

# Los Programas de Intervención Temprana: Una Alternativa para ayudar a Niños en riesgo y a sus Padres... a pesar de todo<sup>1</sup>

HILDA ROSA  
MOSCO  
CHAMBERGO \*

*En los programas para la primera infancia, una tarea tan importante como la de lograr progresos del desarrollo es la preparación de las familias para enfrentar el futuro. Las familias [...] deben aprender que la responsabilidad de satisfacer las necesidades de un niño excepcional no es una carrera que hay que correr hasta perder todas las fuerzas. Más bien es como una maratón, en la que un ritmo bajo y sostenido otorga la victoria.*

WEYHING, M.C. (1983)

En el trabajo de investigación etnográfica que tuvimos la oportunidad de realizar como observadores participantes, se pudo apreciar el funcionamiento de un Programa de Intervención Temprana en Educación Especial (PRITE), que atiende niños de 0 a 6 años de riesgo establecido o de alto riesgo biológico y ambiental. Dicho programa es considerado exitoso por los padres de familia y por personas vinculadas a los sectores de educación y salud, debido a la cantidad de usuarios que atiende y a la organización de su labor. En esta comunicación revisaremos el concepto de "intervención temprana", así como parte de la problemática que deben afrontar los PRITEs de gestión estatal, para luego presentar una descripción del programa estudiado, demostrando que gracias a los esfuerzos que hacen para lograr una mejor calidad del servicio brindado, son una buena alternativa para ayudar a niños de riesgo y sus familias, a pesar de las dificultades que tienen para cumplir con los objetivos que se proponen.

---

<sup>1</sup> La información utilizada en la presente comunicación forma parte de la tesis "La deserción en un Programa de Intervención Temprana en Educación Especial (PRITE) desde el enfoque de la gestión educativa: análisis y tentativas de solución", la cual ha sido ganadora del Premio a la Investigación PUCP 2002 en la categoría Tesis de Maestría.

\* Pontificia Universidad Católica del Perú. Escuela de Graduados.

## EL CONCEPTO DE "INTERVENCIÓN TEMPRANA" Y SUS ANTECEDENTES

La "intervención temprana" es un término general que involucra una gama de tratamientos educativos o terapéuticos para la atención del niño de alto riesgo y su familia, con la finalidad de prevenir o mejorar posibles alteraciones o reducir los efectos de las discapacidades. Dicha intervención tiene fundamentos fisiológicos y psicológicos. Son diversos los estudios realizados que han demostrado que el cerebro continúa madurando después del nacimiento y por lo tanto tiene facultades de compensarse funcionalmente frente a una lesión. El fundamento psicológico propone que quien realice el trabajo de intervención debe involucrar a los padres, puesto que se afirma que el niño de primera infancia aprende mejor cuanto más estrecho es el vínculo afectivo que lo liga con aquel de quien aprende.

Heward cita a McConnell (1994: 526) para afirmar que:

[...] la intervención temprana se puede definir como una reunión poco estructurada de programas públicos y privados, realizados en el aula o en el hogar, que proporciona (1) servicios complementarios o preventivos para niños con riesgo de sufrir problemas de aprendizaje y de conducta en etapas posteriores, y (2) programas de in-

tervención para los problemas o déficits ya existentes.

Los Programas de Intervención Temprana no son aplicables en forma rígida y uniforme. Hay diferentes modalidades. Los modelos encontrados por Heward (1998) son de cuatro tipos:

- Los programas hospitalarios.
- Los programas desarrollados en el hogar.
- Los programas desarrollados en los centros educativos.
- Los programas combinados entre el hogar y los centros.

Los equipos de profesionales que atienden en los Programas de Intervención Temprana presentan una composición bastante diversificada en los distintos países que brindan este servicio, pero todos tienen en cuenta las necesidades del niño y su familia. En estos equipos se puede encontrar profesionales de disciplinas completamente distintas. Soriano (1999) halló que en los países de Europa los profesionales que integran los equipos pertenecen a cuatro sectores: el médico y paramédico, el psicológico, el educativo y el social, que pretenden abarcar los diferentes aspectos del desarrollo del ser humano.

## LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN EL PERÚ Y SU PROBLEMÁTICA

En el Perú, los Programas de Intervención Temprana que pertenecen al Ministerio de Educación (MINEDU) son entidades no escolarizadas incluidas en la modalidad de Educación Especial. Fueron creados en el año 1990 como una de las estrategias encaminadas a ampliar la cobertura del servicio educativo del "Plan de Desarrollo de la Educación Especial 1985-1990". Se les conoce como "PRITE". Hasta el año 2001 funcionaban 41 PRITEs, de los cuales 17 están ubicados en Lima y el resto en provincias. Gracias a los nuevos lineamientos de política del ministerio, se han creado 16 más en diversas localidades del interior del país que se encuentran en proceso de organización e implementación.

Los PRITEs se encuentran bajo la jurisdicción política de la Unidad de Educación Especial, Dirección Nacional de Educación Inicial y Primaria del MINEDU, y están regidos por la base legal que dan la Constitución del Perú, la Ley General de Educación N.º 23384 y otros instrumentos que norman su creación, organización y funcionamiento. Si bien cada PRITE ha elaborado sus objetivos individuales, estos deben ser coherentes con los formulados por la Unidad de Educación Especial para todos los programas:

- Garantizar una educación oportuna, adecuada e integral a los niños de alto riesgo o riesgo establecido entre 0 a 6 años de edad.

- Asegurar la capacitación de los padres de familia para su participación activa en la atención de sus hijos, tanto en el PRITE como en el hogar.

- Impulsar la integración temprana de los niños a los centros regulares de educación inicial y de educación primaria.

- Orientar a la comunidad en aspectos preventivos difundiendo la importancia y alcances de la intervención temprana.

Según la Guía para la Organización y Funcionamiento de los PRITEs de 1987, el equipo profesional básico debe estar conformado por: un(a) docente de educación especial, quien ejercerá la coordinación, un(a) psicólogo(a) y un(a) fisioterapeuta, pudiendo ampliarse el personal de acuerdo a la estrategia que asuma cada programa.

La estructura del cronograma anual de atención al niño es similar al de un centro educativo (36 ó 37 semanas), por lo cual el tiempo que el niño recibe tratamiento directo es aproximadamente de ocho a ocho meses y medio al año. El mes de marzo se destina para las actividades de planificación y organiza-

ción. Este sistema debería ser cambiado próximamente, si se cumple el D.S. N° 007-2001-ED del 12 de febrero del 2001, el que indica que en los PRITEs se atenderá durante los doce meses del año.

Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos que hace el Estado, hemos podido apreciar<sup>2</sup> que no todos los programas funcionan de igual manera debido a factores como escasez de personal (muchos no tienen el equipo profesional básico completo), recursos materiales y financieros limitados, ubicación geográfica, etc., por lo que es sumamente difícil que cumplan con sus objetivos.

En principio, la norma mencionada (D.S. N° 007-2001-ED) no puede acatarse debido a que la mayoría del personal que labora en los PRITEs –que, como se ha dicho, pertenece a diferentes especialidades (fisioterapeutas, psicólogos, trabajadoras sociales, etc.)– no cuenta con título pedagógico, por lo cual no puede acceder al nombramiento, estando en condición de contratado (en promedio nueve meses al año). Esto limita la gestión de recursos humanos porque las condiciones salariales son inferiores y el período de trabajo anual no se superpone. Mientras el MINEDU no aplique una normativa especial para el personal con título no pedagógico que labora en los PRITEs que les permita acceder al

nombramiento o tener un régimen de contrato especial por los requerimientos del servicio, la disposición para que los PRITEs trabajen todo el año seguirá siendo letra muerta.

Adicionalmente a lo descrito encontramos algunos *obstáculos* para que los PRITEs logren los objetivos que el ministerio establece:

### **Objetivo 1: Garantizar una educación oportuna, adecuada e integral a los niños de alto riesgo o riesgo establecido entre 0 a 6 años de edad**

Para muchos niños en riesgo la intervención temprana debería iniciarse desde el nacimiento. Sin embargo el sector salud no realiza la derivación a los PRITEs porque –entre otros motivos– desconocen su existencia o los derivan a otras áreas de salud (medicina física, psicología, etc.), perdiéndose la ventaja del tratamiento integral que puede brindar un equipo de trabajo interdisciplinario.

En los centros de educación inicial regular se pudo observar que al momento de la matrícula del niño no se realiza una anamnesis que permita determinar si es de alto riesgo, detectándose los problemas

---

<sup>2</sup> A partir de una observación realizada a diversos PRITEs de Lima durante el año 1997 con la finalidad de investigar sobre la planificación en dichas entidades.

después de 2, 3 ó 4 meses de haberse iniciado el programa. El inicio tardío de la intervención hace que se pierda un tiempo valioso para el niño.

**Objetivo 2: Asegurar la capacitación de los padres de familia para su participación activa en la atención de sus hijos, tanto en el PRITE como en el hogar**

La atención que se brinda al niño o niña es individual y ambulatoria, y debe realizarse en presencia del padre a fin de capacitarlo para que continúe con el tratamiento en el hogar. Para que este sea efectivo deberá empezarse por atender las necesidades de los padres en cuanto a aceptación, información sobre la patología del niño, participación de toda la familia, etc. Sin embargo, no todos los PRITEs pueden hacerlo por falta de organización, por carencia de un diagnóstico de necesidades, por inexperiencia en el trabajo con padres, etc.

La capacitación a los padres debería darse luego de la capacitación del propio personal del PRITE. Hasta donde tenemos conocimiento, el ministerio no ha realizado un diagnóstico nacional de necesidades a este respecto, brindando una capacitación esporádica y a criterio del personal que labora en la

Unidad de Educación Especial y/o en las Unidades de Servicios Educativos.

**Objetivo 3: Impulsar la integración temprana de los niños a los centros regulares tanto de educación inicial como de educación primaria**

La R.M. N° 168-2002-ED, en el numeral "2.12 Educación Especial", ítem 2.12.1, establece que:

Los centros de educación especial no matricularán a educandos que presenten problemas leves de lenguaje, impedimentos físicos, problemas de conducta, problemas de aprendizaje y fronterizos, quienes deberán permanecer en sus centros educativos regulares recibiendo asesoramiento de los Servicios de Atención a la Diversidad (SAD) que brindan los centros y programas de educación especial.

Sin embargo, los numerales "2.10 Educación Inicial" y "2.11 Educación Primaria de Menores" no especifican que en estos niveles *deberá aceptarse* la matrícula de "educandos que presenten problemas...", como lo indica el numeral 2.12. Esto es tomado como pretexto para que muchos centros educativos de inicial o primaria regular se nieguen a aceptar niños con necesidades educativas especiales aduciendo que no tienen personal

capacitado (capacitación que debería estar a cargo del MINEDU y/o de sus entidades intermedias), desconociendo con dicha actitud los derechos del niño y todo lo suscrito por nuestro país para cumplir los acuerdos de la convención sobre los derechos del niño aprobada por las Naciones Unidas, la conferencia mundial sobre educación para todos de Dakar, las normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, la conferencia mundial sobre necesidades educativas especiales de la Declaración de Salamanca, entre otras.

#### **Objetivo 4: Orientar a la comunidad en aspectos preventivos difundiendo la importancia y alcances de la intervención temprana**

El personal de los PRITEs realiza acciones de difusión en su comunidad, en la medida que el tiempo y sus recursos se lo permiten. La Unidad de Educación Especial, en su afán de divulgar la importancia de la intervención temprana, realizó en el año 2001 un video sobre el tema, pero lamentablemente hasta el momento no se ha visto que sea propalado por los medios de comunicación. Adicionalmente se confeccionó un tríptico que difunde la labor de los programas, así como la relación de los que existen

a nivel nacional. Sin embargo, se ha podido constatar que dicha difusión es insuficiente ya que al realizar una encuesta al azar<sup>3</sup> entre el público no vinculado con los PRITEs la gran mayoría manifestó desconocerlos, lo que no sucede con los Wawa Wasis o los PRONOEIs.

#### **A PESAR DE TODO... LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA PUEDEN SER UNA MEJOR ALTERNATIVA**

El programa objeto de nuestro estudio pertenece al Ministerio de Educación y se encuentra ubicado en un distrito populoso de Lima. Tiene como jurisdicción escolar seis distritos aledaños, puesto que es el único en la zona. Para efectos de conseguir la infraestructura en donde funciona ha establecido vínculos a través de un convenio, como muchos otros PRITEs, con una institución que pertenece al Ministerio de Salud, la cual deriva al programa —para su evaluación y tratamiento— a aquellos niños cuyo diagnóstico médico es de riesgo. Adicionalmente, y cada año en mayor número, se inscriben niños que llegan por propia iniciativa de sus padres. Esto hace que el programa no necesite realizar campañas de capta-

---

<sup>3</sup> Encuesta realizada en diferentes zonas de Lima en 1999, a 30 personas elegidas al azar, como parte de la etapa de observación exploratoria de la investigación.

ción. Como vemos en la siguiente tabla, en los últimos años ha aumentado la población atendida.

Año	Cantidad
1997	154
1998	125
1999	165
2000	172

Entre 1997 y 2000, los niños de alto riesgo probable atendidos en el programa han presentado como antecedentes: nacimiento prematuro y bajo peso, asfixia severa, hiperbilirrubinemia, hipoglicemia sintomática, sepsis neonatal, meningoencefalitis, defectos posturales, ictericia, sífilis congénita, depresión moderada, hipotonía y desnutrición calórica. Los niños de riesgo biológico establecido han sido diagnosticados con: síndromes convulsivos (Down, West), sordera, hipoacusia neurosensorial, parálisis cerebral infantil, malformaciones congénitas, quiste aracnoideo, ceguera, retinopatía, autismo infantil, microcefalia, hidrocefalia, traumas encéfalo craneanos, cardiopatía congénita, leucemia mieloides crónica, albinismo y lesión cerebral. Entre las causas de alto riesgo ambiental se registró problemas de lenguaje, falta de estimulación y antecedentes postnatales.

La atención al niño se realiza de lunes a viernes, en el turno de la

mañana, con las siguientes características:

- En forma individualizada y ambulatoria, es decir se atiende a cada niño en horarios de 30 a 45 minutos, semanal, quincenal, mensual o de control (cada dos meses o a criterio de la especialista que lo tiene a cargo).

- En pequeños grupos, como en el área de terapia física en donde cada especialista atiende a una pareja de niños pequeños con la participación activa de las madres.

- En grupos, en talleres de psicomotricidad y expresión socioemocional, según los requisitos que se detallan más adelante, y con una frecuencia semanal.

El programa brinda servicios a través de las siguientes áreas:

### **Pedagogía especial**

Atención a niños que requieren estimulación integral en el aspecto pedagógico y, según la especialidad, con énfasis en el retardo del desarrollo y problemas de audición y lenguaje. Realiza terapias encaminadas al desarrollo integral.

### **Psicología**

Atención a niños que requieren estimulación integral por problemas socioemocionales que alteran su conducta y la de su familia. Realiza

za terapias encaminadas a la formación de la personalidad del niño.

### **Terapia física y rehabilitación**

Cuidado del adecuado desarrollo neuromotor del niño en los primeros meses y años, atendiendo problemas físico-posturales y ortopédicos. Realiza terapias encaminadas a su mejor desenvolvimiento.

### **Servicio social**

Estudia la situación socioeconómica familiar y brinda apoyo social de acuerdo a las necesidades y disponibilidad del programa. Obtiene material de difusión para la prevención de la salud del niño y de su familia. Gestiona ante el Estado, a través del Programa Nacional de Alimentación (PRONAA), la donación de alimentos que son preparados en el PRITE para los niños. Lleva el control de peso y talla de todos los niños inscritos para determinar casos de desnutrición crónica. Realiza visitas a hogares que el equipo determine, informando posteriormente los resultados. Orienta al padre de familia para que pueda acceder a servicios sociales de salud, justicia, educación, etc.

### **Talleres de psicomotricidad y expresión socioemocional**

Se llevan a cabo una vez a la semana durante tres semanas al mes, trabajando con grupos de niños ma-

yores de dos años, que cumplan los requisitos de tener desplazamiento independiente, no estar integrados a escolaridad y obedecer consignas.

En todas las áreas se realiza evaluación y diagnóstico inicial, de proceso y de egreso. Cabe señalar que el área de servicio social, adicionalmente a las funciones específicas en beneficio del niño, realiza simulacros de acciones de defensa civil, gestiona todo tipo de donaciones (medicinas, vestuario, juguetes, etc.), visita a los niños que se encuentran internos en el hospital, tramita ante el área de servicio social del nosocomio la exoneración o descuento de los derechos de hospitalización, realiza las compras (conjuntamente con la coordinadora) de los materiales que el programa requiera, y otras actividades más.

Cuenta con un equipo profesional multidisciplinario conformado por profesoras de Educación Especial con especialidad en retardo mental y en problemas de audición y lenguaje, terapeutas físicos, psicóloga y asistente social. Adicionalmente hay dos auxiliares de educación que realizan labores administrativas y personal para cocina, lavandería y limpieza.

La condición laboral del personal es variada ya que un 27% es nombrado, 18% es nombrado en otro centro educativo y trabaja en el

programa en calidad de "destacado" y el 55% es contratado.

El período anual de trabajo es de febrero<sup>4</sup> a diciembre, con el siguiente cronograma de actividades:

- Febrero: Captación y evaluaciones de niños nuevos. Inscripción de niños antiguos, control de avances o reevaluación cuando lo requieran.

- Marzo: Evaluaciones de niños nuevos o antiguos y trabajo administrativo (planificación, elaboración de planes de trabajo, etc.).

- De abril a junio y primera semana de julio: Tratamiento y evaluaciones de los niños.

- Segunda y tercera semanas de julio: Confección y entrega de recomendaciones.

- De fines de julio a mediados de agosto: Vacaciones.

- De mediados de agosto a noviembre: Tratamiento y evaluaciones.

- Diciembre: Confección y entrega de recomendaciones, actividades de cierre de año, elaboración de documentos administrativos (informes anuales de áreas, informes de egreso de los niños, etc.).

El financiamiento de las actividades que realiza el PRITE es asumido con recursos económicos de diferentes fuentes:

- *Del Estado*: El Ministerio de Educación abona los sueldos del personal, algunos materiales de oficina y limpieza, así como las eventuales capacitaciones del personal.

- *Del centro de salud*: Que proporciona algunos servicios generales (gasfitería, imprenta, teléfono, fax, infraestructura, etc.).

- *De los padres de familia*: Que aportan económicamente por el servicio en los rubros de inscripción anual, colaboraciones por tratamiento y apoyo en actividades anuales para recolectar fondos que son destinados para la implementación. El movimiento de estos recursos económicos es registrado en un libro contable que se presenta junto con los comprobantes correspondientes a la entidad intermedia del MINEDU, para su aprobación u observación.

- *Donaciones*: De diversa índole, como víveres, materiales didácticos, juguetes navideños, equipo de oficina, medicamentos, etc.

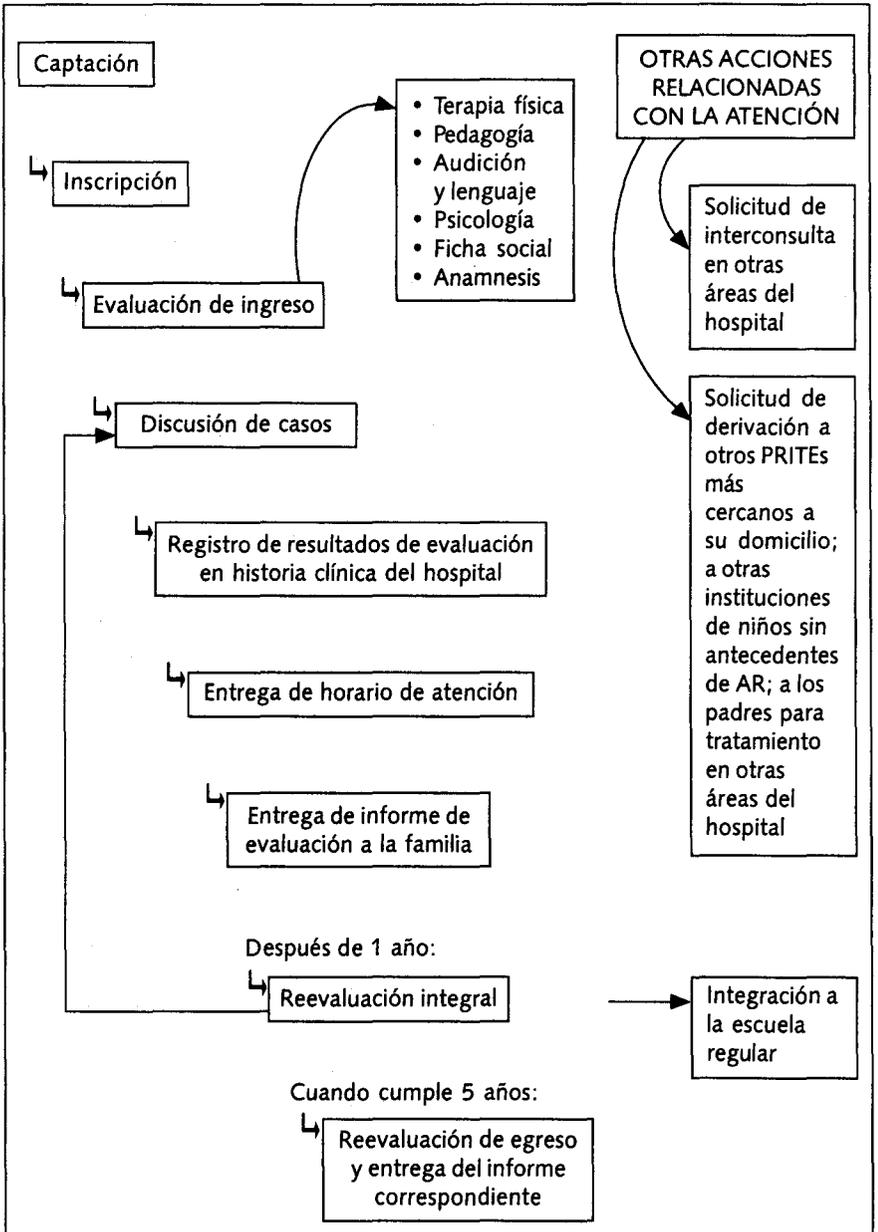
La atención al niño se brinda en el marco de un proceso que comienza con la captación y termina con la entrega del informe de egreso, el que graficamos y detallamos en el cuadro 1.

---

<sup>4</sup> El programa funciona en febrero debido a un cronograma de trabajo del personal que se encuentra de vacaciones, asistiendo 3 ó 4 días durante el mes.

Cuadro 1

SISTEMA DE ATENCIÓN



## CAPTACIÓN

Cuando un padre de familia llega al PRITE, derivado por alguna de las áreas del centro de salud, por una entidad externa o por iniciativa propia, se realiza la captación, que consiste en:

- Informar al padre de familia sobre los servicios que brinda el programa.
- Llenar la *ficha de captación* con los datos del niño o niña y de los padres.
- Solicitar la historia clínica del niño a fin de registrarla en la ficha de captación, y cualquier otra información que se estime necesaria.

## INSCRIPCIÓN

Cumplida la captación, si el padre decide que el niño ingrese al programa, se procede a llenar una *ficha de inscripción*, que contendrá los datos generales del niño, motivo de derivación e información básica (nombre de la persona que lo inscribe, dirección, teléfono, número de historia clínica, etc.). Esta ficha figurará en el expediente del niño durante todos los años que permanezca en el programa y en ella se irá renovando la inscripción anual, momento en el que el padre abona la cuota correspondiente y recibe:

- *Carta de compromiso*: Este documento contiene normas y recomendaciones que los padres de-

ben cumplir y por cuya recepción firman un cargo.

- *Tarjeta de asistencia a la escuela de padres*: Se realiza una vez al mes y la asistencia es obligatoria.
- *Cronograma de citas para evaluación de ingreso*: El niño deberá asistir a las diferentes áreas en las que atiende el programa para ser evaluado. Asimismo, el padre, madre o tutor será(n) entrevistado(s) para recabar datos socioeconómicos y de anamnesis.

## EVALUACIÓN DE INGRESO

Si el niño es menor de cuatro meses será evaluado solo por el área de terapia física y recibirá tratamiento en dicha área hasta que alcance cuatro meses de edad neurológica. Si es mayor de cuatro meses, será evaluado en las áreas de psicología, terapia física y pedagogía especial. Si tiene más de tres años y presenta problemas de audición y/o lenguaje, será evaluado también en dicha área. Adicionalmente el padre, madre o tutor será(n) entrevistado(s) por un miembro del equipo profesional para llenar la *ficha de historia clínica y anamnesis psicológica* y por la asistente social para elaborar la *ficha social*.

## DISCUSIÓN DE CASOS

Es realizada por el equipo interdisciplinario cuando el niño ha con-

cluido sus evaluaciones. El expediente se revisa en una reunión en la que participa todo el equipo profesional, cada uno de cuyos integrantes presenta su diagnóstico de acuerdo a la evaluación realizada. Estos diagnósticos y el resultado de la discusión son anotados en una *ficha de evolución*, en la que se especifica en qué áreas y con qué frecuencia será atendido el niño o niña, así como otras recomendaciones referidas al uso de ortopedia, ingreso a taller de psicomotricidad, orientación a padres, etc. Por último, se registra la edad en que deberá ser reevaluado.

#### REGISTRO DE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA

Los resultados de la evaluación son registrados en la historia clínica que el niño o niña tiene en el centro de salud (en el caso de que la tenga). Los datos relacionados con su salud que la especialista encuentre en la historia clínica, y que estime pertinentes, serán registrados en el expediente que el niño tiene en el PRITE. Es decir, se intercambia información entre ambas instituciones.

#### ENTREGA DE HORARIO DE ATENCIÓN

Las especialistas que brindarán tratamiento al niño elaboran un "Horario de atención del área de....",

en el que figura el área en la que será atendido, el nombre de la especialista, los días, horas y frecuencia (semanal, quincenal o mensual), así como el material que necesitará. Este documento debe ser recabado por el padre en la sección de recepción.

#### ENTREGA DEL INFORME DE EVALUACIÓN

Después de la discusión del caso, una de las especialistas que tendrá al niño o niña en tratamiento, elabora un *informe de evaluación* con los resultados. Este informe será entregado al padre de familia en la primera cita de tratamiento.

#### REEVALUACIÓN INTEGRAL

La reevaluación se realiza después de un año de tratamiento y en la *ficha de evolución* figura la edad en la que el niño deberá someterse a ella. El proceso se repite nuevamente desde el cronograma de citas hasta la entrega del informe de evaluación. Queda entendido que la reevaluación tiene por finalidad que el equipo profesional evalúe en forma conjunta los progresos del niño y se actualicen los datos de la ficha social y la anamnesis.

#### EVALUACIÓN DE EGRESO

Se realiza al finalizar el año en el que el niño cumple 5 años. El proceso es similar al de la reevalua-

ción integral, desde el cronograma de citas hasta la entrega del informe de evaluación, que en este caso es un documento más elaborado, en el cual figura un consolidado del diagnóstico de todas las áreas, la evaluación de la participación del padre de familia en el tratamiento y las recomendaciones y sugerencias para el tratamiento que deberá continuar en otra institución o en su escolaridad.

#### OTRAS ACCIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN DEL NIÑO

Todas las actividades que se realizan en el programa están orientadas a mejorar la calidad de vida de los niños por lo cual, en cuanto se observa en ellos alguna sospecha que pudiera sugerir un problema en su normal desarrollo –sordera, hipoacusia, visión subnormal, ambiente familiar de riesgo, etc.–, se procede a:

- *Solicitud de interconsulta:* Para solicitar atención en algunas áreas del centro de salud.

- *Solicitud de derivación:* Para enviar a los niños a otro PRITE más cercano a su domicilio; para enviar a otra institución a niños sin antecedentes de alto riesgo; para enviar a los niños y/o padres a que reciban tratamiento paralelo en otras áreas del centro de salud (psicología, planificación familiar, etc.).

- *Integración a la escuela regular:* Realizada por el equipo de Servicio de Atención a la Diversidad (SAD).

Como indicamos al inicio, el trabajo de intervención debe involucrar a los padres de familia. La atención que se brinda a la familia se pudo observar en tres categorías: la participación, la cooperación y la atención.

#### PARTICIPACIÓN

La participación de los padres es de tres tipos:

- *Consultiva*, puesto que se da un intercambio de información entre especialistas y padres de familia sobre el progreso del niño.

- *Participativa*, ya que es el padre quien aprende cómo debe realizar en casa las actividades de estimulación, elabora material que le solicita la especialista o acompaña al niño o niña en las actividades que el PRITE programa (excursiones, desfiles, etc.).

- *Administrativa*, cuando el padre pertenece al Comité de Apoyo de Padres de Familia.

#### COOPERACIÓN

Los padres cooperan desde las funciones de *información* sobre los problemas de sus hijos, y de *asistencia*,

ayudando a los profesionales en el proceso de rehabilitación.

## ATENCIÓN

Se brinda a los padres cubriendo áreas de:

- *Información* sobre la situación del desarrollo del niño, de acuerdo a la evaluación realizada.
- *Asistencia y orientación* que cubre tres campos de acción: asistencia psicológica, pedagógica, social y técnica.
- *Formación* sistematizada a través de la Escuela de Padres.

En el Programa de Intervención Temprana estudiado podemos observar que la organización está basada en un proceso que va cubriendo etapas, y regida por normas que deben ser cumplidas tanto por el personal como por los padres de familia. Su funcionamiento ha sido adaptado a la institución dentro de la cual se encuentra: el centro hospitalario. Esto hace que muchos padres no perciban la institución como educativa sino como un área más del hospital, lo que nos llevaría a afirmar que es una institución educativa con cultura hospitalaria.

A pesar de que el personal realiza esfuerzos para brindar una buena atención, no todo es perfecto.

Como los otros PRITEs de gestión estatal, también afronta los problemas descritos anteriormente y otros propios como son: inasistencias constantes al tratamiento, falta de concientización por parte del padre de la problemática de su niño, frecuentes cambios de profesionales, poca cantidad de personal, alta deserción anual, etc.

## REFLEXIONES

### (A MODO DE CONCLUSIONES)

Entre los factores que ayudan a considerar exitoso este programa, en comparación con los otros, encontramos los siguientes:

- El funcionamiento del programa dentro de un hospital, lo que hace que tenga una población derivada por el sector salud. Por ello no tiene que afrontar la problemática de otros PRITEs: falta de carga escolar. Sin embargo, podría llevar a que los padres perciban la atención como "tratamiento médico" y no como "tratamiento educativo".
- La organización ha sido establecida por etapas y en áreas, similar a los servicios que brinda el sector salud, lo que da una imagen de orden y seriedad al trabajo que se realiza.
- El trabajo interdisciplinario permite logros que, cuando son percibidos por los padres, son difundidos.

dos por ellos entre otros padres de niños en similar situación, lo cual ha incrementado la inscripción por iniciativa propia.

- A pesar de los problemas que debe afrontar el PRITE en estudio, así como los otros PRITEs de gestión estatal, no podemos desconocer la importancia de la intervención temprana como una alternativa de atención integral en la problemática de los niños de alto riesgo. Sen (1999) afirma que:

mejorar la calidad de vida de los niños, influenciada por la educación, la seguridad, prevención de traumas, etc., puede ser parte crucial para el desarrollo.

Por su lado Eming (2001) considera que la atención en programas preescolares:

[...] no sólo contribuye a la formación del capital humano sino que aumenta el rendimiento de las inversiones en las escuelas al promover niveles de matrícula oportuna, reducir las tasas de repitencia y deserción así como mejorar las aptitudes académicas. Igualmente reduce el gasto público al reducir los costos de salud, asistencia pública y educación.

Es decir, podemos afirmar que contribuye al desarrollo social y económico del país.

- Solucionar los problemas de los PRIMEs para mejorar la calidad de la atención, que se refleje en una mejor calidad de vida del niño y niña de riesgo así como en su integración a la familia, la escuela y la comunidad, va a depender no solo del Estado, sino de los profesionales que trabajan en ellos y de los padres de familia.