

# Suplemento Eduterapia **17**

Marzo 2005

## Atención Temprana: Aspectos básicos

Carlos G. Wernicke



**Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social**

desde 1990 en Buenos Aires, Argentina

Estudio, investigación, difusión y docencia de la visión global en educación, salud y acción social  
Registro Inspección General de Justicia n° C 1.520.371 - Entidad de Bien Público sin Fines de Lucro Decreto 6708 MVL  
Registro Institutos de Perfeccionamiento Docente Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires DGEGP n° C-172

Tel. / Fax 0054-11-4791-2905 - [www.holismo.org.ar](http://www.holismo.org.ar) - [info@holismo.org.ar](mailto:info@holismo.org.ar)

**SUPLEMENTO EDUTERAPIA** es una serie constituida por artículos únicos publicada por Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social, con el fin de presentar sus desarrollos a lo largo del tiempo en relación con lo más central de su misión, a saber, investigar las aplicaciones prácticas del paradigma holístico en pedagogía, medicina, psicología y acción social.

**SUPLEMENTO EDUTERAPIA** es una serie monográfica publicada por Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social, San Vicente 735, V. López, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Tel. / Fax (011) 4791-2905; [www.holismo.org.ar](http://www.holismo.org.ar) - [info@holismo.org.ar](mailto:info@holismo.org.ar)  
Directora: Mabel Fernández. Registro de Propiedad Intelectual DNDA 457.501. Eduterapia es nombre registrado n° 1.886.125. ISSN 1669-9203  
La reproducción parcial o total por cualquier método **no** está permitida, salvo confirmación por Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social de solicitud previa por escrito.

# **Atención temprana: Aspectos básicos**

**Carlos G. Wernicke**

---

## **RESUMEN**

Se define detalladamente la Atención Temprana y se presenta una nosografía. Entre sus fundamentos, se dedica particular interés al Libro Blanco español, los anteriores escritos teóricos del autor y su actual visión holística: sistémica, dinámica, transdimensional.

## **SUMMARY**

With some detail, a definition of Early Intervention and its nosography are given. Among its fundamentals, particular interest is dedicated to the Spanish White Book, the previous author's writings and his present holistic vision, the Systemic – Dynamic – Transdimensional Approach.

---

## **I. INTRODUCCIÓN**

### **II. DEFINICIÓN DE ATENCIÓN TEMPRANA**

**Se llama Atención Temprana**

**Al conjunto de abordajes educativos y terapéuticos**

**Que en sujetos de corta edad, de desarrollo actual o futuro quizás anormal**

**Buscan suscitar intencionadamente el desarrollo de ciertas potencialidades y habilidades que podrían encontrar dificultades para su oportuna manifestación**

### **III. NOSOGRAFÍA DE LA AT**

### **IV. EL LIBRO BLANCO DE LA AT**

### **V. LA VISIÓN HOLÍSTICA: SISTÉMICA, DINÁMICA, TRANSDIMENSIONAL (SDT)**

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



## **I. INTRODUCCIÓN**

En el comienzo del tercer milenio parece observarse el inicio de un lento retroceso de la concepción general de la humanidad como un todo que debe avanzar armonizadamente hacia su mayor calidad de vida y bienestar. Aparentemente, este concepto está siendo reemplazado por otro, el de la individualidad, según el cual la mayor calidad de vida y el mayor bienestar sólo se alcanzan teniendo éxito en la competición con los demás seres vivos, desde las plantas hasta los demás humanos, desde el desmonte de los árboles -sin considerar que se trata de fábricas de oxígeno-, hasta la erradicación de otras vidas humanas para tomar sus pertenencias, extinguiendo para siempre especies vegetales o culturas milenarias. La violencia de unos seres humanos contra otros seres vivos, incluidos otros seres humanos, parece estar primando sobre la concepción del respeto por el otro por el simple hecho de que se trata de un ser vivo. El concepto "estado de bienestar" ha pasado a considerarse un suceso imposible de las ecuaciones económicas, y dado que éstas deben arrojar el resultado esperado se decide tachar las variables molestas. Como si en una suma algebraica se erradicaran términos, así -a fin de que el resultado sea el esperado- en el conjunto de los humanos se erradican los seres sobrantes.

El mundo mágico de los cazadores-recolectores, reemplazado por el mundo mítico del Renacimiento, desembocó evolutivamente en el mundo de la Razón, a la que los exagerados quisieron pura: Los sentimientos encerrados en la magia y el mito debieron cercenarse y declararse inexistentes para que el pensamiento pudiese gobernar el mundo. Del oscurantismo al iluminismo sin compatibilización, de los dioses a Dios a las computadoras: Con la excusa de mejorar la civilización se apostó al cálculo y la técnica y se dividió a la ciencia en exacta y humana. Y en un par de generaciones se olvidó el contexto: Se comenzó a creer que lo natural era totalmente exacto, y que los sentimientos no intervenían; y que lo humano era poco matematizable, por lo tanto un asunto menor que no podría dar explicación final, real, acerca del ser humano y su existencia en el universo.

La edad moderna, edad de la razón devenida racionalización, va siendo lentamente socavada sin embargo hacia la postmodernidad. Se empieza a revalorar la emoción -literalmente, motor auténtico. Es que no hay matemático sin sentimientos, ni poeta que no haya pensado. Los seres humanos no son ángeles ni son robots, sino una intrincadísima interacción constante entre moléculas, células, emociones, cogniciones y alma, a su vez interactuando de continuo con el contexto más cercano y más lejano, en un proceso de desarrollo dinámico, sistemas que se entrelazan formando parte de otros sistemas más abarcativos, todos parte de un sistema global.

Estos sistemas, que no pueden ser sólo biológicos o emocionales o cognitivos o espirituales sino son todo eso a la vez, son estudiados desde esas diversas dimensiones únicamente como artificio didáctico, ya que ninguna dimensión puede serlo en forma pura nunca. No es concebible un ser humano al

que le faltasen las moléculas o las emociones o los pensamientos o el alma. Ni aquél que no interactúe con su contexto, ni aquél que no vaya cambiando constantemente, fluctuando a lo largo de su desarrollo.

## II. DEFINICIÓN DE ATENCIÓN TEMPRANA

Hace ya unos años he adoptado como definición de AT [1, 2] la que sigue, en base a otras, una de Cirigliano de 1995 [3] y otra propia de 1990 [4], que ahora modifico para una mayor precisión:

Se llama Atención Temprana

- ◆ Al conjunto de abordajes educativos y terapéuticos
- ◆ Que en sujetos de corta edad, de desarrollo actual o futuro quizás anormal,
- ◆ Buscan suscitar intencionadamente el desarrollo de ciertas potencialidades y habilidades que podrían encontrar dificultades para su oportuna manifestación.

### **Se llama Atención Temprana...**

Cada vez más, en idioma español nos referimos al conjunto de actividades denominadas alternativamente estimulación temprana o precoz, intervención temprana, etc., llamándolas Atención Temprana (AT). Pienso que es atinado, en la doble significación de la palabra atención: Como ingreso de unos contenidos a la conciencia, ya que nos dedicamos a seres humanos de edad temprana a conciencia y voluntariamente (les “prestamos” atención); y como actitud pedagógica - terapéutica (los “atendemos” en -nos ocupamos activamente de su salud y enfermedad). La palabra estimulación, por su parte, equivoca los roles, al asignar al profesional una actitud y una acción estimuladoras, cuando es sólo un proveedor de estímulos en representación del contexto en que se desarrolla el sujeto, y adjudicar al niño mismo una actitud y una acción pasivas, de receptor de estímulos, que a todas luces no es, ya todo ser humano busca activamente en su ambiente, desde el inicio de su vida, esto es, desde la concepción, los estímulos que necesita. La palabra intervención, por otro lado, remite a un significado más aséptico, menos emocional, lo que la aleja de la verdadera significación del acto: Una interacción que necesariamente deberá tornarse relación, vínculo, para volverse pedagógica o terapéutica. En todo caso, con justa razón se podría señalar que también el niño actuaría como estimulador e interviniente; es lícito pensar que a su vez es proveedor de estímulos y nos atiende.

### **...Al conjunto de abordajes educativos y terapéuticos...**

La AT es un campo profesional compartido. Educadores y terapeutas se dedican a él con similitud de criterios, pero también con divergencia de ellos. Por tal razón corresponde efectuar algunas precisiones al respecto.

Entendemos por pedagogía [5, 6, 7, 8, 9] un pensar y un hacer: Es simultáneamente la construcción teórica subyacente a aquellas relaciones humanas cuyo objetivo explícito es la transmisión de códigos y la instrumentación de una cierta teorización en la práctica, es decir, la estructuración de relaciones humanas, un vínculo, a fin de transmitir explícitamente unos códigos. A esta práctica se la denomina educación. La pedagogía, y por tanto la educación, son en consecuencia eminentemente contextuales: La cultura y la historia personal del pedagogo, así como las características del educando, determinan constantemente con qué teoría y qué práctica se establecen estas relaciones cuya meta es transmitir unos códigos y no otros. Para construir su teoría pedagógica, una pedagogía contextual tiene en cuenta las condiciones dadas en el educador y el educando, de modo de adecuarse de una determinada manera al contexto [8].

En el campo pedagógico se llama didáctica al “arte de enseñar”, la disciplina que se ocupa de la transmisión voluntaria de los códigos de una determinada comunidad. La enseñanza es la transmisión de los códigos de una comunidad para que el sujeto se apropie de herramientas. La instrucción, una parte de la enseñanza: Quien instruye imparte ciertas técnicas, pero no herramientas culturales (enseño a leer y escribir, pero instruyo cuando “enseño” un movimiento adecuado en el tenis o a cocinar según una receta).

La metodología se refiere a la manera en que el educador despliega sus didácticas. Demasiados educadores equivocan su tarea cuando creen que la educación sólo consiste en emitir enseñanzas (o incluso instrucciones), siendo en verdad que la educación es literalmente “ayudar a sacar afuera”, esto es, acompañar en los aprendizajes. El arte de enseñar es el arte de mostrar las señas, en otras palabras, de presentar puentes (las señas de esta cultura) transitando los cuales el sujeto pueda comunicar sus contenidos internos, según su historia personal y el período de desarrollo en que se encuentra.

Se utiliza la palabra terapia cuando la intención reside en modificar una alteración de lo que la cultura ha determinado que es salud, definida como “bienestar bio-psico-social” según la Organización Mundial de la Salud; dicho de otra forma, se intenta reinstalar una fluctuación de las variaciones de la personalidad del ser humano tal que tenga lugar dentro de unos límites previamente definidos como propios de la armonía entre las diversas dimensiones y los diversos niveles comunicacionales del sujeto.

Por cierto, también en el caso de lo terapéutico existen en la base una teorización del ser humano (lo que podríamos llamar una “pedagogía terapéutica”) y una práctica que la instrumenta (lo que en sentido amplio



podríamos llamar una “re-educación”, si bien nuevamente habrá que tener en cuenta que no se trata de “enseñar” sino de ayudar en el (re)aprendizaje).

Y también la terapia será contextual, teniendo en cuenta las condiciones dadas en el terapeuta y el terapizado, con base en la cultura en que la situación tiene lugar y en el desarrollo histórico personal de cada uno de los participantes del fenómeno terapéutico.

Difícil es siempre distinguir con exactitud quién es educador o terapeuta, y quién el educando / terapizado. Estas interacciones necesariamente -por definición- conducen a la constitución de una relación, un vínculo, lo que implica la creación de un nuevo ser, un “nosotros” supérstite y abarcativo de los individuos que lo componen, con nuevas emociones propias del ser vincular y no de cada uno de sus miembros. La ausencia de vinculación, esto es, de una relación pedagógica o terapéutica, hace que al abordaje en cuestión no se le pueda denominar AT. Se trata en tal caso de una “instrucción terapéutica”, pero no de una terapia.

La palabra “abordaje”, por fin, es la que más se utiliza como sinónimo del inglés “approach”; no obstante, ésta última debería traducirse como acercamiento o aproximación, vía de entrada o propuesta, enfoque o planteamiento [10]. “Abordaje” hace referencia en cambio a una intervención, no siempre favorable; sólo más adelante en la historia esta palabra se empleó para dar a entender que uno se ocuparía de un problema [11]. Sólo por comodidad, entonces, es que usamos aquí la palabra abordaje, dándole el sentido de enfoque teórico y práctico con que nos aproximamos a una problemática.

***...Que en sujetos de corta edad, de desarrollo actual o futuro quizás anormal...***

La AT no es una disciplina que se dedique a límites etarios determinados; sí al principio de la vida. En algunos textos se la encuentra limitada a niños de 0 a 3 años, o de 0 a 6 años. Debe destacarse que lo que interesa fundamentalmente no es la edad cronológica, sino la madurativa, obtenida por medio de tests y observaciones funcionales (por ejemplo, el Diagnóstico Funcional de Munich, de Hellbrügge y col.) [12, 13, 14]. De esencial importancia es la brecha cronológico-madurativa general y particular de cada campo funcional, que se establece mediante el estudio del desarrollo de los diversos sistemas funcionales, expresado mediante un dispersigrama propio de cada sujeto en cada momento de su desarrollo.

Fundamental es que tengamos en cuenta que el desarrollo se inicia en el momento mismo de la concepción. La literatura sobreabunda en el desarrollo del niño a partir de su nacimiento, como si recién entonces se iniciara el desarrollo del cuerpo biológico, de las emociones y de las cogniciones. Esta AT

Tempranísima, propia del estadio intrauterino y el período perinatal, merece una profunda investigación en sus aspectos de detección, diagnóstico, prevención y tratamiento.

El límite de edad de la AT es simplemente teórico. En el caso individual, la situación demarcará cuándo la situación terapéutica merece el nombre de AT. Insensiblemente a veces, el tratamiento pasa a denominarse según la disciplina abrazada por el profesional actuante. Resulta difícil saber si un determinado profesional está practicando ante un determinado niño en una determinada familia AT o, por caso, fonoterapia, kinesiterapia o terapia ocupacional. Si tomásemos por límite superior de actuación de la AT la edad madurativa, es fácil ver que personas con edad cronológica adulta han quedado en ocasiones estancadas en edades madurativas globales mínimas, de menos de 3 años.

La población atendida por la AT no siempre presenta anomalías. Como es sabido, una discapacidad lo es por 1. la observación objetiva en el sujeto de unos ciertos criterios diagnósticos, 2. por la carga cultural que ese diagnóstico conlleva, y 3. por la apreciación subjetiva del propio sujeto sobre sí mismo, aun a corta edad. Pero más allá de la influencia cultural en la determinación de que un sujeto sea anormal o no y de los diversos puntos de vista según los cuales un individuo se aleja de la llamada normalidad, la AT se dedica en muchas oportunidades a sujetos totalmente normales o de apariencia totalmente normal. Es que la AT debe ser llamada a la acción ante la sola presunción de anomalías en el futuro; la acción preventiva de la AT es fundamental desde todos los puntos de mira. Si en un niño sano se consigue reforzar el sano desarrollo, se previenen en el futuro desviaciones anómalas de éste; en muchos casos, incluso evitando por completo el surgimiento de dichas anomalías, en otros, aminorando en todo lo posible la intensidad de su presentación. Puesto que el fin último de la educación es conseguir y mantener la salud, desde el punto de vista de la salud pública las acciones educativas de la AT adquieren fundamental importancia. Dicho de otra manera: La educación debe iniciarse cuanto antes en la vida, como medio de mejoramiento de la calidad de vida de la población toda.

Así, son relevantes los exámenes realizados en niños de muy breve edad en relación con su entorno cercano, como estudios preventivos capaces de alertar acerca de la posible presentación de patología en el futuro. Un ejemplo es la Escala de Apego en Situación de Tensión, de Massie y Campbell (1977) [15], que modifiqué en 1988 para una mejor utilización por parte de profesionales de diferentes disciplinas (Cuadro 1).

Cuadro 1

### ESCALA DE APEGO EN SITUACIÓN DE TENSIÓN

de Massie y Campbell, 1977, modificada por Wernicke, C. G., 1988

	<b>AISLAMIENTO SOSPECHOSO</b>	<b>PRESUNTA NORMALIDAD</b>	<b>APEGO SOSPECHOSO</b>
<b>I. VOCALIZACIÓN</b>	Pobre o nula	Intermitente	Llanto inconsolable
<b>II. CONTACTO VISUAL</b>	Pobre o nulo	Intermitente	Frecuente y prolongado
<b>III. BÚSQUEDA DE CONTACTO CORPORAL</b>	Pobre o nula	Intermitente	Siempre toca al otro
<b>IV. RECHAZO DEL CONTACTO CORPORAL</b>	Frecuente	Intermitente	Nunca
<b>V. ABRAZO</b>	Tenso, resiste	Se amolda	Se apega exageradamente
<b>VI. DEMOSTRATIVIDAD</b>	Irritable, angustiado, temeroso, apático	Sonríe intermitentemente	Siempre sonriente
<b>VII. APROXIMACIÓN</b>	Se aísla (aun visualmente)	Intermitente	Siempre sigue al otro (aun visualmente)

La Escala de Apego en Situación de Tensión es un útil instrumento de observación. Durante aproximadamente 5 minutos, en una consulta profesional, se observa silenciosamente la interacción entre madre e hijo. La Escala sirve como guía de observación de esa interacción, aplicable tanto a la madre cuanto al niño. Una mayoría de respuestas a la izquierda (Aislamiento sospechoso) y una mayoría de respuestas a la derecha (Apego sospechoso) nos informarán sobre una posible patología vincular actual, con potencialidad de agravarse en el futuro, constituyendo un cuadro clínico. No es un test ni permite precisión diagnóstica.

**...Buscan suscitar intencionadamente el desarrollo de ciertas potencialidades y habilidades que podrían encontrar dificultades para su oportuna manifestación.**

La pedagogía, decíamos, es la teorización subyacente a la construcción de relaciones humanas cuyo objetivo explícito es la transmisión de códigos, esto es, de paquetes estimulares; la educación es la parte de la pedagogía que consiste en su puesta en práctica. La AT busca a propósito, en conciencia, suscitar, vale decir, promover o provocar [11] el desarrollo de algunas potencialidades. Etimológicamente, suscitar significa despertar. Se intenta por tanto ayudar a producir el desarrollo de posibilidades que el sujeto trae consigo, pero a las que no les es posible interactuar con el medio de manera tal de transformarse en habilidades.

Todo ser humano viene al mundo (es concebido) con potencialidades que le son propias. Éstas son regadas por la estimulación ambiental, en gran parte no consciente. Se forman así sistemas de funcionamiento globales, los sistemas funcionales, que progresivamente, a medida que reciben más y más estímulos, se enriquecen e imbrican entre sí. De este entrelazamiento, producto de la interacción entre potencialidades y ambiente, surgen manifestaciones en la actividad del sujeto, sus habilidades. El entrenamiento de éstas últimas produce a su vez capacidades [16, 17, 18, 19].

La conformación de sistemas funcionales sanos requiere que la estimulación ingrese al sujeto en un momento dado y en un grado determinado. Las ventanas madurativas durante las cuales el sujeto busca activamente determinados estímulos en su ambiente y no otros a fin de constituir ciertos sistemas de funcionamiento han sido denominadas por María Montessori "períodos sensibles" [20, 21], descritos por ella en pedagogía mucho antes de su reconocimiento por la ciencia médica [22].

Puesto que la conformación e imbricación de los sistemas funcionales hasta su entrelazamiento en un solo, la personalidad, tiene lugar durante aproximadamente los primeros dos años y medio de vida, la AT se dirige prácticamente siempre a ayudar en la construcción de habilidades, en base a las potencialidades que el sujeto trae y a la estimulación ambiental que recibe, así como secundariamente a ayudar a estas habilidades a capacitarse.

### III. NOSOGRAFÍA DE LA AT

Cada disciplina presenta un determinado espectro de acción, denominado nosografía. También la AT debe referirse a su abanico de prestaciones. Las patologías -posibles o ya instaladas- pueden clasificarse a su vez de distintas formas.

#### ***Por su causa***

- \* Genético-cromosómicas
- \* Congénitas
- \* Adquiridas

#### ***Por su momento de presentación***

- \* Concepcionales
- \* Prenatales
- \* Perinatales
- \* Postnatales

#### ***Por área principal de manifestación***

- \* Sensoriales
- \* Perceptuales
- \* Motoras
- \* Emocionales
- \* Cognitivas

#### ***Por su ambiente***

- \* En equilibrio estable
- \* En equilibrio inestable
- \* En desequilibrio estable
- \* En desequilibrio inestable.

Ejemplos:

- Niños de pretérmino, recién nacidos de bajo peso
- Sordera e hipoacusia
- Ceguera y disminución visual
- Trastornos perceptuales
- Los diferentes síndromes que cursan o pueden cursar con retardo mental
- Equivalentes depresivos, trastornos de la alimentación, trastornos del sueño
- Trastornos generalizados del desarrollo (autismos, psicosis tempranas)
- Trastornos parciales del desarrollo
- Trastornos del lenguaje
- Parálisis cerebrales
- Trastornos de la dinámica familiar / ambiental que impiden o alteran el normal desarrollo de las potencialidades del sujeto.

#### **IV. EL LIBRO BLANCO DE LA AT [23]**

En mayo del año 2000, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, a través del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, publicó para ese país el resultado del trabajo conjunto del denominado Grupo de Atención Temprana (GAT), en que colaboraron más de 70 profesionales de diversas áreas. Se intentó con él dar un marco de referencia a “administraciones públicas, profesionales, asociaciones y familias”.

En su definición, la AT “tiene como finalidad ofrecer a los niños con déficits o con riesgo de padecerlos un conjunto de acciones optimizadoras y compensadoras, que faciliten su adecuada maduración y les permita alcanzar el máximo nivel de desarrollo personal y de integración social”. Se trata de un “conjunto de intervenciones dirigidas a la población de 0 a 6 años, la familia y el entorno, con objeto de dar respuesta lo más pronto posible a necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o en riesgo de padecerlos”; dichas intervenciones “deben considerar la globalidad del niño”, siendo “planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinaria o transdisciplinaria”.

Para el Libro Blanco, el fin último de la AT consistiría en el “desarrollo armónico de los niños, integrados en su entorno”, siendo el desarrollo el “proceso dinámico de interacción entre organismo y medio” y su trastorno, la desviación significativa de su curso.

El Libro Blanco señala como Principios Básicos de la AT:

- ◆ Diálogo, integración y participación
- ◆ Gratuidad, universalidad, igualdad de oportunidades, responsabilidad pública
- ◆ Interdisciplinariedad y alta calificación profesional en cuatro áreas:
  - Desarrollo psicomotor
  - Psicosociología
  - Legislación
  - Trabajo en equipo
- ◆ Coordinación, con un profesional de referencia por familia, evitando la fragmentación
- ◆ Descentralización y servicios a domicilio
- ◆ Sectorización de la prestación.

El Libro Blanco se basa en una visión claramente globalizadora: “El desarrollo infantil se sustenta en la evolución biológica, psicológica y social”. “Se ha de considerar al niño en su globalidad, teniendo en cuenta los aspectos intrapersonales, biológicos, psicosociales y educativos, y los interpersonales”. Al mencionar a los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT), destinados a la atención de una población de cero a seis años en forma interdisciplinaria, menciona taxativamente que tal atención tendrá lugar con “orientación holística, ya que la intervención abarca aspectos intrapersonales

(biológicos, psíquicos, sociales y educativos) e interpersonales (familia, escuela, cultura)".

El Libro Blanco establece una diferencia entre los equipos interdisciplinarios, en que existe un "espacio para compartir información, con objetivos comunes", y los equipos transdisciplinarios, cuyos "componentes adquieren conocimiento de otras disciplinas relacionadas y los incorporan a su práctica". D'Ambrosio [24, 7] define la multidisciplinaria como la reunión de resultados obtenidos mediante el solo enfoque propio de cada disciplina; la interdisciplina, en cambio, presenta transferencia de resultados y métodos entre disciplinas, con lo que se identifican nuevos objetos de estudio; finalmente, la transdisciplina se basa en sistemas de conocimiento afragmentarios, que más allá de lo científico incluyen las tradiciones culturales; la transdisciplina es transcultural y por consiguiente previa a juicios y jerarquizaciones impuestos por la cultura; estudia diversas dimensiones de la realidad y su interacción, aceptando lógicas diferentes; estimula el diálogo arte - ciencia.

Como se observa, la transdisciplinariedad es netamente holística [8].

Son objetivos de la AT según el Libro Blanco:

- ◆ Ofrecer a los niños que presentan trastornos en su desarrollo o estén en riesgo de padecerlos todo lo que pueda potenciar su capacidad de desarrollo, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio y su autonomía
- ◆ Reducir los efectos de una deficiencia sobre el desarrollo
- ◆ Optimizar el curso del desarrollo
- ◆ Introducir mecanismos de compensación, eliminación de barreras y adaptación a necesidades
- ◆ Reducir la aparición de efectos asociados
- ◆ Cubrir necesidades y demandas de la familia
- ◆ Considerar al niño sujeto activo de la intervención.

En el "modelo biopsicosocial" de la AT deben tenerse en cuenta tres niveles de intervención:

1. La prevención primaria (aplicación de medidas universales), con "actuaciones orientadas a promover el bienestar de niños y familias", en base a normas o derechos universales; son sus principios la universalización, la gratuidad y la aplicación temprana.
2. La prevención secundaria (la detección de sujetos en riesgo), mediante programas dirigidos a grupos en situación de riesgo, incluyendo campañas de sensibilización a los profesionales.
3. La prevención terciaria (es decir, la prevención y el remedio de las crisis), por ejemplo el nacimiento de un hijo con discapacidad o un trastorno de desarrollo.

El Libro Blanco advierte que ciertas circunstancias impiden estas intervenciones de detección, diagnóstico, prevención y tratamiento, por cierto

muy frecuentes: La banalización, el reduccionismo, el temor o la resistencia que intentan evitar que se etiquete al sujeto, el desconocimiento de problemas relacionales tempranos, la negación del sufrimiento psíquico infantil, la ausencia de programas específicos de detección y eliminación de condiciones de riesgo. Aclara asimismo que “ignorar signos de alerta y síntomas tempranos de psicopatología puede llevar a que estos se organicen en formas más estructuradas, como autismo, psicosis, procesos deficitarios, estados depresivos o disarmonías tempranas del desarrollo”. Un caso muy frecuente, como se ve, incluso entre profesionales, por ignorancia o rechazo psicológico de lo que está por fuera de su disciplina y disociación entre lo incorporado en su nivel de estudios y sus experiencias de vida.

El Libro Blanco adjudica a la obstetricia un importante papel de detección. En cuanto a la responsabilidad de la neonatología, señala que “la permanencia en unidad neonatal añade factores de riesgo de carácter ambiental y psicoafectivo”: exceso de ruido, luz intensa, inmovilización, etc. Allí, dice, es (lamentablemente) usual la limitación a los padres y la carencia de contacto entre estos y el niño y por parte de los profesionales), siendo inadecuada la estimulación social que el niño recibe: presencia de múltiples cuidadores, hipoestimulación o hiperestimulación en asociación con cuidados y exámenes, etc. “Cuando el contacto con los padres es posible, su adecuación a las necesidades y posibilidades del niño es limitada, debido a la situación de bloqueo y alteración emocional de estos”, advierte, implicando que estos aspectos deben ser necesariamente tenidos en cuenta e incluidos en el abordaje terapéutico. Debe agregarse que todo niño internado en neonatología sale de allí en condición de riesgo, lo que implica su imprescindible seguimiento biopsicosocial.

Para el Libro Blanco, el pediatra está muy involucrado, como gran detector de patología temprana.

Todo diagnóstico debe llevarse a cabo en tres niveles: funcional, sindromático y etiológico. El nivel funcional se refiere a la descripción del cuadro clínico y la determinación cualicuantitativa de los trastornos; el nivel sindromático es el de adscripción del cuadro a una nosografía, estableciendo si la patología es estable, transitoria o evolutiva; el nivel etiológico, por fin, hace referencia a las causas de la patología observable, teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos la problemática es múltiple.

La comunicación de la información diagnóstica (por ejemplo en la entrevista de conclusiones ante los padres) debe constituir un proceso, y no un acto puntual. Esta comunicación -aclara taxativamente el Libro Blanco- genera conmoción, ansiedad, miedo, rechazo, negación, duelo, que habrá que atender. Por otra parte, siempre debe ir acompañada de informaciones acerca de recursos terapéuticos, sociales, educativos, económicos, de asociaciones de padres, etc.

En cuanto al contexto ambiental, el Libro Blanco destaca que para el desarrollo infantil son importantes:



- ◆ La dedicación afectiva
- ◆ La suficiencia económica
- ◆ La estabilidad laboral
- ◆ La estabilidad de relaciones familiares
- ◆ La participación en redes sociales
- ◆ La coherencia educativa.

El Libro Blanco subraya así la gran importancia del contexto ambiental, en consonancia con diversos programas que en el mundo se han destinado a mejorar la calidad de vida del ambiente, sobre todo familiar, con el fin de incidir finalmente en la salud del niño. El Proyecto Padres Orientados [30] es uno de ellos. Así por ejemplo, el Libro Blanco señala que se deben organizar espacios de intercambio para contrarrestar el aislamiento y la nuclearización de la familia mediante la acción de asistentes maternas, centros de día, canguros, ludotecas, familiares, vecinos, etc.

La evaluación inicial debe ser efectuada según el Libro Blanco siempre por diferentes profesionales, a saber en cuatro momentos:

1. Recolección de datos: Durante la entrevista de admisión, como incorporación sistemática de información y a partir del aporte de otros profesionales
2. Evaluación del niño: Mediante la observación del niño y de su relación con otros niños y educadores, el examen físico, la evaluación neurológica y funcional, la toma de pruebas estandarizadas, la observación en domicilio, el pedido de exámenes complementarios
3. Establecimiento de una hipótesis diagnóstica y de un plan de intervención: Es necesario establecer prioridades de actuación y pronósticos a corto, medio y largo plazos.
4. Finalmente, entrevista de conclusiones con la familia.

El Plan Global de Abordaje para el Diagnóstico y el Tratamiento Tempranos, que publiqué en 1993 [1, 2, 25, 26], guarda muy estrecha relación con el enfoque omnicomprensivo del Libro Blanco.

Las intervenciones terapéuticas deben ser dirigidas de acuerdo con el Libro Blanco al niño, la familia, la escuela y los entornos social e institucional.

La familia debe ser atendida de inmediato, valorando su estado emocional, su situación social, sus necesidades y sus posibilidades de aprendizaje. Es imprescindible favorecer el vínculo, y para ello el Libro Blanco aconseja por ejemplo la entrada libre de los padres a neonatología durante todo el día. Los profesionales, entre los que incluye el personal de enfermería, deben servir de contención emocional para los padres; específicamente, los profesionales de enfermería deben aprender funciones de maternaje.

El equipo de pediatría es considerado por el Libro Blanco el consultor y educador familiar (lo que implica que el pediatra a su vez debe ser educado

para ello, ya que lamentablemente las universidades muchas veces sólo lo forman en sus aspectos biológicos).

La detección debe llevarse a cabo mediante screenings, destinados a detectar signos de alerta en el desarrollo. He descripto la importancia de los screenings asimismo para el ingreso a la escolaridad primaria [27], y he comparado listas de signos de alerta de Hellbrügge [14] y Moyá Trilla [28] (Cuadro 2).

Para el Libro Blanco, de ninguna manera debe aceptarse nunca actitudes profesionales que conduzcan a la espera. En AT, el tiempo es oro.

El papel del trabajador social es destacado: Según el Libro Blanco, sus intervenciones estarán destinadas a:

- o Activar los recursos familiares
- o Introducir recursos externos
- o Orientar legalmente
- o Trabajar la derivación
- o Promover la coordinación profesional.

Cuadro 2

**SIGNOS DE ALARMA NEUROPSICOLÓGICA [30]**

En base a Hellbrügge y col. [14] y Moyá Trilla [28]

Ante su aparición, la investigación es de rigor  
(las edades constituyen el límite máximo de espera)

**30 días**

- \*no reacciona a una palmada frente al rostro
- \*no se prende bien al pecho
- \*menos de 60 pulsaciones / minuto
- \*boca arriba, presenta piernas extendidas, está postrado o la flexión de las piernas es rígida
- \*el llanto antes de dormir es agudo, irritado, cediendo sólo por agotamiento

**3 meses**

- \*no abre la mano
- \*no verticaliza la cabeza al sentarlo
- \*no reacciona a la voz de la madre
- \*duerme la mayor parte del día

**4 meses**

- \*boca abajo no eleva la cabeza
- \*no sonrío

**5 meses**

- \*boca arriba, los miembros inferiores vuelven a flexionarse si son extendidos

**6 meses**

- \*no gorjea
- \*boca arriba, no se le pueden flexionar los miembros inferiores
- \*no reacciona al peligro
- \*es indiferente y pasivo a estímulos
- \*no gira la cabeza a la fuente de sonido
- \*sentado, se balancea como ausente
- \*no reacciona a la madre

**7 meses**

- \*boca arriba, no levanta la cabeza
- \*permanece en la postura en que se lo deja
- \*no reconoce voces
- \*boca arriba, los miembros inferiores permanecen en flexión
- \*no toma un objeto con la mano
- \*no pasa un objeto de una mano a la otra

**8 meses**

- \*no busca el objeto recién perdido
- \*no rota de dorso a vientre

**9 meses**

- \*rota sólo de dorso a vientre
- \*no habla sílabas (consonante más vocal)
- \*no comprende

**10 meses**

- \*indiferente a un sonido agudo
- \*se fascina solo, mirando sus manos
- \*sólo se para sobre las puntas de los pies

**11 meses**

- \*no se sienta solo

**12 meses**

- \*no suelta espontáneamente un objeto
- \*no gatea, no camina tomado de ambas manos
- \*habla sólo produciendo ruidos
- \*no juega al dame - tomá
- \*no mastica
- \*babea por demás y de modo constante
- \*boca abierta frecuente
- \*no hace pinza manual
- \*no se interesa por los detalles de los objetos

<p><b>1,6 años</b> *no capta el "no"</p> <p><b>1,9 años</b> *no se pone de pie *no sabe levantarse cuando cae *parlotea sin que se le entienda *no lo atraen los ritmos musicales *no se toca partes corporales (rostro, manos) ante la consigna *no puede caminar con una pelota en las manos *sólo acepta papillas *chupetea a menudo</p> <p><b>2,9 años</b> *indiferencia si se le quita un objeto *no pide pis / caca *no sabe caminar en puntas de pie *al caminar es torpe, cae con frecuencia *no sube escaleras solo *hace torres de hasta tres piezas *no puede pasar las hojas de un libro *no dibuja nada</p> <p><b>3 años</b> *no comprende frases *no comprende la representación gráfica de objetos *no capta el "sí" *ecolalias</p> <p><b>3,6 años</b> *no reconoce colores ni grande / pequeño *no entiende la consigna de buscar un objeto escondido *desconoce las partes del cuerpo</p>	<p><b>4 años</b> *no capta el sentido de "yo" *no controla el esfínter anal *sólo garabatea *no sabe estar de pie sobre una sola pierna sin aferrarse *no sabe correr *sube escaleras sólo gateando o aferrándose *ante un salto de 30 cm, no salta, o llora y no lo intenta *no avanza en triciclo *mala fonarticulación *no reconoce formas de dibujos o de piezas *bebe con ambas manos o hay que darle *no puede saltar en un pie sin aferrarse</p> <p><b>5 años</b> *no controla esfínter vesical *chupetea *gran pobreza del lenguaje articulado *no atiende a una música pegadiza *no predomina un lado del cuerpo sobre otro *debe ser ayudado en casi todos los hábitos *casi nunca acierta en golpear una pelota de tenis en el aire *cae si corre zigzagueando *emite frases cortas, con tartamudez, inversión de sílabas **traga" palabras</p>
--	--

Como acción de la salud pública, el Libro Blanco postula que la AT debe estar organizada según niveles de coordinación:

- Estatal
- Regional
- Interprofesional
- Interinstitucional
- Intrainstitucional
- Recursos comunitarios.

Por fin, el Libro Blanco no deja de lado la investigación y la formación: Ésta última debe ser realizada por profesionales con un título de base,

añadiendo un marco conceptual común, a manera de especialización. Los contenidos propuestos son amplios:

- o Desarrollo del niño
- o Cuadros clínicos
- o Corrientes filosóficas y científicas
- o Psicología del niño
- o Neurobiología del desarrollo y neuropsiquiatría
- o Psicopedagogía
- o Intervención educativa y en la comunicación
- o Dinámica familiar
- o Rol de los diferentes profesionales
- o Tecnología de la rehabilitación y la bioingeniería
- o Investigación
- o Legislación
- o Características sociales y antropológicas del ambiente
- o Recursos.

Menciona además la intervención de numerosas disciplinas: Neuropsiquiatría, rehabilitación infantil, fisioterapia, salud mental, oftalmología, ORL, cirugía ortopédica, radiología, neurofisiología, bioquímica, genética. El Plan de Abordaje Global para el Diagnóstico y el Tratamiento Tempranos [25] hace expresa mención de disciplinas de participación imprescindible y otras en que la participación dependerá de cada caso clínico. Son múltiples los profesionales intervinientes: médicos obstetra, neonatólogo, pediatra, neuropsiquiatra, psiquiatra de niños; profesionales no médicos de la salud y la salud mental: psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos (logopedas), terapeutas ocupacionales, kinesiterapeutas (fisioterapeutas), musicoterapeutas; profesionales de la educación y la educación especial; personas expertas en abordajes particulares, como matronatación, terapia con animales, shantala, yogaterapia...

En 1992 yo manifestaba [31] que “sólo se puede trabajar en un terreno tan difícil mediante un conocimiento profuso de muchas áreas: fases de desarrollo normales; principales patologías en las primeras fases del desarrollo; psicodinámica y psicopatología del vínculo familiar y madre-hijo; técnicas de orientación psicoeducativa a padres; técnicas de abordaje corporal y vincular a emplear en el niño, en la madre y en ambos, etc.

La detección temprana de discapacidades, disfunciones y alteraciones vinculares debe constituir tema de estudio obligado en obstetricia, neonatología, pediatría, neurología pediátrica y psiquiatría infantil, en enfermería pediátrica y en las disciplinas habilitatorias / rehabilitatorias”.

## **V. LA VISIÓN HOLÍSTICA: SISTÉMICA, DINÁMICA, TRANSDIMENSIONAL (SDT)**

La realidad última es incognoscible por el ser humano. Para definirla, éste debe recurrir a su fragmentación, recortes en que da transitoriamente mayor importancia a unas informaciones que a otras. Simultáneamente, pueden describirse realidades de igual jerarquía: una objetiva y otra subjetiva, individuales, y una objetiva y otra subjetiva, culturales [32].

En su interacción con esas realidades aparentemente simultáneas, pero en verdad una sola, el ser humano puede ser descripto a su vez desde diversas dimensiones, otra vez artilugios didácticos fragmentadores para una mejor comprensión y comunicación: las dimensiones atómico-molecular, biológica, emocional, cognitiva, espiritual. Otra vez se trata sólo de un recorte, ya que el ser humano es todo eso a la vez y al mismo tiempo.

Y la comunicación que el ser humano establece con su ambiente se da simultáneamente en diferentes niveles: sus necesidades primordiales [34], sentimientos, pensamientos, actividades. La aparición en su conciencia de uno de estos niveles de interacción no quita que cada sujeto interactúe con el contexto por medio de todos estos niveles a la vez.

Estos recortes arbitrarios que el propio ser humano realiza reciben el nombre de sistemas. Los sistemas, por tanto, no tienen vida propia: son abstracciones que cada persona utiliza para mejor entender su ambiente y comunicarse con él.

En la ciencia apareció la noción de sistema en la década de 1920, simultáneamente en biología [33] y en la reflexología rusa [35], pronto aplicada al ser humano mismo con el nombre de sistemas funcionales; con ese nombre fueron introducidos en relación con la neuropsicología infantil por J. B. de Quirós [36]; insisto en su importancia desde 1986 [17].

En psicología, este desarrollo dio origen a la "sistémica", dedicada a mantener y recuperar el equilibrio del contexto (por ejemplo familiar).

Es con Sigmund Freud [37], desde aproximadamente el año 1900, que se sabe que las actividades que el ser humano expresa (y que su cultura recorta con el nombre de conducta) provienen de la historia del sujeto y tienen carácter simbólico. Las fluctuaciones constantes del devenir de la actividad reciben el nombre de dinámica [38]. Por cierto, existen dinámicas normales, cuando esas fluctuaciones permanecen dentro de los límites objetivamente, culturalmente y subjetivamente determinados como tales, y anormales, cuando las fluctuaciones se salen de cauce y rodean la normalidad o se reorganizan en otra estructura (en este caso, personal). Esta situación fue descripta para los sistemas en general por el Premio Nobel Ilya Prigogine bajo el nombre de estructuras disipativas [39].

No parece admisible, en el estado actual de los conocimientos, evadir las conceptualizaciones sistémica y dinámica. No parece posible dejar de reconocer en cada actividad del ser humano una actividad simbólica una vez que la capacidad de simbolizar se ha instalado: Es útil recordar que para actividades de corto alcance y para la organización emocional, la capacidad simbólica se inicia ya en momentos muy tempranos de la vida.

Un enfoque transdimensional es aquél que supera las fronteras de las dimensiones. Como he señalado, éstas constituyen meros recortes sistémicos de la realidad y del ser humano inmerso en ella. Los sistemas no son biológicos o emocionales o cognitivos o espirituales, sino todo ello a la vez. No se trata de dimensiones del ser humano, en verdad, sino de la lupa que los observadores de ese ser humano pueden, quieren o saben utilizar para observarlo.

Para la teoría y la práctica de la AT, una visión holística SDT implica abordar al sujeto por nacer, recién nacido o de corta edad con problemas o posibilidades de presentarlos desde todas las realidades, en todas sus dimensiones, teniendo en cuenta todos sus niveles de interacción, en su contexto, por lo que las acciones a acometer serán lo más abarcativas posible y considerarán cada aspecto fragmentario dentro de una matriz global que le da un significado determinado, en el presente pero asimismo como resultado de una historia simbólica personal, familiar, cultural.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wernicke, C. G., y col.: Bases teóricas de la Estimulación Temprana y Tempranísima. Cuadernos Pestalozzi Vol II n° 2, Niterói, Brasil, 2000
2. Wernicke, C. G.: Estimulación temprana (precoz) y tempranísima. Suplemento Eduterapia n° 4, Buenos Aires 2001
3. Cirigliano, G.: Documento Incape año 2 n° 2, 7/1995: Glosario de la Ley Federal de Educación;
4. Wernicke, C. G.: Qué es Estimulación Temprana. Publicación Interna, Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social, Buenos Aires 1990
5. Wernicke, C. G.: Pedagogía y necesidades básicas. Educación Hoy n° 0 año 1993, Montevideo, Uruguay
6. Wernicke, C. G.: Castigo y Pedagogía. Cuadernos Pestalozzi Vol II n° 3, Niterói, Brasil 2000
7. Wernicke, C. G.: Pedagogía universitaria: Ideas para un debate. Conceptos Año 77 n° 1, Buenos Aires 2002
8. Wernicke, C. G.: Una pedagogía contextual. Educare IV:141-155, Costa Rica 2003
9. Wernicke, C. G.: Cultura y evaluación. Suplemento Eduterapia n° 14, Buenos Aires 2004
10. Simon & Schuster: International Dictionary, New York 1973
11. Diccionario Clave, Ediciones SM, Madrid 2000
12. Hellbrüge, T., y col.: Diagnóstico funcional del desarrollo durante el primer año de vida. Marfil, Valencia 1980
13. Hellbrüge, T., y col.: Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik, 2. und 3. Lebensjahr. Deutsche Akademie, Munich 1994
14. Hellbrüge, T., y col.: Los primeros 365 días de la vida del niño. Marfil, Valencia 1980
15. Massie, H., y Rosenthal, J.: Las psicosis infantiles en los primeros 4 años de vida. Paidós, Buenos Aires 1986
16. Wernicke, C. G.: Sistemas funcionales encefálicos y detección de su disfuncionalidad. Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia Funcional de los Maxilares Vol. 18 n° 55-56:57-64, Buenos Aires 1984/85
17. Wernicke, C. G.: Sistemas funcionales y necesidades para el desarrollo de la personalidad. En: Cultura, Sociedad y Medio Ambiente en el Proceso de Aprendizaje del Niño, de Ester Precht y col., Educares, Santiago, Chile, 1986
18. Wernicke, C. G.: Educación, reeducación y necesidades básicas. Cuadernos de Psicomotricidad y Educación Especial año 2 n° 4:5-31, Buenos Aires 1991
19. Wernicke, C. G.: Pedagogía y diversidad humana (Introducción a la edición en español). En: Enseñando y aprendiendo con Hannah, de L. Wise y C. Glass, Ed. Méd. Panamericana, Buenos Aires 2001
20. Montessori, M.: El niño - El secreto de la infancia. Diana, México 1982 (original 1932)
21. Montessori, M.: La mente absorbente del niño. Diana, México 1986 (original 1949)
22. Bobath, K., y col.: Trastornos cerebromotores en el niño. Ed. Méd. Panamericana, Buenos Aires 1976
23. Grupo de Atención Temprana: Libro Blanco de la Atención Temprana, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid 2000.
24. D'Ambrosio, U.: Transdisciplinariedad e a proposta de uma nova universidade. Meta N° 1, Año 1, Brasilia 1999
25. Wernicke, C. G.: Plan de abordaje para el diagnóstico y el tratamiento tempranos. Tiempo de Integración Año VIII n° 40, Buenos Aires 1993
26. Wernicke, C. G.: La estimulación temprana en el niño con Síndrome de Down. Boletín de la Asociación Síndrome de Down de la República Argentina Año 5 n° 16, Buenos Aires 1993
27. Wernicke, C. G.: ¿Es apto mi hijo para la escolaridad primaria? Tiempo de Integración año 7 n° 37, Buenos Aires 1993
28. Moyá Trilla, J., y col.: 3000 días en la vida de su hijo. CMDTE, Barcelona, 1980
29. Wernicke, C. G.: Signos de Alarma Neuropsicológica. Publicación interna de la Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social, Buenos Aires 1990
30. Wernicke, C. G.: Proyecto padres orientados. Suplemento Eduterapia n° 12, Buenos Aires 2004
31. Wernicke, C. G.: Estimulación temprana y vinculación temprana: una misma cosa. Tiempo de Integración, Año VI n° 29, Buenos Aires 1992.



32. Wilber, K.: Sexo, ecología, espiritualidad. Gaia 1998, orig. 1995
33. Bertalanffy, L., v.: Kritische Theorie der Formbildung. Borntraeger, Alemania 1928
34. Wernicke, C. G.: Las Necesidades Básicas. Tiempo de Integración año IV n° 18, Buenos Aires 1990.
35. Luria, A.: El cerebro en acción. Fontanella, España 1974
36. Quirós, J. B. de, y Schragar, O.: Fundamentos neuropsicológicos en las discapacidades de aprendizaje, Panamericana, Buenos Aires 1980
37. Freud, S.: Obras Completas. Biblioteca Nueva, Madrid 1967
38. Reca. T.: Psicología, psicopatología, psicoterapia. Siglo XXI, Buenos Aires 1973
39. Prigogine, I.: ¿Tan sólo una ilusión? Tusquets, Barcelona 1983



# Suplemento Eduterapia

## NÚMEROS PUBLICADOS

1. Esquemas de Psicosis tempranas
2. DFH (Test del Dibujo de la Figura Humana)
3. El diagnóstico de trastorno de déficit de atención y sus límites
4. Estimulación temprana (precoz) y tempranísima
5. La Terapia de Contención en los trastornos generalizados del desarrollo
6. Sistemas funcionales y discapacidades de aprendizaje
7. Retardo mental y psicosis temprana en el ejemplo del síndrome de Rett - 2ª Parte
8. Aprender a pensar, enseñar a pensar
9. El contexto de las relaciones entre hermanos
10. La historia de la vida en el trabajo diagnóstico
11. Simetría, dominancia y preferencia
12. Proyecto Padres orientados
13. Evaluación: Principios y estrategias
14. Cultura y Evaluación
15. Actividad, Conducta y Problemas de conducta
16. Motivación y desmotivación
17. Atención Temprana: Aspectos Básicos