un individuo se recurría al diagnóstico de un daño físico o una discapacidad biológica. Por el otro lado, quienes señalaban que la conducta y las capacidades humanas eran el producto del ambiente educativo familiar y cultural en el que se desarrolla un individuo, buscaban explicar las desviaciones basados en las características físicas y sociales del ambiente de crianza.

En la actualidad, debates como el mencionado han perdido interés y vigencia. Pero del conocimiento generado con los avances de las diferentes disciplinas científicas ha quedado claro que el desarrollo que cada ser humano logre en cada área de su vida, es decir sus habilidades y competencias, son producto de la interacción de un conjunto de factores de índole biológico y médico, con otro conjunto de factores de naturaleza cultural-social y educativa; a ese desarrollo de habilidades, competencias y conductas característicamente humanas se le denomina desarrollo psicológico. Entonces, la evolución del conocimiento científico de diversas disciplinas ha cristalizado en el actual concepto de ser humano como un ser integral biológico-psicológico-social.

Por todo lo anterior, cuando el profesional de una disciplina particular se aboca al estudio y atención de los problemas presentados por un individuo en particular, puede requerir de ciertos conocimientos de otras disciplinas afines, para poder determinar si ese individuo requiere de la intervención de más de un profesional. Esto es muy importante cuando nos referimos a servicios de salud y educación, y de manera particular cuando tales servicios se brindan a personas con necesidades educativas especiales, al menos por dos razones:

1. Si quien recibe al paciente para su atención es un profesional del campo médico (carrera de medicina, enfermería u optometría) seguramente será consultado para atender un problema orgánico nutricional, sensorial, motriz, o cualquiera de los señalados como limitaciones biológicas u orgánicas. Este profesional, además de atender su campo biomédico, deberá ser capaz de detectar si el niño vive en un ambiente que pueda considerarse “de riesgo”, porque no está siendo estimulado para su aprendizaje y porque no recibe la atención y cuidados necesarios para su desarrollo biológico, psicológico y social. Parece claro que, conociendo los factores que son necesarios para lograr el desarrollo infantil, todo profesional de la salud debe asumir la responsabilidad de tratar aquellos aspectos médicos que sean pertinentes para aminorar los efectos de las limitaciones biológicas; pero además, debe remitir a dichos pacientes hacia los servicios psicológicos y educativos que disminuyan el riesgo ambiental de privación cultural y/o de abandono educativo que puede propiciar la presencia de la discapacidad física.

2. Si quien recibe al paciente es un psicólogo, ocurrirá el caso contrario, será consultado para guiar su educación especial y su desarrollo psicológico. Pero este profesional deberá estar consciente de la necesidad de que el niño sea evaluado en su funcionamiento biomédico, y de que sea atendido por profesionales de la salud para aminorar los efectos de un problema neurológico, sensorial, nutricional o cualquiera de los antes mencionados.

Los profesionales de la salud y la educación cumplirán un buen papel si toman en cuenta que el desarrollo individual integral consiste en la adquisición de habilidades gradualmente más complejas, en donde intervienen condiciones como las mencionadas por Atkin, Supervielle, Sawyer y Canton (1987):

- De tipo biológico: un cuerpo sano y completo, sin alteraciones, impedimentos o limitantes.

- De tipo ambiental: un ambiente favorable que incluya una alimentación adecuada, brindada con paciencia y cariño; prácticas higiénicas y cuidados de salud apropiados en el hogar; personas afectuosas que convivan con el niño en

desarrollo; oportunidades de aprender y de conocer el mundo que le rodea; comunicación con personas que lo escuchen y entiendan lo que necesita; libertad de movimiento y ejercicio corporal, tiempo y espacio para jugar.

Los términos *desventaja biológica* y *riesgo ambiental* hacen referencia a aquellos casos en que uno de los dos tipos de problema está presente. Y en los dos puede ubicarse un mayor o menor impacto, dependiendo de la gravedad del problema y de la interacción entre ambos.

Si hay una desventaja biológica moderada (incluso en algunos casos de alteraciones genéticas, e impedimentos físicos o sensoriales), los niños logran desarrollarse psicológicamente de mejor manera si sus familiares les proporcionan las condiciones ambientales y educativas que requieren. Si esa desventaja biológica se acompaña de un abandono educativo o de una estimulación inadecuada, lo que originalmente fue un problema moderado puede convertirse en un retardo en el desarrollo integral cada vez más severo.

También puede darse el caso contrario, un bebé que nazca sano y sin desventajas biológicas, puede verse limitado por una mala nutrición y por falta de estimulación ambiental adecuada. “Un medio ambiente que no proporciona las oportunidades necesarias para aprender y desenvolverse, puede causar problemas serios en el desarrollo, aún en un niño normal. En el caso de chicos con desventajas (físicas o biológicas), el efecto de un medio desfavorable es todavía más grave. En la actualidad, en los países latinoamericanos, miles de niños nacen con desventajas biológicas o crecen en ambientes desfavorables. Por eso, muchos de ellos no llegan a desarrollar plenamente sus capacidades...” (Atkin et al, 1987, p. 200). Este panorama hace necesario que los profesionales de la salud y la educación vigilen el desarrollo integral de los niños, para lograr:

- Enseñar y motivar a los padres para que proporcionen a los niños los estímulos necesarios y de la manera adecuada.
- Identificar a los niños con mayor riesgo de presentar problemas de desarrollo.

- Identificar tempranamente a los niños con desventajas y problemas de índole biológica para que reciban servicios de salud y educación.

SERVICIOS DE SALUD Y EDUCACIÓN

Como puede deducirse de los planteamientos anteriores, la atención de la salud y la educación de las personas con discapacidades físicas y necesidades educativas especiales no es un campo exclusivo de una disciplina en particular. Corresponde a diversos profesionales la atención integral de esta población. “La necesidad de trabajo en equipo interdisciplinar en una determinada organización (servicio o programa), junto con la necesidad de coordinación interinstitucional para favorecer la eliminación o la solución de las deficiencias psicobiológicas y/o psicológicas-comportamentales y/o sociales en personas y grupos, es reconocida por la gran mayoría de los profesionales de los distintos campos de la ciencia... La intercausalidad de las minusvalías, discapacidades y deficiencias han hecho que el abordaje de estos problemas tenga cada vez más un carácter interdisciplinar” (Durán, Delgado y Dengra, 1995, p.1201). Según los autores citados, la intervención interdisciplinar y multiprofesional en este campo se justifica desde tres ámbitos:

1. La concepción actual de salud, definida por la Organización Mundial de la Salud como “un estado de bienestar completo, físico, psíquico y social, y no solamente ausencia de enfermedad o de invalidez”.
2. La multicausalidad bio-psico-social de la discapacidad.
3. Niveles de intervención profesional con esta población: prevención, detección, evaluación e intervención; a nivel familiar, educativo, laboral y social.

La intervención profesional con esta población implica sumarse a dos principios estrechamente relacionados: normalización e integración. Principios que fueron planteados para lograr la normalización de las personas con discapacidad, en todos los ámbitos de su vida, con vías a la integración familiar, en los primeros años de vida, y a la posterior integración escolar y laboral. El fin último es lograr la

integración social de estas personas, a lo largo de toda su vida. Sin embargo, es importante aclarar, como lo hacen Durán *et al.* (1995), que el principio normalización-integración no significa tratar a todos los individuos por igual, independientemente de sus diferencias y necesidades individuales, sino proporcionarles los recursos que les permitan satisfacer sus necesidades como personas. Ello se hace posible únicamente con una aproximación pluriprofesional, puesto que la integración abarca todos los aspectos de la vida y todas las áreas del comportamiento, con la implicación de proporcionar los recursos que requiere cada individuo en cada uno de los ámbitos y momentos de su desarrollo.

Diversos autores (Galindo, 2009; Guevara *et al.*, 2005) han adoptado el punto de vista interconductual, planteado por autores como Bijou y Dunitz (1981), que define al desarrollo como “los cambios progresivos en las formas específicas de interacción entre un individuo total funcionando biológicamente y el ambiente que le rodea”. Ese desarrollo implica siempre un cambio con fines adaptativos, una evolución hacia niveles cada vez más complejos de comportamiento, que considera al individuo como un todo. “Dar mayor o menor peso a alguna de estas variables de forma aislada nos llevará a distintas concepciones, y consiguientemente, a distintas formas de actuación. Si consideramos las variables biológicas como determinantes de la conducta alterada o no alterada, nuestra actuación irá dirigida al estudio y cambios de esas variables biológicas. Si por el contrario consideramos que son los aspectos ambientales los realmente importantes, tenderemos a cambiar éstos, proveyéndonos de los recursos sociales necesarios. Ambas posturas obedecen a un enfoque parcial (...) El organismo y su ambiente forman un todo indivisible donde lo característico son las interacciones específicas e individuales, continuas e interdependientes, y que van a ser los determinantes de su conducta, tanto normal o adaptativa como desadaptativa” (Durán *et al.*, p. 1210).

La evolución interactiva, es decir, el desarrollo de un individuo, se produce a diferentes tasas o velocidad, dependiendo de las condiciones socioculturales y biológicas del desarrollo. Tales condiciones pueden acelerar, facilitar, dificultar o retardar el desarrollo de un individuo. Por ello, la atención de las personas con

necesidades educativas especiales implica una gran variedad de estrategias y recursos, que deben ajustarse a tales necesidades. La provisión de recursos involucra a diferentes instituciones y disciplinas, actuando a diversos niveles.

La multidisciplinariedad o pluridisciplinariedad se entiende como la actividad práctica de diferentes disciplinas sobre un mismo problema u objeto, actuando en diferentes características del mismo, mientras que la interdisciplinariedad se refiere al intercambio y la integración recíproca entre varias ciencias que da como resultado el enriquecimiento mutuo. Para la atención de las personas con necesidades educativas especiales, lo ideal sería conformar, a través de diversas instituciones educativas y de salud, equipos de trabajo interdisciplinario con la participación de un grupo de médicos, optometristas, odontólogos, enfermeros y terapeutas físicos para atender las necesidades de salud física de los pacientes; al mismo tiempo que un equipo de psicólogos, terapeutas del lenguaje, pedagogos, profesores y trabajadores sociales atienden sus necesidades familiares y educativas. Ese gran equipo de trabajo tendría que trabajar de manera coordinada y conjunta. Sin embargo, este tipo de trabajo está muy lejos de ser posible en un país como México, en el que las instituciones educativas y de salud están divididas, y en el que la atención se brinda por un profesional a la vez.

Sin embargo, es viable proponer que los profesionales de la salud y la educación encaminen sus esfuerzos a conocer los aspectos más importantes de las disciplinas que pueden participar en la atención de esta población, para tener un panorama amplio de la problemática y remitir cada caso a los profesionales idóneos. En este esquema multidisciplinar no se puede hablar de una atención integral –como se daría con una atención interdisciplinaria–, pero al menos podría actuarse sobre diversos factores que influyen en el desarrollo del individuo y se disminuiría la gravedad del problema.

NIVELES DE INTERVENCIÓN

El análisis de las necesidades de esta población se puede realizar desde diferentes niveles de intervención, que incluyen la prevención primaria, la

prevención secundaria y la intervención a través de programas de educación y rehabilitación (a lo que también se le denomina intervención terciaria).

La *prevención primaria* se refiere a las acciones encaminadas a evitar la aparición de un problema, que se traducen en: 1) conocer las condiciones biológicas, socioculturales, conductuales y de historia de interacción, asociados con el retardo en el desarrollo o la discapacidad; 2) determinar los grupos de riesgo dentro de la población general; 3) determinar los factores de riesgo de la población hacia la que va dirigida nuestra intervención; 4) conocer y disponer de los medios para llevar a cabo el plan de intervención; 5) ejecutar el plan de prevención establecido, y 6) evaluar los resultados obtenidos. Como señalan Durán y colaboradores, para realizar estas funciones se requiere llevar a cabo investigaciones que arrojen datos acerca de los factores etiológicos y factores de riesgo, así como otras dirigidas a comparar diferentes programas de prevención para medir su grado de efectividad con poblaciones determinadas. También es necesario llevar a cabo una educación para la salud que permita prevenir la aparición de *desventajas biológicas* y de factores de *riesgo ambiental*.

Entre las estrategias médico-biológicas de promoción de la salud pueden ubicarse: campañas de vacunación, exámenes y consejo genético, control médico del embarazo, asesoría en higiene y alimentación, control y evitación de enfermedades y accidentes asociados con discapacidades, atención pre, peri y posnatal de los bebés. Entre las estrategias psico-sociales de prevención primaria se encuentran: la evaluación y detección de factores de riesgo ambiental, determinados por condiciones de marginación. Ello permitirá dirigir programas de intervención y asesoría familiar para disminuir algunos de estos factores de riesgo ambiental. Si bien no será posible para el psicólogo combatir la pobreza extrema, sí puede remitir a la familia hacia los servicios que le provean consejo de salud y nutrición; también puede promover directamente: cuidados maternos más eficientes, ambientes psicosociales más amplios, interacciones familiares encaminadas a favorecer el desarrollo integral del niño, mejorar los niveles lingüísticos e intelectuales, y advertir sobre los efectos de estilos de vida familiar que puedan generar problemas en el desarrollo infantil.

La *prevención secundaria* se refiere a la detección temprana de las desventajas biológicas y/o de los factores de riesgo ambiental. Esa detección permitirá poner en práctica una de las mejores estrategias de que se dispone para la atención de estas poblaciones: la estimulación temprana. Ésta se refiere a un conjunto de acciones preventivas y multidisciplinarias tendientes a evitar o paliar los efectos de distintas deficiencias, sea cual sea su origen.

“Toda detección precoz debe atender a los aspectos biológicos y ambientales (...), a la identificación precoz de anomalías biológicas, así como a la determinación de ambientes inadecuados. Dentro de la detección precoz de aspectos biológicos tendríamos que contar con el diagnóstico prenatal, la exploración del recién nacido, así como con la realización de exámenes periódicos de salud a lo largo de la vida. La detección de ambientes inadecuados debe ir dirigida, por un lado, a la identificación de las condiciones físicas y socioeconómicas relacionadas con retraso, así como a la evaluación del tipo de interacciones, evaluando los productos conductuales del individuo a través de evaluaciones periódicas con escalas o tests de desarrollo, o cualquier otro tipo de pruebas que se estimen oportunas. La detección precoz eficaz permitirá la implantación de buenos programas preventivos de estimulación precoz, cuya eficacia está demostrada tanto en los casos de riesgo ambiental o biológico, como en las patologías documentadas” (Durán *et al.*, p. 1227).

Azua (1995) señala que la estimulación temprana en el campo de la fisiología implica la activación de los órganos de los sentidos o sistema nervioso por cualquier agente físico, químico, mecánico o de otra índole; y en el campo de la psicología se refiere a la acción que tiene lugar dentro o fuera de un organismo y que provoca una respuesta en el mismo, y sus elementos básicos son el estímulo y la respuesta. Así, la estimulación temprana se conforma como el primer eslabón del proceso de rehabilitación. El autor aclara que este tipo de servicios muy frecuentemente se llevan a cabo con un equipo multidisciplinario que se integra por iniciativa de organizaciones de padres de familia, y que la acción de los padres resulta fundamental en el logro de sus objetivos. “Es difícil imaginar un servicio de estimulación sin la participación activa de los padres. La compenetración entre

éstos y los profesionales da, en esta etapa del proceso rehabilitador, excelentes resultados (...). En esta etapa de la vida del niño, la atención y el apoyo psicológico a los padres resulta fundamental, porque el desarrollo futuro del niño y su evolución posterior van a depender, en buena medida, del ambiente familiar que lo rodee, de cómo vivan la deficiencia los padres y hermanos y, en menor medida, el resto de la familia" (p. 1127). Una ventaja adicional de llevar a cabo la estimulación temprana en el contexto de las asociaciones de padres de familia, es que los padres que llevan tiempo integrados en el trabajo ayudan a los profesionales del equipo en la formación de los padres recién integrados, y algunos de ellos se convierten en excelentes asesores y consejeros.

La *intervención terciaria* incluye la evaluación y la aplicación de estrategias de intervención. Una vez establecida una limitación biológica y/o un problema de retardo en el desarrollo psicológico, es necesario evaluar e intervenir a través de programas educativos y de rehabilitación. Según lo señalan Guevara *et al.* (pp. 37-38), la evaluación debe incluir los aspectos siguientes:

1. Características biológicas del niño: cómo ha sido su desarrollo físico, qué enfermedades ha sufrido, qué factores biológicos, y particularmente neurológicos, pueden estar afectando su desarrollo psicológico, qué características físicas presenta actualmente (en apariencia y en aspectos médicos) y qué tratamiento médico puede recibir para remediar o paliar sus limitaciones de tipo biológico.

2. Particularidades del ambiente físico donde se desenvuelve el niño: cómo es su casa, en qué zona se encuentra, con qué servicios cuenta, qué dimensiones y distribución presenta el espacio. En general, debe evaluarse qué tan seguro es el ambiente físico en que vive el niño, y qué tan adecuado es para favorecer el desarrollo psicológico, en términos de ruido, iluminación, espacio, mobiliario y posibilidades para interactuar con objetos y juguetes.

3. Características del ambiente familiar: cómo son las rutinas familiares, cómo es percibido el niño e integrado a la vida familiar, cuánto tiempo se involucran los familiares con él de manera directa, qué tanto se adaptan las estrategias educativas de la familia a las necesidades del niño, cuánto tiempo

pasa el pequeño solo o aislado dentro de la casa, qué modelos de conducta recibe y qué formas específicas de interacción muestra con cada miembro de la familia.

4. El grado de desarrollo conductual del niño: qué habilidades ha desarrollado, qué tanto se adaptan sus conductas a las necesidades de su medio, qué conductas perturbadoras muestra. En general, qué tanto se desvía su desarrollo de lo considerado normal.

La evaluación de estos aspectos permitirá encaminar acciones sistemáticas para la intervención en la salud y la educación de la persona con necesidades educativas especiales, a través de: 1) la disminución o desaparición de las limitaciones de tipo biológico, 2) la programación y puesta en práctica de un programa educativo dirigido a favorecer el desarrollo psicológico del niño, a través de la modificación y adaptación de las condiciones que se detecten como inadecuadas, 3) el mejor tratamiento de las necesidades médicas del paciente sin que ello represente un problema para el profesional de la salud que lo atiende, y 4) la integración de la familia en un tratamiento, lo más integral posible, encaminado a la normalización e integración del individuo.

En los tres niveles de intervención -prevención primaria y secundaria, así como en la intervención que implica estrategias de rehabilitación-, es absolutamente necesaria la participación colaborativa entre profesionales. No está de más señalar que esa colaboración no es una tarea fácil. Cada profesional es formado, como bien señala Varona (2005), en el marco exclusivo de una disciplina, lo cual puede limitar el desarrollo de una perspectiva más amplia. “La categoría *disciplina* tiene una función organizacional en el seno del conocimiento; se instituye mediante la demarcación, división y especialización el trabajo, y desde allí responde a los distintos dominios predeterminados ... (Sin embargo), existen organismos, sistemas, hechos, acciones, elementos, que constituyen objeto de estudio de más de una disciplina” (p. 1). Es entonces cuando debe recurrirse a la colaboración entre disciplinas, cooperación que implica la aceptación de interdependencias e integración, que une fuerzas y abre las mentes.

Como ya se mencionó, la forma en que actualmente se lleva a cabo la prestación de servicios educativos y de salud, hace difícil lograr la interdisciplinariedad y la multidisciplinariedad como forma de trabajo integral entre profesionales. Y ello atañe, al menos en México, tanto a la atención que ofrecen las instituciones públicas como a la que brindan las instituciones privadas. Pueden mencionarse algunas excepciones, como la atención que se logra a través de asociaciones de padres de familia que procuran que sus hijos sean atendidos por profesionales de diferentes disciplinas; entre tales asociaciones se encuentran la Asociación pro parálítico cerebral (APAC), la Asociación pro deficiente mental (APDM) y asociaciones de padres de niños con síndrome de Down.

Otra excepción digna de mencionarse es la Clínica Universitaria de la Salud Integral (CUSI) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, dependiente de la Universidad Nacional Autónoma de México. En esta CUSI, si bien no ha podido llevarse a cabo una atención interdisciplinaria e integral, sí se han realizado esfuerzos importantes para lograr la atención de personas con necesidades educativas especiales, con la participación coordinada de psicólogos, médicos, optometristas y odontólogos, y con la integración de los padres dentro de algunos aspectos de la intervención terapéutica y educativa. Un estudio reciente sobre la calidad de los servicios brindados por esta clínica (Plancarte y Ortega, 2008) arrojó como resultado que los entrevistados (padres de personas con necesidades educativas especiales) mostraron satisfacción con la atención recibida, en particular por el hecho de haber sido atendidos por diferentes profesionales, así como por su participación en el trabajo con sus hijos, aspectos que favorecen su desarrollo integral.

Sin embargo, dadas las necesidades educativas y de salud en países como el nuestro, se hace necesario que estos casos aislados o excepcionales de trabajo cooperativo entre disciplinas se conviertan en una forma sistemática de trabajo, por parte de todos los profesionales que participan en los campos de la salud y la educación. Cada profesional deberá esforzarse por ampliar sus conocimientos lo más posible, para poder brindar un servicio de calidad, comprendiendo el problema de manera integral, remitiendo a los usuarios a los servicios que

requiere para su atención, de preferencia a nivel preventivo, aunque también puede ser a nivel terapéutico. Fallar en esa misión nos condenará a mantener un conjunto de situaciones que contribuyen a la discapacidad, al fracaso escolar y al pobre desarrollo de nuestros niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Atkin, S., Supervielle, T., Sawyer, R. y Canton, P. (1987). **Paso a paso. Cómo evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños**. UNICEF. México: Pax.
- Azua, P. (1995). Desarrollo de servicios para personas con retraso mental. En A. Verdugo (Ed.). **Personas con discapacidad: perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras** (pp. 1118-1141). España: Siglo XXI.
- Bijou, S. W. & Dunitz, J. (1981). Interbehavioral analysis of development retardation. **The Psychological Record**, **31**, 305-329.
- Damián, M. (2003). **Niños con síndrome de Down. Instrumento de detección y tratamiento de problemas del desarrollo psicológico (IDDP)**. México: Trillas.
- Durán, B. R., Delgado, M. J. y Dengra, M. R. (1995). Trabajo interdisciplinar en personas con discapacidad. En A. Verdugo (Ed.). **Personas con discapacidad: perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras** (pp. 1201-1284). España: Siglo XXI.
- Galindo, E., Bernal, T., Hinojosa, G., Galguera, I., Taracena, E. y Padilla, E. (2009). **Modificación de conducta en la educación especial. Segunda Edición**. México: Trillas.
- Guevara, Y. (1992). Análisis funcional de las interacciones lingüísticas del niño con retardo en el desarrollo. Tesis inédita de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Guevara, Y., Ortega, P. y Plancarte, P. (2005). **Psicología conductual. Avances en educación especial**. México: Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.
- Hernández, J. (1995). Evaluación de programas y servicios en personas con discapacidad. En A. Verdugo (Ed.). **Personas con discapacidad: perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras** (pp. 1285-1321). España: Siglo XXI.

Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2012). Resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda. Datos estadísticos sobre discapacidad en México.

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Diario Oficial de la Federación del 30 de mayo de 2011. México: Gobierno Federal.

Ortega, P. (1993). La naturaleza de los vínculos adulto-niño con retardo en el desarrollo, desde una aproximación interaccional. Tesis inédita de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.

Ortiz, G. M. (1995). Las personas con necesidades educativas especiales. Evolución histórica del concepto. En A. Verdugo (Ed.). **Personas con discapacidad: perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras** (pp. 37-78). España: Siglo XXI.

Pineda, A. (1987). Contexto situacional e interacción adulto-niño. Trabajo presentado en el Simposio "La investigación del comportamiento". México, Distrito Federal.

Plancarte, P. y Ortega, P. (2008). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de educación especial en una institución universitaria. **Enseñanza e Investigación en Psicología**, **13** (1), 143-163.

Varona, F. (2005). Transdisciplinariedad y educación universitaria. Visión filosófica sobre retos y potencialidades. **Humanidades Médicas**, **5** (14), 1-9.

ANEXO

Discapacidad en México. Censo 2010*

Grupos quinquenales de edad	Número	Porcentaje Hombres	Porcentaje Mujeres
Total	5 739 270	48.9	51.1
0 a 14 años	520 369	58.24	41.75
15 a 29 años	566 587	57.38	42.61
30 a 59 años	1 881 162	50.18	49.81
60 a 84 años	2 336 277	45.25	54.74
85 y más años	431 519	40.94	59.05
No especificado	3 356	53.51	46.48

Tabla 1. Distribución de la discapacidad por grupos de edad y sexo.

Total Número de personas	Nacimiento	Enfermedad	Accidente	Edad avanzada	Otra causa	No especificado
5 739 270	16%	39%	15%	23%	07.5%	02%

Tabla 2. Distribución porcentual de la población con discapacidad según causa de la discapacidad.

Total número de personas	Caminar y moverse	Ver	Escuchar	Hablar o comunicarse	Atender el cuidado personal	Poner atención o aprender	Mental
5 739 270	58.3%	27%	12%	08%	05.5%	04.4%	08.5%

Tabla 3. Porcentaje de la población con limitación en la actividad según tipo.

*Fuente: INEGI. [Censo de Población y Vivienda 2010](#). Base de datos de la muestra censal.
Fecha de actualización: Jueves 3 de marzo de 2011.