

INFORME DE INVESTIGACION



INTERACCION SOCIAL TEMPRANA EN NIÑOS RETARDADOS

María Cristina Melo Rico*

Introducción

Esta investigación surgió como un interrogante sobre la integración del niño retardado mental al medio educativo regular y, en particular, sobre la forma como se estaba llevando a cabo en las salacunas de Bogotá, en donde fue importante constatar y comprender el significado de las interacciones sociales allí suscitadas y el impacto de las mismas en cuanto favorables o no para dicha integración.

En la mayoría de los países europeos y americanos la tendencia actual en Educación Especial se orienta hacia la integración del niño con necesidades educativas especiales al medio educativo regular. Prueba de ello son las disposiciones emanadas tanto de organismos internacionales dedicados a la infancia como las promulgadas en el contexto nacional de cada país para sustentar la legalidad de esta tendencia y su promoción**.

En Colombia las experiencias de integración de niños retardados mentales han sido esfuerzos aislados, poco sistematizados y sin mayor impacto.

Tradicionalmente estos niños han sido rechazados en la familia, en la escuela y en la comunidad. En los primeros años de vida suelen permanecer en la casa y reciben atención esporádica en los servicios de rehabilitación de los hospitales, o por consulta externa, en algunos centros de educación especial por parte de equipos de terapeutas.

Aún persisten temores, resistencias, falta de información y de preparación en relación con lo que significa un niño retardado mental y lo que implica el proceso de integración a un medio *normalizado*.

Las salacunas apenas les están abriendo sus puertas y teniendo en cuenta que en ellas, su vida y socialización dependen enteramente de las interacciones entre los niños, los padres, las auxiliares y directivas, se consideró relevante revelar lo explícito e implícito de las verbalizaciones y de las acciones que en dicho contexto sucedían para comprender la orientación dada a la atención tanto de los niños *retardados mentales* como de los *niños normales*.

El niño retardado mental, al igual que cualquier otro niño, tiene el derecho a la educación, y su integración a la escuela regular le permite hacerlo realidad. Dentro de esta perspectiva la salacuna entra a asumir un papel fundamental como espacio para propiciar la integración, como alternativa educativa para un mayor número de niños que según nuestras condiciones, circunstancias, posibilidades y recursos, estarían desprovistos de una atención especializada.

En los programas de integración en la salacuna, las interacciones que en ella suceden se convierten en el eje dinamizador de la vida de los niños allí inscritos. Por tanto, la calidad de tales interacciones debe ser óptima e involucrar las interacciones del hogar con proyecciones hacia la comunidad, de manera que se cambie la concepción

* Profesora de la Facultad de Educación de la Universidad Pedagógica Nacional.

** Véase *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*, 1990, p. 6; *Constitución Política de Colombia*, 1991, art. 68; *Plan Nacional para el Desarrollo de la Educación Especial*, 1991, pp. 6 y 7; *Plan de Desarrollo Económico y Social*, 1991-1994, p. 121.

segregacionista y estigmatizante, aún vigente en nuestro medio, por una concepción que verdaderamente propicie la integración social del retardado mental en todos los ámbitos de la vida social.

Problema

El problema estuvo centrado en indagar y comprender el tipo y calidad de las interacciones acontecidas en la salacuna, en el marco de lo que debe ser la integración de niños *normales* y niños *retardados mentales*.

La pregunta que guió la investigación estuvo orientada a comprender ¿cómo está sucediendo la integración de los niños *normales* y *retardados mentales* a partir de las interacciones que se suscitan en el contexto de la salacuna?

Propósitos

La investigación tuvo un doble propósito; por un lado, caracterizar y comprender las interacciones entre las auxiliares y los niños dilucidando aquellas que favorecían o no la integración de los retardados mentales. Por otro lado, se buscó comprender el sentido de las vivencias experimentadas por las personas que tuvieron contacto con dichos niños, tanto en la salacuna como fuera de ésta.

Con estos objetivos se trabajó con 68 niños de nivel socioeconómico bajo (8 retardados mentales y 60 normales) pertenecientes a los tres niveles de una salacuna (lactantes, gateadores y caminadores) ubicada en Bogotá y en la cual funciona un programa de integración de niños *discapacitados* desde marzo de 1992.

Marco conceptual

La problemática del retardo mental es multidimensional y abarca factores de tipo biológico, psicológico y social, los cuales inciden en el sujeto, en la familia y en la sociedad.

Según Hallahan y Kauffman (1988), la mayoría de autores coincide en la importancia de tales factores para asumir integralmente al sujeto retardado mental. Es así como en la medida en que el daño neurológico sea mayor, será necesaria la intervención de la medicina para garantizar el estado adecuado de salud que permita el desarrollo de programas educativos que lo beneficien. En cambio en la medida en que sea el ambiente el factor relevante, sólo con su modificación podrá favorecerse el éxito de las propuestas educativas que allí se implementen.

El conocimiento de los factores biológicos y ambientales que inciden en el retardo mental no sólo son importantes desde el punto de vista remedial (una vez que se ha producido el retardo), sino también desde el punto de vista preventivo. Tales factores pueden actuar en cualquier momento de la vida del individuo desde antes de su concepción hasta las etapas posteriores a su nacimiento.

Tanto en el campo de la medicina como de la psicología, la investigación ha demostrado la existencia de situaciones prenatales, prenatales y postnatales relacionadas con el retardo mental, como se reseña en la revisión de literatura de autores como Ingalls (1982); Bullock (1992); Patton, Beirne-Smith y Payne (1990); Cytryn y Lourie (1978); Kirk, S. (1969). En nuestro medio dentro de los factores de deprivación sociocultural se destaca lo referente a la violencia y maltrato infantil, con estudios importantes que lo ilustran como los de Guerrero (1991), Mena, C. y Sarmiento (1985), Ramírez (1990).

La prevención debe propender, ante todo, por disminuir los índices de retardo existentes, por desarrollar habilidades funcionales en quienes lo presentan con el fin de viabilizar su integración a la sociedad y contribuir así a desaparecer los temores y mitos que rodean al retardado mental.

Se hace necesario el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos, especialmente de los sectores en desventaja. Esto exige eliminar la pobreza, proteger al niño que corre riesgos en los ambientes de inseguridad física y emocional, efectuar campañas de educación que permitan superar el grado de ignorancia existente y cambiar patrones de crianza inadecuados o de creencias que sólo conducen al deterioro del individuo.

Para cumplir lo anterior, se requiere que la medicina se humanice y esté al servicio de todos, que la educación se cualifique en los diferentes niveles y tenga la cobertura necesaria y que el Estado provea los servicios de apoyo requeridos para el mejoramiento de las condiciones de vida y la protección de la infancia.

Igualmente importante es el cambio de las actitudes sociales que se han caracterizado por estigmatizar al *retardado mental*, por disminuirlo intelectualmente y hacerlo menos digno ante los demás como lo anota Goffman (1963), citado por Ingalls. Generalmente todo defecto o incapacidad es un estigma y la etiqueta de retardo mental es el estigma supremo, rodeado por mitos y verdades a medias, nacidos de la ignorancia y de su asociación con enfermedades incurables, lo cual conduce a su rechazo social en todos los ámbitos.

El fantasma del estigma que pesa sobre la población discapacitada, desde el punto de vista sociológico, como lo señala Fierro (1982), citado por Van Steenlandt (1991) desde el punto de vista sociológico, la convierte en un grupo marginado y la discriminación que la margina está inscrita en opiniones culturales y de valor: rechazo del otro, del diferente, con lo cual queda por fuera de la participación del sistema político, económico y social.

Estas valoraciones de la sociedad frente al excepcional o discapacitado han contribuido a la segregación del *mental retardado* desde el mismo momento de su nacimiento, pues la sociedad y, por ende, la familia y la escuela no se encuentran preparados para acogerlos.

La problemática del retardado mental es de carácter individual y social y, en consecuencia requiere de las medidas necesarias en ambos niveles para garantizar el desarrollo individual y social del sujeto que lo presenta y beneficiar de dicho desarrollo tanto a la familia como a la sociedad en su totalidad.

De ahí la importancia de aunar los sectores de salud, educación y servicio social y trabajar conjuntamente con los padres para que tanto ellos como sus hijos no continúen siendo víctimas de la estigmatización y puedan asumir un rol activo en la sociedad.

Una estrategia para llevar a cabo lo anterior es la integración del *retardado mental* al medio escolar regular con lo cual puede hacerse realidad el principio de "educación para todos" (UNESCO, 1985). En el marco de igualdad de oportunidades tal estrategia permite el acceso del retardado mental al sistema educativo regular y exige un cambio de actitud para que el modelo segregacionista ceda el paso al modelo integracionista, el cual asume las diferencias, sin importar cuáles sean, de una manera natural, permitiendo superar los

traumas de la estigmatización negativa y dando una esperanza de realizar el sueño de la integración tanto educativa como social.

Vale la pena destacar lo señalado por Monereo (1985) citado por Van Steelandt acerca de que no se trata de normalizar a la persona, sino normalizar el entorno en que se desenvuelve, adaptando los medios y condiciones de vida a las necesidades de los discapacitados.

El no tener clara esta aseveración, ha llevado a que en nuestro medio se confunda la igualdad de oportunidades con la absoluta identidad de las mismas y a pensar que la simple ubicación del niño en el aula regular permitirá integración automática sin que sea necesaria ninguna adecuación particular. Se ha llegado a posiciones extremas tales como afirmar que ya no será necesario formar educadores especiales, puesto que los maestros regulares asumirán la integración en las aulas a su cargo sin ningún problema.

El verdadero sentido de la integración como lo afirma Hegarty (1990) citado por Van Steenlandt, es estar alerta al hecho de que cada niño es distinto y que, por tanto, necesita intervenciones educativas diferenciales para lograr metas reales: En esto el rol de la Educación Especial es fundamental pues debe estar al servicio de todos los niños que lo requieran, sean especiales o no. De ahí la importancia de unir los dos sistemas educativos (el regular y el especial) para favorecer el desarrollo de todos los niños.

El reto que representa asumir esta nueva modalidad educativa implica cambios radicales en la visión tanto de la educación normal como de la educación especial, el concurso de apoyos externos, racionalización de los recursos de la comunidad, formación de redes intersectoriales para su adecuado aprovechamiento, apoyos internos a nivel de la propia institución educativa, conformación de equipos multidisciplinarios que trabajen con la modalidad transdisciplinaria, recursos materiales y adecuación física de las escuelas.

La integración exige, pues, que la escuela regular ofrezca una educación diferenciada a todos los estudiantes en función de sus necesidades dentro de un marco coherente de planes de estudio. Igualmente exige redimensionar el sistema educativo tradicional hacia un nuevo modelo educativo en donde no se subraye el déficit sino las necesidades educativas de cada educando, lo cual requiere estar abierto a la diversidad y a la diferencia y a cualificar la educación partiendo de los principios de individualización, normalización e integración.

En consecuencia, la escuela tradicional (transmisora de valores tradicionales y del orden social establecido, homogeneizadora, repetitiva, incapaz de tolerar la diversidad), como lo señala García (1986), tendrá que dar paso a un nuevo modelo (donde el alumno y el proceso de aprendizaje pasan a ser lo primordial), como lo indica Miles (1985), autores citados por Van Steelandt.

La verdadera integración se logrará a través de un proceso de interacción —en el que tanto las personas normales como las que tienen necesidades educativas especiales, establecen mutuas relaciones— que conduzca a la adaptación social, y en el cual la socialización tiene un papel esencial.

La salacuna es importante como espacio donde se lleva a cabo la socialización primaria, anteriormente a cargo de la familia. La guardería provee la posibilidad de una red de relaciones a través de las cuales el niño interioriza la realidad externa a él y

organiza su mundo perceptual, desarrollando así la adaptación necesaria para interactuar tanto a nivel de las relaciones con los objetos como de las relaciones con los adultos y sus pares.

El jardín infantil brinda la oportunidad para que el niño se desarrolle como ser individual, como ser social y de ahí la importancia de que la socialización en este espacio se dé en las mejores condiciones posibles para garantizar y crear las bases de una personalidad equilibrada en estas dos dimensiones.

Para la relación adulto-niño y la relación niño-niño se recomienda la estructuración de ambientes, tanto a nivel de relación social como a nivel físico, que verdaderamente posibilite interacciones dinámicas y variadas de todos los participantes (encargadas de la salacuna, profesionales, padres) en cada momento de la vida del niño (juego, alimentación, cambio de pañal).

Para implementar estas estrategias de integración a nivel de salacunas se requerirá del apoyo a la familia y al centro respectivo de parte de la sociedad en su totalidad.

Metodología

La investigación se realizó bajo la perspectiva de un enfoque de tipo histórico-hermenéutico, el cual permitió la comprensión e interpretación de las interacciones.

El enfoque de análisis particular empleado fue de carácter microetnográfico y la salacuna se convirtió en el contexto natural en donde la comunicación expresada en acciones y verbalizaciones hizo posible el análisis de las interacciones de las personas allí inmersas.

Para poder indagar por las vivencias de las personas implicadas en el estudio fue necesaria una comunicación interactiva en el marco de una relación horizontal que permitió un diálogo de igual a igual; ello exigió a la investigadora un período de familiarización y un acercamiento adecuado con el fin de lograr la confianza necesaria para develar el verdadero sentido de las interacciones.

La observación de las rutinas de la cotidianidad de la Institución y la comunicación verbal con el personal de la misma, permitió un primer acercamiento a sus formas de pensar y actuar y además determinó los momentos importantes de la interacción entre auxiliares y niños como son el cambio del pañal, la alimentación y el juego.

Estos momentos fueron desglosados para precisar lo verbal y no verbal de tales interacciones tanto con los niños normales como con los niños retardados mentales. La guía de observación y el registro fueron hechos por la propia investigadora durante cinco mañanas en cada uno de los tres niveles de salacuna elegidos para la investigación.

Para una mejor interpretación sobre el escenario y sus actores, lo anterior se complementó con una descripción amplia de las actividades realizadas durante cada mañana junto con un video ilustrativo sobre las mismas.

La autora, para tener una visión holística de las rutinas de la guardería, las observó y caracterizó el tipo de interacción que el personal y los padres tenían con los niños desde la llegada a la salacuna hasta su salida, así como los aspectos relacionados con la alimentación, la higiene, el control de esfínteres y la siesta de los niños.

Las entrevistas semiestructuradas y las charlas informales llevadas a cabo por la investigadora permitieron indagar sobre la experiencia y percepción que poseían los padres y el personal del jardín infantil sobre los niños retardados mentales y su integración al medio normalizado.

La realización de las prácticas de estimulación Temprana de las estudiantes de Educación Especial de la Universidad Pedagógica Nacional de Bogotá desde marzo de 1992 a noviembre de 1993 bajo la responsabilidad de la investigadora, le facilitó el acceso e inmersión a la vida cotidiana de la guardería dentro de un clima de cordialidad favorable para que su presencia no fuera obstáculo para la información y observación requeridas.

Con respecto a los resultados del estudio, primero se hizo un análisis de las respuestas individuales y luego se buscaron las tendencias en el grupo de directivas, de las auxiliares, del personal de aseo y de los padres, es decir, un análisis intragrupal que permitió, a su vez, una comparación intergrupala para apreciar los puntos de convergencia y divergencia o complementariedad del tejido social existente en la salacuna.

De lo anterior se derivó otro análisis que involucró al medio hospitalario, al sector educativo, los vecinos y a las personas de la calle, en general.

Este análisis permitió ampliar la red social de la guardería hacia el exterior, lo cual dio lugar a una propuesta acorde con este tejido social amplio.

Los distintos niveles de análisis fueron iluminados por los elementos teóricos del marco conceptual (retardo mental, estigma, integración escolar, socialización) y algunos de estos elementos debieron ser ampliados a raíz del análisis efectuado.

Se anota que los instrumentos empleados fueron probados primero por la investigadora para su respectiva confiabilidad, de manera que posibilitaran un real acercamiento a la realidad estudiada.

La validez de dichos instrumentos se dio por el sometimiento de los mismos a juicio de expertos en investigación y especialistas en el área del trabajo en salacunas y de integración de niños *retardados mentales* a las mismas.

La diversidad de los instrumentos elegidos permitió garantizar la confiabilidad del estudio y, especialmente, posibilitó diferentes miradas sobre el problema.

Las observaciones efectuadas y los datos suministrados por las personas implicadas en el estudio hicieron posible la interpretación de dos hechos, que inciden en el tipo de interacción que se da dentro y fuera de la guardería y que fueron condensados en dos categorías: modelo asistencialista y estigma, como se ilustra a continuación.

1. *Modelo asistencialista*: A pesar de que la filosofía que orienta la institución es la de mejorar la calidad de vida de los niños de zonas marginadas, la atención a ellos brindada se reduce a mantenerlos aseados, alimentados y sin riesgo de accidentes. El modelo empleado es eminentemente asistencial y es frecuente encontrarlo en otros programas sociales destinados a la población de bajos recursos de nuestro medio, como se ha podido observar en la experiencia de práctica docente de los estudiantes de Educación Especial a nivel de salacunas tanto oficiales como privadas.

De lo anterior se deriva el privilegio de cobertura de población y no de calidad de atención y que se considere que la persona que debe asumir la responsabilidad de la atención de los niños sea la menos preparada ya que su labor se reduce a dar teteros, cambiar pañales y brindar mucho amor a los niños. Ellos, a su vez, permanecen todo el

tiempo en las cunas sin juguetes y sin posibilidad de comunicación de ninguna naturaleza pues dada la cantidad de bebés, la cuidadora sólo puede cumplir el rol estipulado.

Otra consecuencia de este modelo asistencialista es el nivelar por lo bajo. Frente al drama del niño que se queda en un cuarto de inquilinato sin alimentos, sin compañía, a merced de todo tipo de accidentes, la alternativa de teteros, pañales y "amor" se presenta como óptima, habida cuenta de las privaciones de la pobreza absoluta en que vive. Queda así su calidad de vida reducida a la satisfacción de un mínimo de sus necesidades infantiles, y como óptimo, para brindarles atención, el espacio de un garaje o de un cuarto de una casa. Se perpetúa la baja calidad de vida, pues las condiciones de hacinamiento entran en todo su rigor por la cantidad de niños que deben compartir dichos espacios.

Otra incidencia del enfoque mencionado está referida a la falta de dotación de juguetes y material exigido para el trabajo con bebés. Son suficientes los implementos de alimentación y aseo. Las personas que hacen donaciones a las instituciones que acogen niños pobres, remiten aquellos juguetes rotos o incompletos que no les sirven a sus propios hijos.

El enfoque asistencialista ha incidido en el tipo de integración utilizado (la integración de tipo físico) en el cual el niño *discapacitado*, simplemente se ubica en el mismo espacio donde están los niños normales. También ha determinado el empleo del modelo existente en los servicios de rehabilitación, para atender a los niños integrados (40) de manera atomizada con las consabidas consecuencias de deficiente calidad de atención, tanto para los padres como para los niños.

En cuanto a los padres el modelo mencionado ha llevado a un paternalismo de parte de la institución que los exime de sus obligaciones y responsabilidades en la crianza de sus hijos.

2. *Estigma*: Otro punto importante de resaltar en la investigación es el referido al estigma que sobre retardo mental pesa aún en nuestra cultura.

Reflejo de lo anterior es la forma en que le fue dada la noticia a la mayoría de los padres sobre el retardo mental, con un estilo deshumanizante y peyorativo y de desesperanza insinuada en rótulos como "vegetalito", con quien no valía la pena hacer ningún esfuerzo y lo cual lleva a traducir en cierto modo la eutanasia. Esto deja a los padres sin ninguna alternativa que les permita obtener el apoyo para afrontar una situación desconocida.

Los padres, que tuvieron oportunidad de recibir atención para sus hijos en el medio hospitalario refieren que los servicios de rehabilitación son a puerta cerrada y que al cabo del tiempo les fueron suspendidas las terapias por falta de progreso de los niños quienes eran citados cada tres meses.

Los padres al recibir el diagnóstico de que su hijo es *retardado mental*, vivenciaron las fases descritas por Wolfensberger (1967) citado por Ingalls. Así, por ejemplo, de la primera fase reportaron el choque que provocó reacciones de desconcierto, depresión, llanto, sentimiento de muerte. De la segunda fase manifestaron sentimiento de resignación, frustración, abandono. De la tercera fase, en busca de soluciones, inician un periplo por hospitales, centros educativos, tratamiento con barro, con embriones.

El estigma que acompaña al retardado mental se hace evidente en el peregrinaje de los padres por los centros educativos. Fueron rechazados de las guarderías y de las

escuelas especiales que en nuestro medio no acogen niños que presenten multi-impedimento como lo eran la mayoría de los niños de la muestra seleccionada.

En la misma institución donde se llevó a cabo el estudio el personal que allí labora expresaba sentimientos de miedo, compasión y desánimo al ver el grado de atraso en que se encontraban la mayoría de los niños y lo que más les impactó fue el ver a los niños que además del retardo mental presentaban parálisis cerebral.

La experiencia del estigma también lo vivenciaron en la calle donde la gente les preguntaba a las mamás por la enfermedad del niño, lo miraban con extrañeza o pesar y esto suscitaba en ellas sentimientos de rabia o complejos. En los buses rara vez les cedían el puesto e incluso las regañaban por llevar los niños alzados.

Los vecinos las interrogaban sobre la enfermedad del niño y les recalcan que debían tener paciencia y resignación. Pocos les daban muestra de cariño y colaboración.

La experiencia de haber tenido un niño con problema y la posibilidad de nuevos embarazos es asumida con temor de tener otro caso igual o peor y la mayoría de las madres ha preferido evitar nuevos embarazos y dedicarse solamente al niño discapacitado, opción mencionada por Wolfensberger en la fase de la realidad.

El estigma, tanto físico como mental, desencadena las reacciones descritas por parte de la comunidad y refleja aún el enorme rechazo y marginación de que son objeto los niños con retardo mental en nuestro medio.

El rechazo social del niño *retardado mental* de nivel socioeconómico bajo podría explicar la resignación y pasividad de los padres. Algunas madres expresaron que en ocasiones los niños las descontrolaban con sus comportamientos o requerimientos y que el hecho de haberse convertido en jefes de hogar les hacía la vida más difícil y por eso no podían dedicarse todo lo que quisieran al niño y que el cansancio y la tensión las hacía descargar sus emociones y desahogarse con ellos.

El escenario descrito permite ver la red de interacciones que se suscitan dentro y fuera de la salacuna y que vistas a la luz de la integración del niño retardado mental son indispensables, pues el concurso de todas ellas se requiere para hacer realidad el acceso a la educación de todos los niños y la igualdad de oportunidades en este ámbito.

Es necesario resaltar que de la calidad de tales interacciones dependerá el éxito de la integración y que la salacuna entra a formar parte fundamental y clave como primer espacio de socialización de los niños y de los adultos, quienes en la mira de brindar una mejor calidad de vida tendrán que entrar a dialogar y compartir los saberes y así superar los intereses personales, egoístas y los celos profesionales.

Es claro que estos -cambios no se suscitan espontáneamente y que se tendrán que fijar metas a corto, mediano y largo plazo para ir pasando de lo real a lo posible y de aquí a lo deseable para, finalmente, llegar al tan anhelado *deber ser*.

Conclusiones

Comprendida la vida y atención de los niños de la salacuna a partir del análisis de la información obtenida y caracterizado el modelo asistencialista utilizado, se considera de vital importancia cualificar las interacciones de quienes allí participan, aprovechando el

potencial, el saber y la experiencia que poseen y que puede ser canalizado con otras propuestas educativas diferentes.

Los avances que en este momento existen en cuanto a la atención de la primera infancia y de la integración de los niños retardados mentales en el nivel de salacuna, relevan justamente el proceso interactivo de la Educación Infantil.

Teniendo en cuenta que lo que en esta guardería sucede es una práctica generalizada en buena parte de nuestros centros de atención infantil, lo allí caracterizado con excepciones, por supuesto, puede servir de base para ir cambiando los modelos de atención que no están a tono con los avances en este campo.

La complejidad de la educación de los niños retardados mentales en el marco de la integración exige un enfoque multidimensional que tenga en cuenta todas las variables que en ella incidan, es decir, una mirada holística, tanto a nivel macro como micro.

Se requiere del esfuerzo aunado de la sociedad con una racionalización de todos los recursos y una agilización en la comunicación de toda la red para garantizar una vida digna, incluso antes de nacer.

Así, a nivel hospitalario, el personal debe humanizar su atención hacia los niños y padres, prestarles toda la asesoría y apoyo necesarios y dar prioridad a los niveles de trabajo preventivos anotados por Patton y de esta manera contribuir a eliminar condiciones de riesgo, disminuir factores de riesgo existentes y brindar una atención que aminore los efectos del *handicap*.

El papel que desempeña el personal de la medicina es determinante en la reducción de los índices de retardo mental ocasionado por factores prenatales, perinatales y postnatales que pueden y deben ser controlados.

Se hace indispensable la conexión entre hospitales y guarderías para brindar conjuntamente con los padres las respuestas adecuadas a las necesidades biológicas y educativas de los niños, en el marco de una modalidad inter-transdisciplinaria e intersectorial para garantizar economía de tiempo, de recursos y atención óptima del infante con un trabajo comprometido y con la calidad humana y profesional que merecen nuestros niños.

Es necesario que el personal de salud remita tempranamente a los programas de integración a los niños especiales, pues como lo resaltan los teóricos de la primera infancia, los tres primeros años son determinantes en la vida presente y futura de todo niño. Los programas de estimulación adecuada se constituyen en los programas preventivos por excelencia, dados sus fundamentos neurológicos, psicológicos, sociales y educativos.

La salacuna se convierte en un espacio donde se suscita una gran riqueza de interacciones tanto al interior de ella como al exterior de la misma. De la calidad de tales interacciones dependerá la integración del niño retardado mental, su adecuado desarrollo junto con los niños normales y el mejoramiento de su calidad de vida en el hogar y en la comunidad en general.

Es preciso un modelo educativo que permita la atención a las necesidades educativas especiales de los niños admitidos en la salacuna y en donde las interacciones de las

personas implicadas sea el eje dinamizador del trabajo, ya que ellas posibilitan el desarrollo del niño en sus diferentes áreas (motora, lenguaje, socioafectiva y cognitiva) y por tanto, la calidad de las mismas debe estar presente en todo momento y en todo lugar, es decir, formar parte del proyecto de vida de la guardería.

La atención de los bebés requiere de espacios físicos adecuados, con diseños arquitectónicos acordes con sus necesidades y con el mobiliario y material didáctico apropiado para esta etapa.

Los salones no pueden continuar siendo la extensión del cuarto del inquilinato de donde provienen buena parte de los niños. Han de ser enriquecedores, estimulantes para su desarrollo. Se necesita de espacios cubiertos y zonas verdes acordes con las normas higiénicas y educativas ya existentes sobre el diseño de salacunas, como lo reportan Davidson, F. y Maguín, P. (1980).

Es igualmente importante abolir el paternalismo por parte de la institución. Los padres deben asumir una actitud realmente participativa en la crianza de sus hijos y ser conscientes del maltrato infantil de que son objeto en muchos casos, pues su desconocimiento lleva muchas veces a fomentarlo tanto en la institución como en los hogares.

De parte del personal directamente responsable de los niños debe implementarse un programa de interacciones positivas y enriquecedoras orientadas a promover el desarrollo integral de los *niños normales y especiales*. Por supuesto que dicho personal requiere que la institución garantice condiciones como, por ejemplo, reducir el número excesivo de niños por grupo en razón de 5 a 7 niños por persona adulta para verdaderamente dar la atención individualizada que los niños integrados requieren. Esto también exige el diseño de ambientes, materiales y actividades apropiadas para cada una de las áreas de desarrollo.

Para llevar a cabo lo anterior es urgente la profesionalización de las cuidadoras que están a cargo de los niños en nuestro medio y de todos aquellos que interactúan con éstos. Vital es, pues, que la estimulación multisensorial pregonada por diversos autores que han enriquecido el área de la estimulación adecuada, entre a formar parte de la vida cotidiana de la salacuna, de los hogares, de los hospitales y de la comunidad en general para que todos los canales sensoriales puedan ser aprovechados para el desarrollo motor, del lenguaje, socioafectivo y cognitivo de los infantes.

Cada minuto de la vida del niño es precioso y, por lo tanto, debe ser aprovechado para una estimulación adecuada en la perspectiva de que la percepción y apropiación que él haga de su entorno físico y humano sean hechas en condiciones óptimas.

Con esta mirada la alternativa de que para los pobres el mínimo paliativo es suficiente, debe quedar excluida ya que la filosofía de la integración precisamente enfatiza la igualdad de oportunidades. Todos los niños independientemente de su nivel socioeconómico o características tienen derecho a una educación de calidad suministrada por un personal responsable y preparado.

Igualmente bajo la perspectiva de la integración, el personal de apoyo especializado debe involucrarse plenamente en la vida de la salacuna y contribuir al desarrollo de los niños en el contexto de sus interacciones con los pares y con los adultos que normalmente lo acompañan.

Sacar a un bebé de su ambiente cotidiano para llevarlo a un cubículo resulta contraproducente y es poco lo que avanza bajo esta circunstancia, pues lograr su atención es casi imposible. Se hace necesario ir aboliendo esta práctica de consultorio donde se trabaja con el niño a puerta cerrada, lo importante es observar los procesos del niño y para esto indispensable estar inmerso en el medio natural del pequeño tanto en la salacuna como en el hogar.

Sería importante utilizar el video de las interacciones de las cuidadoras de los niños para que a partir de una autorreflexión se propenda por un mejoramiento y transformación de dichas interacciones y conjuntamente el desarrollo de talleres para que los cambios logrados entren a formar parte de la vida cotidiana de la salacuna.

Es igualmente necesario desarrollar talleres con los padres y estudiar el contexto de los hogares y que ellos se familiaricen con el de la salacuna para comprometerlos de manera responsable en la crianza de sus hijos y que de paso elaboren un proyecto de vida acorde con la realidad de los mismos.

Se enfatiza que no se trata de normalizar al niño, sino su entorno con estrategias educativas que permitan un proceso de socialización exitosa tanto para niños como para padres.

La rica red de relaciones sociales que se da tanto dentro como fuera de la salacuna relieves su importancia en la constitución del sujeto, como dice Heller (1972) el hombre nace y se hace a través de las relaciones. Desde que nace se constituye en su relación con el otro, tanto en su ser particular como en su ser específico, o sea como ser individual y como ser social.

De ahí que las relaciones que se den en la salacuna han de ser de calidad para garantizar una interacción y comunicación variada entre los adultos y los niños, que permita a los infantes identificarse a sí mismos e identificar a los otros como lo anota Berger y Luckman (1978).

Estas interacciones están mediadas tanto por la comunicación de tipo verbal como no verbal, de donde es importante posibilitarlas en todos los espacios y momentos de la vida de la salacuna.

Impacto de la investigación

Esta investigación motivó a un grupo de estudiantes de la carrera de Educación Especial de la Universidad Pedagógica Nacional a desarrollar un modelo de integración para la institución, donde se llevó a cabo el estudio, y el cual permitió cualificar la vida de los implicados en ella, con los consiguientes avances de los niños allí inscritos.

Se demuestra así que los programas de integración no solamente favorecen a los niños *discapacitados*, sino también a los niños *normales*, y a todos aquellos adultos y familiares que están en contacto con ellos. Además posibilitó la aceptación de la diferencia y la convivencia armónica de los niños y adultos con el diferente.

Los padres de los niños tanto *normales* como *especiales* a través de los talleres pudieron demostrarse a sí mismos las capacidades que tenían para ser creativos en desarrollar estrategias y materiales adecuados para la crianza de sus hijos. Igualmente

las encargadas de los niños desarrollaron potencialidades con las cuales la atención de los niños a su cargo fue más fructífera.

Tanto los padres como los adultos tomaron conciencia de que no se requería mayor inversión de tiempo y dinero para llevar a cabo una educación de calidad y que ellos podían poner sus potencialidades al servicio de la misma.

Es de destacar el cambio de actitudes de las personas encargadas del niño tanto en el hogar como en la salacuna y se relievó la integración y la estrategia de estimulación adecuada como mecanismos válidos para mejorar la calidad de vida de los niños en los ámbitos mencionados.

A nivel social esta alternativa se convierte en una solución muy importante como medio de prevención del retardo sociocultural, como una forma de atender tempranamente a quienes presentan retardo de tipo biológico y como estrategia para ayudar a solucionar de alguna manera el cuadro general de pobreza y maltrato que acompaña a los niños provenientes de zonas desfavorecidas y, finalmente, como una buena alternativa para superar el estigma que acompaña a la población que presenta cualquier tipo de discapacidad, para así facilitar su adecuada socialización, al igual que la de sus pares, padres y demás adultos que rodean al niño en las diferentes etapas de su vida.

Bibliografía

- Berger, P. y Luckman, T. 1978. *La construcción Social de la Realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- República de Colombia. 1991. *Constitución Política de Colombia*. Santafé de Bogotá.
- Cytryn, L. y Lourie, R. 1978. *El retardo mental. Sus causas, diagnóstico y prevención*. Buenos Aires: Paidós.
- Davidson, F. y Maguin, P. 1980. *Les creches, realisation, fonctionnement, vie et santé de l'enfant*. Paris: les Editions ESF.
- Guerrero, A. 1991. *Intoxicación intencionada y reincidente, otra forma del síndrome del niño maltratado*. Hospital Universitario. Barranquilla.
- Hallahan, D. y Kauffman, J. 1988. *Exceptional children, introduction to special education*. N. Jersey: Prentice Hall International Edition.
- Heller, A. 1972. "La estructura de la vida cotidiana", en: Heller, A. *Historia y vida cotidiana*. Barcelona: Grijalbo.
- Ingalls, R. 1982. *Retraso mental. La nueva perspectiva*. México: El Manual Moderno.
- Kirk, S. 1969. *Educación familiar del subnormal*. Barcelona: Fontanella.
- MEN. 1991. *Plan Nacional Para el Desarrollo de la Educación Especial 1990-1994*.
- Mena, A. y Sarmiento, C. 1985. *Lastimado el mañana*. Universidad Nacional de Santafé de Bogotá. Colombia, Carrera Trabajo Social.
- Patton, J; Beirne Smith, M; Payne, J. 1990. *Mental retardation*. N. York: Mc Millan. Publishing Company.
- Presidencia de la República. 1991. *La revolución pacífica plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 1991-1994*. Departamento Nacional de Planeación. Santafé de Bogotá.
- Ramírez, M. 1990. *Relaciones familiares y violencia, niñas y mujeres maltratadas*. Universidad del Valle, Departamento de Sociología, octubre (mimeografiado).
- UNESCO. 1985. *La asistencia de los alumnos impedidos en las escuelas comunes: estrategia para la formación personal docente*. París.
- UNICEF. 1990. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Prioridades para la infancia*. Barcelona.

Van Steenlandt, D. 1991. *La integración de niños discapacitados a la educación común.*
Chile: UNESCO-OREALC.

