IDRC-172s

Evitando el Fracaso Escolar:

Relación entre la Educación Preescolar y la Primaria



ARCHIV
54026

El Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo es una corporación pública creada en 1970 por el Parlamento de Canadá con el objeto de apoyar la investigación destinada a adaptar la ciencia y la tecnología a las necesidades de los países en desarrollo. Su actividad se concentra en cinco sectores: ciencias agrícolas, alimentos y nutrición; ciencias de la salud; ciencias de la información; ciencias sociales, y comunicaciones. El Centro es financiado exclusivamente por el Parlamento de Canadá; sin embargo, sus políticas son trazadas por un Consejo de Gobernadores de carácter internacional. La sede del Centro está en Ottawa, Canadá, y sus oficinas regionales en América Latina, Africa, Asia y el Medio Oriente.

© International Development Research Centre 1983
Postal Address: Box 8500, Ottawa, Canada K1G 3H9
Head Office: 60 Queen Street, Ottawa, Canada

Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, CIID
Oficina Regional para América Latina y el Caribe
Apartado Aéreo 53016, Bogotá, Colombia

CIID, Ottawa CA
Ford Foundation. Office for Latin America and the Caribbean, Bogotá, CO
IDRC-172s

Evitando el fracaso escolar: relación entre la educación preescolar y la primaria: informe del Seminario sobre Investigación Preescolar celebrado en Bogotá, Colombia, mayo 26–29, 1981. CIID, Ottawa, Ont., 1983. 184 p.

/Educación preescolar/, /enseñanza primaria/, /adaptación escolar/, / desarrollo del niño /, / bajos ingresos / — / nivel de educación /, / deserción escolar /, / cuociente de inteligencia /, / investigación pedagógica/, /resultados de investigación/, /informe de reunión/, /lista de participantes/.

CDU: 373.2/3 ISBN: 0-88936-320-X

Se dispone de edición microficha

This publication is also available in English.

IDRC-172s

Evitando el Fracaso Escolar: Relación entre la Educación Preescolar y la Primaria

Informe del Seminario sobre Investigación Preescolar celebrado en Bogotá, Colombia, mayo 26–29, 1981

58837

ARCHIV
373.2
P 7S

Résumé

Cette publication contient les exposés présentés au cours d'un séminaire sur la relation entre l'éducation préscolaire et primaire qui a été tenu à Bogota, Colombie, en mai 1981, sous les auspices du CRDI et de la Fondation Ford. Le séminaire a réuni des chercheurs en éducation préscolaire venus de diverses régions du monde et spécialisés dans différentes disciplines. L'éveil précoce des enfants fut examiné à la lumière des études de cas et des programmes nationaux présentés, et analysé en fonction des effets à court et à long terme qu'il peut avoir sur le développement de l'enfant et son succès lors de son entrée dans le système scolaire. Les travaux sont groupés sous trois grands thèmes : recherche et action en éducation préscolaire et primaire ; considérations sur le problème de l'éducation préscolaire et primaire ; et discussions et recommandations générales.

Abstract

This publication contains the papers presented at a workshop on the relationship between preschool and primary education held in Bogota, Colombia, in May 1981, under the auspices of the International Development Research Centre and the Ford Foundation. The workshop brought together researchers in preschool education from many parts of the world and from different disciplines. Early childhood stimulation was examined in the light of the case studies and the national programs presented, and analyzed as a function of the effects that it can have in the short and long term on the development of the child and on his success when he enters the formal school system. The publication is divided into three major parts on the basis of the subject: research and action in preschool and primary education; consideration of the problems of preschool and primary education; and general discussion and recommendations.

Indice

Prefacio 5

Lista de Participantes 7

Introducción 9

Agradecimientos 10

Parte I: Investigación y Acción en Educación Preescolar y Primaria

Introducción 12

- Desarrollo de estrategias de intervención para niños pequeños en Jamaica **Sally M. Grantham-McGregor 13**
- Programa piloto de estimulación precoz: seguimiento de los niños a los seis años de edad **Sonia Bralic E. 20**
- Estimulación psicosocial y complementación nutricional durante los tres primeros años: sus repercusiones sobre el aprestamiento escolar **Nelson Ortiz P. 29**
- El progreso en la escuela primaria después de la experiencia preescolar: problemática en la investigación de seguimiento y hallazgos del estudio de Cali, Colombia **Arlene McKay y Harrison McKay 36**
- Efectos perdurables de la educación preescolar en niños de familias norteamericanas de bajos ingresos **John R. Berrueta-Clement, Lawrence J. Schweinhart y David P. Weikart 43**
- Tendencias y problemas de la educación infantil temprana en Brasil **María Carmen Capelo Feijó 54**

  Relación entre la educación pre-primaria y de primer año de primaria en escuelas fiscales en Chile **Johanna Filp, Sebastián Donoso, Cecilia Cardemil, Eleonor Dieguez, Jaime Torres y Ernesto Schiefelbein 60**

  Relaciones entre preescolar y primer grado en Argentina **Pilar Pozner 75**
- Educación y formación de clases sociales: el caso de la educación preescolar en Kenia **O.N. Gakuru 87**
- Aprestamiento para la primaria. Novedosos programas de acción en escuelas municipales de India **Veena R. Mistry 95**
- Servicios preescolares en Tailandia **Nittaya Passornsiri 106**
- La educación infantil temprana y la intervención preescolar: experiencias en el mundo y en Turquía **Cigdem Kagitcibasi 112**
- Correlaciones socioculturales en el desarrollo cognoscitivo y físico de niños preescolares del área urbana guatemalteca **Yetilú de Baessa 121**

Resumen y Conclusiones 127

Parte II: Algunas Consideraciones sobre la Problemática Preescolar y Primaria

Introducción 130
Programas de educación infantil temprana en América Latina **Robert G. Myers 131**
Aspectos conceptuales de la educación preescolar y los primeros años de primaria **Kenneth King 141**
De niño a alumno: ¿ganando el juego, pero perdiendo el partido? **Norberto Bottani 146**
Medidas compensatorias en sectores de pobreza: posibilidades de la atención preescolar **Carmen Luz Latorre 158**
Historia de algunos años de investigación en preescolar **Hernando Gómez Duque 169**

Resumen y Conclusiones 176

Parte III: Discusiones y Recomendaciones Generales

Objetivos de los Programas, Posibles Investigaciones y Formulación de Políticas 178

Desarrollo de Estrategias de Intervención para Niños Pequeños en Jamaica

Sally M. Grantham-McGregor[1]

Este trabajo describe el desarrollo de nuestras ideas sobre las estrategias de intervención para niños pequeños. Estas ideas son en gran parte el fruto de resultados empíricos y no de consideraciones teóricas.

Necesidad de Intervención

Presentaremos inicialmente la información de fondo sobre la necesidad de la intervención.

En Jamaica y en la mayoría de los otros países de la Mancomunidad Caribe, el crecimiento y la salud de los niños provenientes de niveles socioeconómicos bajos tienden a ser deficientes. En general, los niños mayores de cinco meses sufren infecciones frecuentes y su dieta es inadecuada, por lo cual su estado nutricional decae (Grantham-McGregor et al. 1972; Miall et al. 1970) y la desnutrición proteico-energética (D.P.E.) severa es todavía un problema (Anónimo 1978; Ashworth y Picou 1976). Una encuesta (Powell y Grantham-McGregor, s.f.) reciente efectuada en un barrio pobre de Kingston demostró que, según la Clasificación Wellcome (Anónimo 1970), el 18% de los menores de 48 meses tiene peso inferior al normal y el 1,9 sufre de desnutrición severa.

A pesar de su mala salud, estado nutricional y bajo nivel social, durante el primer año de vida estos niõs tienden a presentar un desarrollo psicomotor precoz, comparado con niveles norteamericanos o británicos Grantham-McGregor y Back 1971; Grantham-McGregor y Hawke 1971). Esta situación es similar a la que se informa sobre los niños africanos (Gerber 1958) que también muestran un desarrollo precoz a esa edad.

Existe poca información disponible sobre el desarrollo infantil inmediatamente después del primer año de vida. Un estudio longitudinal de 60 niños mostró una reducción del nivel de desarrollo (CD) entre los 12 y los 36 meses (Back et al. 1971). En 1979, en la encuesta antes mencionada se evaluaron todos los niños entre los seis y los 30 meses de edad con las Escalas Griffiths de Desarrollo Mental. Sus CD declinaron con la edad y los datos sugieren que el CD declina en forma semejante a la que se informa en estudios de niños latinoamericanos pobres (Pollitt 1979). El test Griffiths no se ha normalizado en Jamaica y se requiere información sobre los niños jamaicanos de clase media.

El Centro de Educación Temprana para la Infancia, de la Fundación Van Leer, ha demostrado que los niños provenientes de hogares de bajo nivel socioeconómico que empiezan su educación escolar básica a los cuatro años, están seriamente atrasados respecto a los de clase media según el Test de Rendimiento de la Escuela Bettye Caldwell (Wein 1971). A estos se suman los numerosos niños que no asisten a la escuela básica y que, quizás, representan a los grupos mas desfavorecidos.

Las razones para la reducción en el desarrollo mental son todas muy fáciles de discernir. Los niños están en desventaja en muchos aspectos de su medio, no solo biológicos sino psicológicos.

En 1971 efectuamos un estudio limitado sobre las prácticas de crianza en 75 familias de un suburbio de bajo nivel socioeconómico en Kingston. Encontramos que en general los niños tenían pocos juguetes y libros y que las madres desconocían la importancia del juego y los juguetes, considerándolos básicamente como una forma de mantener a los niños quietos o, en el mejor de los casos, como una diversión. Muy pocas pensaban que los niños podían aprender algo del juego. Tendían además a ser restrictivas y se oponían enérgicamente a los juegos con agua, arena o lodo. Las actividades de juego en que los padres mas participaban eran los juegos al aire libre y los juegos rudos.

[1]Unidad de Investigaciones sobre Metabolismo Tropical, Universidad de las Antillas, Mona, Jamaica.

La mayoría de la madres esperaba de sus hijos un buen rendimiento escolar, pero sabían muy poco sobre desarrollo infantil. En consecuencia, muchas dedicaban tiempo a enseñar a sus hijos cosas relacionadas con la escuela, como las tablas de multiplicar, que por lo general resultaban inadecuadas para el nivel de desarrollo de los niños. Cuando se les preguntó qué creían que harían sus hijos al salir de la escuela, la mayoría demostró tener grandes aspiraciones, mencionando con mayor frecuencia profesiones como docencia, enfermería y medicina. Sin embargo, desconocían en gran medida las etapas educativas necesarias para lograr esas aspiraciones.

Primer Programa de Visitas a los Hogares

La necesidad de programas de intervención era, y aún es, evidente. En 1971 iniciamos un programa piloto con las madres y sus hijos de tres años. Elegimos deliberadamente a los niños menores de cuatro años porque a esa edad muchos niños en Jamaica ya asisten a escuelas básicas y el Centro de Educación Temprana para la Infancia, de la Fundación Van Leer, ya estaba dedicando esfuerzos considerables para mejorar el nivel de esas escuelas.

El asunto clave era definir qué tipo de intervención. No conocíamos ningún modelo anterior en el área del Caribe, excepto algunos centros de atención diurna que solo prestaban servicio de guardería, así que empezamos a buscar guía en los modelos norteamericanos. En ese momento, abundaban y florecían los programas Head Start. Elegimos un modelo de educación materna con visitas al hogar, inspirado básicamente en el trabajo de Susan Gray en Tennessee (Gray s.f.). Este enfoque parecía menos costoso que otros; consideramos que era esencial llegar a las madres porque con ello habría mayores posibilidades de beneficiar al resto de los hijos en la familia y de prolongar mas los efectos luego de detener la intervención.

El proyecto ya se ha descrito en detalle (Grantham-McGregor y Desai 1975) así que solo haremos un breve recuento. Se llevó a cabo en un suburbio de bajo nivel socioeconómico de Kingston que, aunque era pobre, no era uno de los mas gravemente desfavorecidos. El estudio abarcó un grupo índice (20 niños) y un grupo de control (21 niños). El primero recibió una visita semanal de una hora durante ocho meses, generalmente por parte de una enfermera capacitada. Se enseñaba a las madres cómo jugar e interactuar con sus hijos para promover un buen desarrollo. Cada semana se hacía la demostración a las madres de un juguete y un libro que se dejaban en las casas por esa semana. Para reducir costos, los materiales recreativos se intercambiaban semanalmente y se rotaban entre las familias. Los dos grupos fueron evaluados con las Escalas Griffiths de Desarrollo Mental antes y después del programa. El grupo índice mostró un incremento muy significativo de 10 puntos en el CI, mientras que el grupo de control bajó en promedio 3 puntos en el CI.

Implicaciones

En un comienzo nos maravilló obtener tal progreso con lo que considerábamos un pequeño insumo. Sin embargo, al considerar las implicaciones con mayor detalle, nos dimos cuenta que aunque el proyecto era económico comparado con la mayoría de los modelos norteamericanos, resultaba muy costoso en términos jamaicanos. Sencillamente, no era posible para un país pobre proveer una enfermera capacitada o alguien con nivel educativo similar para visitar a 20 madres y a sus hijos de tres años, en una escala mayor. Los materiales también eran costosos. El principal hallazgo positivo del estudio fue comprobar que las madres jamaicanas de bajos recursos podían ser maestras efectivas de sus hijos, con relativamente poca ayuda.

Estudio sobre Desnutrición y Desarrollo Mental

Después del primer estudio empezamos a trabajar con niños hospitalizados por DPE. Birch, Richardson, Tizard y Hertzig (Hertzig et al. 1972; Richardson et al. 1973; Richardson et al. 1975) habían informado recientemente los hallazgos de un estudio de seguimiento a largo plazo del desarrollo mental de los niños jamaicanos hospitalizados por DPE severa en la primera infancia. Seis a ocho años después de salir del hospital, los niños que habían sufrido de desnutrición tenían puntajes inferiores de CI, niveles más bajos de rendimiento escolar y más problemas de comportamiento que sus compañeros de medios socioeconómicos semejantes. Estos datos eran similares a los otros países (Hoorweg y Stanfield 1976; Stoch y Smythe 1976). Aunque el mecanismo exacto de la diferencia en el desarrollo mental no es claro, parece que el bajo desarrollo mental puede ser el más grave impedimento a largo plazo después de la DPE severa en la primera infancia.

Cravioto (1977) y Yatkin y McLaren (1970) habían demostrado que al aumentar la estimulación

a los niños que se estaban recuperando de DPE severa en el hospital, sus niveles de desarrollo (CD) mejoraban significativamente comparados con otros niños desnutridos. No obstante, en ninguno de los dos estudios se continuó con la estimulación al regreso al hogar y los beneficios obtenidos se esfumaron pronto (McLaren et al. 1973). McLaren concluyó que los beneficios eran evanescentes (McLaren 1975). Empero, Winnick (1975) obtuvo resultados más optimistas. El encontró que los puntajes de inteligencia de niños coreanos severamente desnutridos que luego fueron adoptados por familias norteamericanas de clase media, alcanzaban o superaban los promedios de los niños norteamericanos varios años después. Los niños adoptados probablemente recibían mejoras notables en casi todos los aspectos, incluyendo salud, nutrición y estimulación, que talvez no estarían al alcance de muchos niños de los países pobres.

Pensamos que un proyecto de visitas a largo plazo similar a nuestro programa anterior con énfasis en la participación de la madre, podría tener más éxito que la estimulación intensiva en el hospital. Estábamos conscientes de que habría problemas al trabajar con niños desnutridos provenientes de familias excepcionalmente pobres. Muchos informes sugerían además que estas madres eran descuidadas y menos motivadas e ingeniosas que otras madres (Kerr et al. 1978; Botha-Anthonn et al. 1968; Champakarn et al. 1968).

Otra inquietud era la de que los niños necesitarían supervisión periódica del estado de salud y nutrición al regresar a sus hogares después de salir del hospital.

Deseábamos elaborar un modelo con mejor relación costo-beneficio que el anterior, así que recurrimos a las asistentes de salud comunitaria (C.H.A.) en vez de las enfermeras para las visitas. Estas son empleadas paraprofesionales del estado que solo tienen educación primaria y una capacitación limitada en salud y nutrición en la que también han aprendido a ayudar en las clínicas y a visitar hogares. Capacitamos a dos visitadores en las técnicas de demostración de juguetes y estimulación del desarrollo.

Además, se hizo evidente que los materiales de juego importados resultaban demasiado costosos, a veces inadecuados para los niños y no siempre fáciles de conseguir en Jamaica; los juguetes nacionales también eran costosos y no tenían la calidad ni la variedad suficiente como para reemplazar a los importados. Diseñamos entonces, una serie de juguetes que podían fabricarse con materiales de desecho (Grantham-McGregor 1980 a, b). De esta manera, utilizando juguetes fabricados localmente y asistentes de salud comunitaria, logramos reducir los costos de las visitas a los hogares.

El diseño del estudio comprendió tres grupos de niños, todos los cuales habían sido admitidos en el Hospital Universitario de las Antillas entre los seis y los 24 meses de edad. Había un grupo de control de 21 niños adecuadamente nutridos que habían ingresado al hospital por causas diferentes a la DPE severa y un grupo de 18 niños desnutridos; ambos grupos recibieron atención hospitalaria corriente (Picou et al. 1975). Un segundo grupo de 21 niños desnutridos ingresó al estudio un año después y participó en un programa de estimulación intensiva. Durante su permanencia en el hospital se jugaba con ellos durante una hora diaria, seis días a la semana. Al regresar al hogar una asistente de salud comunitaria visitaba al niño una hora cada semana durante los dos primeros años y luego una hora quincenal durante el tercer año. A los tres años se suspendía la intervención. El objetivo de la intervención era similar al del proyecto anterior. Se enseñaba a las madres a jugar con sus hijos en la forma que mejor estimulara el desarrollo.

Todos los grupos de niños fueron evaluados a intervalos regulares con las Escalas Griffiths de Desarrollo Mental. El grupo desnutrido no intervenido estaba en marcado retraso con relación al grupo de control durante los tres años. Al cabo de tres años presentaron una importante pero leve mejoría de su déficit.

Al hospitalizarse, los dos grupos de niños desnutridos tenían CD semejantes y bastante inferiores al del grupo de control. Al salir del hospital todos los grupos habían mejorado algo, pero el grupo con intervención presentaba el mayor progreso: superaba ampliamente al grupo no intervenido y ya no estaba a gran distancia del grupo de control. De ahí en adelante, el grupo intervenido tuvo un progreso gradual en su desarrollo mental en comparación con los otros dos grupos hasta cerca de los doce meses cuando se estabilizó. Esta situación se sostuvo en buena parte hasta los 24 meses.

El seguimiento lleva ahora 36 meses y los nuevos datos están siendo analizados. Esperamos proseguir el estudio de los tres grupos para determinar la evolución de los beneficios obtenidos por el grupo intervenido cuando concluyan las visitas.

Implicaciones

Esta es la primera vez que se informa sobre la intervención a largo plazo con estimulación intensificada para niños severamente desnutridos, y los resultados son muy alentadores. Al trabajar con niños desnutridos nos ha sorprendido lo mucho que un niño puede progresar; en realidad, el desarrollo

medido con pruebas de CI parece ser maleable en extremo. Pero, esa misma maleabilidad nos hace temer que los niños decaigan rápidamente ahora que se ha suspendido la intervención.

Las familias eran tan pobres que a veces nos sentíamos incongruentes llevando juguetes a hogares que ni siquiera tenían los servicios básicos. De vez en cuando alguna madre lo comentaba y nos sorprendía que más no lo hicieran. A nivel de hipótesis, Levine (1977) dice que las técnicas de crianza de los niños en sociedades con alta tasa de mortalidad infantil reflejan estrategias de sobrevivencia y que temas como el juego y la estimulación parecen superfluos a las madres. Trabajando entre tanta pobreza, era fácil comprender esas ideas.

Existen muchas teorías sobre la etiología del retraso en el desarrollo mental de niños que sufren de DPE durante la primera infancia. El progreso logrado por los niños en nuestro estudio no descarta en manera alguna la posibilidad de daño cerebral. Lo que les suceda ahora que se ha suspendido la intervención nos dará una nueva visión del problema.

Estudio Comunitario

Después de estudiar por varios años a los niños severamente desnutridos, nuestra decisión de emprender proyectos preventivos llegó como una consecuencia natural. Deseábamos identificar un enfoque que previniera el retraso común en el desarrollo de los niños en circunstancias deficientes.

Las siguientes consideraciones guiaron nuestra elección del programa. Para diseñar un enfoque factible de aplicarse en mayor escala, es quizás más útil ampliar o fortalecer los servicios existentes, empleando a los trabajadores disponibles, que diseñar servicios con nuevas categorías de personal.

Además, es importante que los programas se realicen bajo las mismas presiones y limitaciones que van a encontrar en el campo. Cuando se efectúan bajo condiciones de laboratorio, pueden no ser aplicables a la situación real. Si la salud y la nutrición de los niños también es deficiente, parecería mas práctico y económico que el mismo servicio atendiera ese problema junto con el del desarrollo.

En consecuencia, establecimos un modelo de visitas a los hogares con asistentes de salud comunitaria, con base en una clínica de salud materno-infantil del vecindario. De esta manera veríamos si se podía agregar la estimulación para el desarrollo a los servicios corrientes que tenía la clínica de visitas para promover la salud y la nutrición. La supervisora de campo era una enfermera que además manejaba una clínica semanal.

El estudio incluyó tres muestras obtenidas mediante una encuesta a los hogares de la zona pobre servida por la clínica. Todos los niños de la zona entre seis y 30 meses de edad ingresaron al estudio para participar en la intervención. Se dividieron en dos grupos, uno de 50 niños que recibiría visitas mensuales, otro de 52 niños con visitas quincenales. En una zona aledaña de condiciones similares, se seleccionó un grupo de control de 50 niños.

El estudio lleva un año; todos los niños fueron evaluados con las Escalas de Griffiths al comienzo y al final de este primer año. Todavía se están recogiendo datos y algunos no se han analizado. Los datos provisionales señalan que tanto el grupo de control como los niños visitados mensualmente sufrieron reducciones de 8 a 9 puntos en el CD mientras que los visitados quincenalmente mantuvieron su posición. Sería prematuro sacar conclusiones definitivas sobre los resultados negativos de las visitas mensuales, pues durante el primer año hubo muchos problemas operativos. Además, Jamaica estaba atravesando un período de trastornos políticos y criminales sin precedentes. Dentro de esa atmósfera, los beneficios relativos del grupo visitado quincenalmente cobran mayor significación.

El progreso del grupo visitado quincenalmente resultó inferior al logrado en los proyectos anteriores cuando las visitas eran semanales, lo cual sugiere que en este tipo de intervención existe un delicado equilibrio entre insumos y resultados, en términos de mejora del desarrollo intelectual a corto plazo. Además, hubo otras diferencias entre los insumos de este estudio y los anteriores, aparte de la frecuencia de las visitas.

Diferencias entre los Modelos de Investigación y de Servicio

Toda la estructura del programa cambia al pasar de un modelo investigativo a un modelo de servicio. La cadena de supervisión se debilita, el proyecto ya no depende del entusiasmo o incluso del fanatismo de una persona, y los trabajadores no son elegidos para trabajar en un programa especial sino que están desempeñando sus funciones normales. De otra parte, por la naturaleza misma de estos cambios, se facilita la generalización de los resultados a escala nacional.

Al pasar al modelo de servicio, también hubo que modificar el curriculum. Se hizo más estructu-

rado y se detallaron las instrucciones para cada visita, especificando cuidadosamente lo que se debía enseñar a las madres y a los niños; anteriormente las visitadoras tenían mas libertad para elegir las actividades. Los materiales también cambiaron, hubo que descartar algunos juguetes y solo se incluyeron los de fácil construcción. Al no tener ya los medios para comprarlos, diseñamos nuestra propia serie de libros infantiles. Al comienzo hicimos todos los libros, pero ahora la serie se acaba de publicar en una edición especialmente económica que será empleada en el futuro (Grantham-McGregor 1981).

Muchos de los problemas operativos ya se han resuelto y el Estudio Comunitario proseguirá para determinar los efectos relativos de la frecuencia de las visitas y del comienzo antes o después de los 18 meses de edad. Mas importante aun, nos proponemos investigar los efectos a largo plazo.

Otros Modelos

Existen otros dos modelos de intervención que quisiera mencionar brevemente: el "Niño a Niño" y el de "Guarderías Domésticas" (*Backyard Nurseries*).

El "Niño a Niño" es un intento por llegar a los niños menores a través de los mayores que asisten a la escuela. Los objetivos pueden ser variados e incluyen metas de salud, nutrición y desarrollo. La idea de trabajar en las escuelas pareció especialmente apropiada para las zonas rurales alejadas donde las visitas eran difíciles. Desafortunadamente, la educación no es obligatoria en Jamaica, aunque le mayoría de los niños asiste a la escuela algún momento. También es culturalmente aceptable que los niños mayores cuiden de los menores.

En el transcurso del último año realizamos un proyecto piloto en una remota escuela rural, concentrándonos principalmente en aumentar la estimulación en los hogares, aunque también se enseñó cuidado dental e inmunización. Los niños fabricaban los juguetes en la escuela y aprendían qué hacer con ellos al llegar a casa. Un año después, el conocimiento de los escolares sobre los temas enseñados mejoró notablemente y tenemos evidencia de que los juguetes están llegando a los hogares y de que los escolares están jugando más con sus hermanos menores. No nos fue posible demostrar el progreso en el desarrollo mental de los pequeños en casa durante el primer año.

También aquí se presentaron muchos problemas operativos, siendo el principal la baja asistencia a la escuela. En este punto solo podemos concluir que la capacitación de los niños en la escuela para cuidar de sus hermanos tiene beneficios obvios a largo plazo al mejorar la calidad de los padres del futuro y que como tal, merece su inclusión en el curriculum escolar. También puede cambiar el comportamiento en el hogar. Se necesita más investigación sobre la posibilidad de producir efectos inmediatos en el nivel de desarrollo y en el estado de salud y nutrición de los menores, pero sigue siendo un modelo potencialmente útil y particularmente atractivo por su bajo costo.

Hall fue pionero en Jamaica de un programa de mejoramiento de las guarderías domésticas. Estas son casas particulares donde el ama de casa cuida de los hijos de madres trabajadoras por una pequeña remuneración. Estas aparecen espontáneamente en la comunidad a medida que se presenta la necesidad. Hay una necesidad evidente de este servicio que, repetimos, tiene un costo relativamente bajo. Desafortunadamente el programa no se ha evaluado rigurosamente pues no se midió el desarrollo de los niños y siempre ha tenido dificultades financieras. Empero, se demostró que la atención corriente brindada en estas situaciones informales de cuidado diurno puede mejorarse y la idea acredita mayor desarrollo.

La forma alternativa de atención diurna es el centro oficial de cuidado diurno. Se trata de centros mas grandes que reciben por lo menos 30 niños de seis a 48 meses de edad, son administrados por el gobierno o por voluntariados locales y generalmente impuestos desde fuera de la comunidad. Su costo ha probado ser alto, por lo cual es improbable que beneficien a un número grande de niños. Pero, sin duda, bien administrados y con suficiente personal capacitado, pueden producir un gran efecto en el desarrollo de los niños. Sin embargo, no es fácil de mantener esta buena calidad de atención.

En 1975 realizamos observaciones sencillas de la conversación del personal con los niños en tres centros oficiales de atención diurna y tres guarderías domésticas (Grantham-McGregor y Desai, en prensa). Encontramos que la calidad de la conversación era peor en los centros oficiales que en las guarderías domésticas. La razón principal era la alta proporción de anotaciones de control y los pocos comentarios dirigidos a los niños en los centros oficiales. Obviamente, con niños menores de tres años hay un peligro inherente para su desarrollo en los centros de cuidado masivo de baja calidad.

Comentarios Generales

Como conclusión tenemos algunos comentarios sobre los programas de intervención.

La calidad de la supervisión parece ser clave y requiere reglamentación; por ejemplo, en nuestro estudio comunitario recientemente diseñamos un instrumento de evaluación que debe llenar semanalmente cada supervisora al observar las visitas. Esperamos que esto sistematice la supervisión y cuantifique la calidad de las visitas. También se utilizará como instrumento de capacitación continuada para las asistentes.

La elevada criminalidad es un problema en los tugurios de la mayoría de las grandes ciudades. Los paraprofesionales pueden ser mas útiles para intervenir en el problema por cuanto están mas acostumbrados a estas zonas deprimidas y tienen menos temor que los profesionales calificados. Sin embargo, entre menor sea el grado de educación de las visitadoras, mas importante es la supervisión.

Cuando la característica cultural es una familia grande, se puede aprovechar la oportunidad para solicitar la ayuda de todos los adultos interesados y hermanos mayores para que jueguen y enseñen a los pequeños. Igualmente, las visitas podrían incluir a todos los pequeños del hogar y no a uno solo.

Los modelos de intervención de otros países pueden resultar útiles en cuanto a sus generalidades pero no en sus detalles. Las limitaciones económicas, prácticas de crianza, servicios y personal disponibles y otras condiciones locales requieren enfoques específicos y culturalmente apropiados.

Es difícil determinar a qué edad se puede suspender la intervención. El nivel de algunas escuelas es tan bajo que es improbable que los beneficios ganados perduren. El estudio Cali (McKay et al. 1978) presenta clara evidencia de que entre mas dure la intervención mayor será el beneficio.

Recientemente leí un informe de Schofield en que describía un proyecto en Inglaterra dirigido por el desaparecido Jack Tizard (Schofield 1980) en el cual se estimulaba a las madres para que en casa oyeran leer a sus hijos de siete y ocho años, y los maestros cooperaban asignándoles tareas. Esto tuvo un notable efecto en el rendimiento de los niños en lectura. La posibilidad de continuar con este tipo de proyectos para los primeros años de la escuela primaria es atractiva y debería explorarse más.

Existe también el problema mas amplio de que es improbable que cualquier programa con objetivos tan restringidos como mejorar el desarrollo de los niños pequeños, tenga a corto plazo un efecto importante sobre la vida de la comunidad como un todo. Cualquiera que trabaje en ese medio verá claramente la necesidad de programas con un mayor radio de acción.

Tendencias Futuras

Ya contamos con gran cantidad de datos sobre los programas de intervención (Pollitt 1979) pero todavía quedan pendientes muchos interrogantes, el mas importante de los cuales es el de los efectos a largo plazo. Otros interrogantes se refieren a la mejor edad para comenzar, a la duración y la intensidad de la intervención, y a la relación costo-beneficio de los diferentes modelos. Por ser tan grande la necesidad, es importante continuar con la investigación en este campo a paso acelerado. Teniendo en cuenta que no se trata de un ejercicio académico, se impone una condición: la investigación futura debe basarse en un modelo de servicio, no en un modelo estrictamente experimental.

Todavía nos preguntamos si en presencia de tantos interrogantes no sería prematuro iniciar programas a escala nacional diferentes a los de mejorar los servicios existentes. El fracaso de tales programas afectaría gravemente el futuro de la intervención preescolar.

Por último, debemos recordar que aunque exista evidencia que indique cual es el modelo mas efectivo, ésto no necesariamente significa que este vaya a tener éxito a escala nacional. Cualquier programa instituido sobre una base débil, con inadecuada supervisión, personal insuficiente y mal preparado, y con recursos deficientes, está condenado al fracaso no importa que el modelo original haya sido excelente.

Estos estudios fueron financiados por el Medical Research Council of Britain. Agradezco la colaboración de M. Lewis, C. Powell, J. Knight y S. Ismail.

Anónimo. 1978. The nutritional status of vulnerable groups in Jamaica. Report of a survey by Ministry of Health and Environmental Control and Caribbean Food and Nutrition Unit, Panamerican Health Organization/ World Health Organization (PAHO/WHO).

1970. Editorial article. Lancet 1970(2):302.

Ashworth, A. y Picou, D. 1976. Nutritional status in Jamaica, 1968–1974. West Indian Medical Journal, 25:23, Jamaica.

Back, E., Grantham-McGregor, S., Hawke, W.A., Milbourne, P., Robinson, A. y Williams, B. 1971. A four year developmental survey of Jamaican children. Proceedings of the 16th Scientific Meeting of the CCMRC, Barbados.

Botha-Antonn, E., Babayan, S. y Harfouch, J.K. 1968. Intellectual development related to nutritional status. Journal of Tropical Pediatrics, 14:112, England.

Champakarn, S., Srikantia, S.G. y Gopalan, C. 1968. Kwashiorkor and mental development. American Journal of Clinical Nutrition, 21:844, USA.

Cravioto, J. 1977. Not by bread alone: effect of early malnutrition and stimuli deprivation on mental development. In: Ghai, O.P., ed., Perspectives in pediatrics, New Delhi, India, Interprint, 87.

Gerber, M. 1958. The psycho-motor development of African children in the first year, and the influence of maternal behaviour. Journal of Social Psychology, 47:185, USA.

Grantham-McGregor, S.M. 1980a. Toys you can make for the under twos. UNICEF, Caribbean Area Office.

1980b. Toys you can make for children under four. UNICEF, Caribbean Area Office.

1981. Series of children's books. UNICEF, Caribbean Area Office.

Grantham-McGregor, S.M. y Back, E.H. 1971. Gross motor development in Jamaican infants. Developmental Medicine and Child Neurology, 13:682, England.

Grantham-McGregor, S.M. y Desai, P. 1975. A home visiting intervention programme with Jamaican mothers and children. Developmental Medicine and Child Neurology, 1:605, England.

Grantham-McGregor, S.M. y Desai, P. en prensa. A simple evaluation of speech by adults to young children in two types of day care centres. Journal of Tropical Pediatrics, England.

Grantham-McGregor, S.M., Desai, P. y Back, E.H. 1972. A longitudinal study of infant growth in Kingston, Jamaica. Human Biology, 44:549, USA.

Grantham-McGregor, S.M. y Hawke, W.A. 1971. Developmental assessment of Jamaican infants. Developmental Medicine and Child Neurology, 58:589, England.

Gray, S. s.f. Home visiting programs for parents of young children. Demonstration and Research Center for Early Education, George Peabody College, Papers and Reports, 5 (4). Nashville, Tennessee, USA.

Hertzig, M.E., Birch, H.G., Richardson, S.A. y Tizard, J. 1972. Intellectual levels of school children severely malnourished during the first two years of life. Pediatrics, 49:814, USA.

Hoorweg, J. y Stanfield, J.P. 1976. The effects of protein energy malnutrition in early childhood on intellectual and motor abilities in later childhood and adolescence. Developmental Medicine and Child Neurology, 18:330, England.

Kerr, M.A.D., Landman-Bogues, J. y Kerr, D.S. 1978. Psychological functioning of mothers of malnourished children. Pediatrics, 62:778, USA.

Levine, R.A. 1977. Child rearing as cultural adaptation. In: Liederman, P.H., Tulkin, S.R. y Rosenfield, A., eds., Culture and infancy variations in the human experience, New York, USA, Academic Press.

McKay, H., Sinisterra, L., McKay, A., Gomez, H. y Lloreda, P. 1978. Improving cognitive ability in chronically deprived children. Science, 200:270–278, Washington D.C., USA.

McLaren, D.S. 1975. Role of stimulation in recovery from marasmus. In: Chavez, A., Bourges, H. y Basta, S., eds., Proceedings of the 9th International Congress of Nutrition held in Mexico in 1972, Karger, Basal, 2:335–337.

McLaren, D.S., Yatkin, U.S., Kanawati, A.A., Sabbagh, S. y Radi, Z. 1973. The subsequent mental and physical development of rehabilitated marasmic infants. Journal of Mental Deficiency Research, 14:25, England.

Miall, W.E., Desai, P. y Standard, K.L. 1970. Malnutrition, infection and child growth in Jamaica. Journal of Biosocial Science, 2:31, England.

Picou, D., Alleyne, G.A.O., Brooks, O., Kerr, D.S., Miller, C., Jackson, A., Hill, A., Bogues, J. y Patrick J. 1975. Malnutrition and gastro-enteritis in children. A manual for hospital treatment and management. Caribbean Food and Nutrition Institute, P.O. Box 140, Kingston, Jamaica.

Pollitt, E. 1979. Early childhood intervention programmes in Latin America, a selective review. Unpublished report presented to the Office of Latin America and the Carribean, International Division, The Ford Foundation.

Powell, C. y Grantham-McGregor, S.M. s.f. The social background developmental level and nutritional status of young children from a Kingston neighbourhood. To be presented at 26th meeting of CCMRC, Nassau.

Richardson, S.A., Birch, H.G. y Hertzig, M.E. 1973. School performance of children who were severely malnourished in infancy. American Journal of Mental Deficiency, 77:623, USA.

Richardson, S.A., Birch, H. y Ragbeer, C. 1975. The behaviour of children at home who were severely malnourished in the first two years of life. Journal of Biosocial Science, 7:255, England.

Schofield, W. 1980. Final report to the department of Education and Science. The Haringey Reading Project.

Stoch, M.B. y Smythe, P.M. 1976. Fifteen year old development study on effects of severe undernutrition during infancy on subsequent physical growth and intellectual functioning. Archives of Disease in Childhood, 51:327, England.

Wein, N. 1971. Analysis of four subtests of the Caldwell preschool inventory revised for Jamaican children. Report from Bernard Van Leer Foundation of Jamaica, Ltd., Project for Early Childhood Education.

Winnick, M., Meyer, K.K. y Harris, R.C. 1975. Malnutrition and environmental enrichment by early adoption. Science, 190:1174–1175, Washington, D.C., USA.

Yatkin, U.S. y McLaren, D.S. 1970. The behavioural development of infants recovering from severe malnutrition. Journal of Mental Deficiency Research, 14:25, England.