



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACION
ESCUELA DE COMUNICACIÓN SOCIAL**

“En post del Bienestar Infantil”

Serie de reportajes audiovisuales sobre enfermedades
y alteraciones del desarrollo en niños

Tesis de Grado para optar al Título de Licenciado en Comunicación Social

Autores:

Br. María Rosales, C.I 18.365.804
Br. Nataly Zambrano, C.I 19.654.362

Tutor:
Mario Corro

CARACAS, ABRIL 2012

AGRADECIMIENTOS

El más importante a *Dios*, porque con fe en él, todo es posible.

A nuestra respetada e insigne UCV, la casa que vence las sombras.

A la Escuela de Comunicación Social y cada uno de los profesores que en ella labora por formarnos como profesionales.

A nuestro tutor, Mario Corro, por su apoyo y el entusiasmo transmitido

A nuestros compañeros y apoyo técnico: El Profesor Nelson Jiménez, Oswald Marval, Alexander Russo y Charles Méndez, Richard Borges, Rafael Alcalá, Ana Ng, Vanessa Baptista

A todas y cada uno de las personas que nos brindaron su colaboración y nos desearon el mejor de los éxitos

DEDICATORIAS: MARÍA ROSALES

En primer lugar, doy gracias a Dios porque ante cada obstáculo y cada caída me regaló las fuerzas y el ímpetu para levantarme.

A mi madre, Iraima Reina, una mujer invaluable a quien no le ha importado el cansancio de una ardua jornada sólo por ayudarme. A esa maravillosa mujer por ser el ejemplo más valioso de perseverancia, respeto y dedicación. Gracias a ella me estoy graduando en la Universidad de la cual estoy y me sentiré siempre orgullosa.

A mi padre, por ayudarme cada vez que lo necesité y alimentar mi deseo de superación.

A mi tío, Luis Reina, a quien jamás le importó hora ni ocupaciones personales para contribuir en mi formación académica.

Se lo dedico a mi compañera y amiga, Nataly Zambrano, pues me demostró que siendo opuestas al extremo, somos un dúo complementario e indetenible.

A nuestro tutor, Mario Corro, su inteligencia, carisma y ánimo nos dieron calma y fortaleza en el cumplimiento de la meta planteada.

Finalmente, gracias a cada una de las personas que de una u otra forma nos apoyaron y nos dieron su ayuda directa o indirectamente. ¡Gracias totales!

DEDICATORIAS: NATALY ZAMBRANO

Antes que todo quiero agradecer a Dios porque sin él este sueño no se hubiese materializado y también por ayudarme a levantarme cada vez que tropezaba y pensaba que no podía cumplir esta meta.

A mi mamá, Maribel Bernal, porque es mi modelo a seguir y fue la persona que me enseñó que cuando se es constante y perseverante se pueden lograr sueños y objetivos. Su fé y confianza en mis capacidades me ayudaron a creerme que ¡Si se puede! Gracias a esta maravillosa persona me graduaré en la casa que vence las sombras: Una de las mejores Universidades de Venezuela.

A mi tía, Exarela Zambrano, quien es como una segunda madre para mí y me tuvo mucha paciencia, creyó en mí y en esta meta que estoy alcanzando.

A mi padre, Eduardo Zambrano, por haber creído en mí desde el inicio de mi carrera.

A mis tíos Enrique y Luis Gilberto por su gran apoyo durante toda la carrera.

A mi compañera y amiga, María Rosales, por tener confianza en mí para emprender este proyecto juntas y porque demostramos que formamos un gran equipo.

A mis amigos Andrea Betancourt, Juelys Hurtado y Oswald Marval por ayudarme a despejar la mente en momentos tensos y llenos de mucho estrés.

A nuestro tutor, Mario Corro, por haber creído en este tema y por su buena disposición a la hora de orientarnos.

Por último a mis amigos y todas esas personas que creyeron y de alguna manera ayudaron a que este proyecto se esté consumando hoy día ¡Mil gracias a todos!

ÍNDICE GENERAL

	Pp
AGRADECIMIENTOS	ii
DEDICATORIAS	v
ÍNDICE GENERAL	vi
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I. EL PROYECTO	
1.1 Planteamiento del Problema	14
1.2 Justificación	19
1.3 Objetivos de la Investigación	21
1.3.1 Objetivo General	21
1.3.2 Objetivos Específicos	21
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la Investigación	22
2.2 Bases Teóricas	25
2.2.1 El Reportaje	25
2.2.1.1 Características del Reportaje	27
2.2.2 La entrevista: género enriquecedor del reportaje	29
2.3 Reportaje Audiovisual	31
2.3.1 Inicios del Reportaje Audiovisual	34
2.4 Fuentes de información en el periodismo: impreso y audiovisual	35

2.4.1 Gabinetes de prensa	36
2.4.2 Medios de comunicación	36
2.4.3 Agencias de información	36
2.4.4 Manuales de referencia	37
2.4.5 Bases de datos y recursos on-line	37
2.4.6 Audiovisuales	37
2.4.7 Revistas especializadas	38
2.5 Reportaje televisivo: de la palabra a la imagen	38
2.6 Fases de la producción en la televisión	39
2.6.1 Definición	39
2.6.2 Pre- producción	39
2.6.3 Idea	40
2.6.4 Sinopsis	41
2.6.5 Guión literario	41
2.6.6 Guión Técnico	41
2.6.7 Producción	42
2.6.8 Post- producción	42
2.6.8.1 Definición	42
2.6.9 Edición	43
2.7 La salud como derecho en el mundo y en Venezuela	44
2.8 Morbilidad en Venezuela	46
2.9 Enfermedades y alteraciones del desarrollo en niños menores de ocho años de edad	47
2.9.1 Enfermedades	47
2.9.1.1 Asma	47
2.9.1.2 Bronquitis	49
2.9.1.3 Dengue	50
2.9.1.4 Desnutrición	53
2.9.1.5 Diabetes	54
2.9.1.6 Diarrea	57

2.9.1.7 Hepatitis	58
2.9.1.7.1 Hepatitis A	59
2.9.1.7.2 Hepatitis B y C	59
2.9.1.8 VIH / SIDA	60
2.9.2 Alteraciones del desarrollo	64
2.9.2.1 Dislexia: Entre letras	64
2.9.2.1 Síndrome de Asperger: inteligencia superior	66
2.9.2.3 Síndrome de Down: El cromosoma 21 es el especial	71
2.9.2.4 Síndrome de Rett: Niñas son mayoría	75
2.9.2.5 Espectro Autista: una forma distinta de ver el mundo	77
2.9.2.5.1 Antecedentes históricos del Autismo	79
2.9.2.5.2 Etiología del Autismo	80
2.9.3 Paradigmas de la investigación	86

CAPÍTULO III. MARCO METODOLOGICO

3.1 Diseño de la Investigación	90
3.2 Tipo de Investigación	92
3.3 Nivel de la Investigación	93
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	93
3.4.1 Técnicas de recolección de datos	94
3.4.1.1 Revisión bibliográfica documental	94
3.4.2 Instrumentos de Recolección de datos	94
3.4.2.1 La entrevista abierta	95
3.5 Población y Muestra	96
3.5.1 Población	96
3.5.1.1 Poblaciones analizadas	96
3.5.2 Muestra	97
3.6 Estudio de factibilidad	98
3.6.1 Factibilidad técnica	98

3.6.2 Factibilidad económica y financiera	99
3.6.3 Factibilidad social	99

CAPÍTULO IV ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LOS RESULTADOS

4.1 Entrevista abierta	100
4.1.1 Resultados de la entrevista abierta	101
4.1.1.1 Entrevista número 1	101
4.1.1.2 Entrevista número 2	102
4.1.1.3 Entrevista número 3	104
4.1.1.4 Entrevista número 4	105
4.1.2 Análisis de las entrevistas abiertas	107

CAPÍTULO V LA PROPUESTA

5.1 Objetivos de la propuesta	110
5.1.1 Objetivo general	110
5.1.2 Objetivos específicos	110
5.2 Ficha técnica	110
5.3 Idea	111
5.4 Sinopsis	111
5.5 Etapa de producción del piloto “Una pieza por descubrir”	112
5.5.1 Pre producción	112
5.5.2 Producción	112
5.5.3 Post producción	112
5.6 Lista de necesidades de producción	113
5.6.1 Escenario o set	113
5.6.2 Arte y utilería	113
5.6.3 Efecto de sonido	113
5.6.4 Música	113

5.7 Descripción del reportaje	113
5.7.1 Duración y cantidad de bloques	113
5.7.2 Target y horario propuesto	113
5.7.3 Estructura del reportaje	114
5.8 En relación al reportaje	114
5.8.1 Escenografía	114
5.8.2 Estética	114
5.8.3 Fotografía	114
5.8.4 Tratamiento de la imagen	115
5.8.5 Sonido	115
5.8.6 Presupuesto	115
5.8.7 Elementos gráficos	116
5.8.7.1 Logo	116
5.9 Guiones	117
5.9.1 Guión Literario	117
5.9.2 Guión Técnico	126
 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones	134
Recomendaciones	135
REFERENCIAS	136
ANEXOS	141
Anexo A:	142
Anexo B:	143



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Autoras:
Rosales María
Zambrano Nataly
Tutor: **Mario Corro**

RESUMEN

El propósito de este trabajo de investigación atiende a la realización de una serie de reportajes para la televisión, del género periodístico reportaje audiovisual, basados en enfermedades y alteraciones del desarrollo en niños de tres a ocho años de edad, de allí que el nombre de la serie es Bienestar Infantil, donde se producirá un primer piloto con el nombre **“Una pieza por descubrir”**. Se pretende mostrar el entorno y las dificultades a las que se enfrentan los niños menores de ocho (8) años de edad, desde el momento en que contraen alguna enfermedad o son diagnosticados con una alteración en su desarrollo. Las enfermedades o patologías a tratar serán ocho (8) y las alteraciones del desarrollo cinco (5) que integrarán la serie de trece (13) reportajes audiovisuales. Los reportajes propuestos estarán enmarcados dentro de una investigación bibliográfica y electrónica en sitios web de carácter oficial, así como de la información obtenida de las entrevistas con cuatro médicos pediatras especialistas de tres instituciones hospitalarias, Hospital Clínico Universitario y Policlínica Metropolitana, todas ellas ubicadas en la ciudad de Caracas. Los entrevistados afirmaron que las enfermedades son más comunes, por su incidencia y posibilidad de cura. Mientras que las alteraciones del desarrollo son condiciones de vida menos frecuentes pero más personales, de ahí que se plantean sólo cinco en comparación de las ocho enfermedades. Con la investigación se desean aclarar las dudas en cuanto a la prevención de algunas de las enfermedades comunes dentro la población infantil y esclarecer cuál es el uso adecuado de la terminología, causas y trato requeridos por los infantes, víctimas de trastornos y alteraciones del desarrollo emocional y de comportamiento.

Palabras claves: Reportaje audiovisual, salud infantil, alteraciones del desarrollo



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Autoras:
Rosales María
Zambrano Nataly
Tutor: **Mario Corro**

Abstract

The purpose of this research serves the realization of a series of stories for television; journalistic genre report based on illness and developmental effects in children from three to eight years old, hence the name of the series is Child Welfare, where there will be a first pilot with the name “**Undiscovered piece**”. It is intended to be shown the environment and the difficulties faced by children under eight (8) years old, since the moment they get a disease or diagnosed with developmental disorders. The diseases or pathologies will be eight (8) and the developmental disorders will be five (5) that constitute the series of thirteen (13) audiovisual reports. The proposed reports will be framed within an electronic literature search and official websites, as well as information obtained from interviews with four specialist pediatricians from three hospitals: Hospital Clínico Universitario, Policlínica Metropolitana and Instituto Médico la Floresta, all of them located in Caracas City. The interviewees stated that the diseases are more common by the incidence and possibility of cure, while developmental disorders are conditions of life less frequent but more personal that is why only five diseases are raised in comparison to the eight ones. This last one is understood as a condition of physical, psychological and social well-being. With this research it is useful to clear the doubts regarding the prevention of some common diseases in the children and clarify which is the proper use of terminology, causes and required treatment by infants, victims of disorders and alterations of the emotional development and behavior.

Keywords: Audiovisual report, child health, disease, developmental disorders, treatment

INTRODUCCIÓN

El alcance de la televisión como medio audiovisual desde sus inicios no ha cesado, producto de su poder informativo sustentado en las características de audio y video, propias del medio. Ambas, generan un nivel de atracción que es percibido por dos sentidos (oído y vista), los cuales en conjunto captan con más facilidad la atención.

El medio televisivo que cumple con las funciones de informar, educar y entretener presenta en su parrilla de programación temas y géneros periodísticos de diversa índole. La función informativa, en general, se le atribuye a los noticiarios en todas sus emisiones, teniendo un género informativo de variable duración que logra el objetivo de informar, se trata del Reportaje. En ese sentido, Maza (1994)) afirma que “el reportaje en medios audiovisuales es un producto audiovisual híbrido, (...), que utiliza una combinación de géneros periodísticos y no periodísticos en su estructura, y cuyo objetivo principal es: contextualizar uno o varios eventos de la realidad y profundizar en sus causas y consecuencias” (Maza, 1994, p. 23)

Esta característica de ahondar en la temática trasciende el acto breve y descriptivo que sugiere la noticia. Se habla entonces de un trabajo de engranaje y argumento analítico con una visión holística. Por ello, este estudio pretende conjugar gracias a las bondades del reportaje y a las ventajas atractivas y emocionales del medio televisivo, un producto audiovisual para la televisión, del género periodístico reportaje interpretativo.

Se pretende realizar una serie de reportajes para la televisión, que contribuirán a informar tanto a padres y representantes, como a público en general, sobre el trato más idóneo, que deben recibir los niños que poseen alguna de las enfermedades o alteración del desarrollo, explicadas en cada reportaje.

Esta investigación estará acompañada de imágenes, testimonios, entrevistas y encuestas dentro del reportaje interpretativo, para demostrar los riesgos y dificultades a los que se ven expuestos los niños.

La investigación antes mencionada estará estructurada de la siguiente manera:

Capítulo I comprende el planteamiento del problema, la justificación, alcances de la investigación y el objetivo general y los objetivos específicos del estudio.

Capítulo II desarrolla fundamentalmente los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, definición de términos básicos.

Capítulo III expone los lineamientos metodológicos de la investigación referido al tipo, nivel de la investigación, población y muestra de la misma, las técnicas e instrumentos de la recolección de datos, técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Capítulo IV expresa el resultado del análisis de los datos y la interpretación de los resultados, atendiendo a la información que arrojaron los instrumentos de recolección de los datos.

En el mismo capítulo se presenta la producción de un piloto denominado “**Una pieza por descubrir**”, perteneciente a la serie de reportajes para la televisión sobre enfermedades y alteraciones del desarrollo en niños de tres a ocho años de edad.

Finalmente, se formulan las Conclusiones y Recomendaciones, así como las Referencias Bibliográficas que sustentaron este trabajo de investigación y los Anexos correspondientes al tema.

CAPÍTULO I

EL PROYECTO

1.1 Planteamiento del Problema

Hoy en día, los medios de comunicación constituyen una herramienta persuasiva para mantenernos informados acerca de los distintos sucesos sociales, políticos y económicos tanto a escala nacional como internacional, es de allí que la rapidez y oportunidad, con que los Medios de Comunicación para las Masas se han ido incorporando a nuestra realidad. Ante ello, nos resulta difícil tomar una actitud serena y nos aferramos a un mundo que subyugado a las novedades o estímulos que nos ofrecen estos medios de difusión e información.

En las sociedades contemporáneas es cada vez mayor la importancia de los medios masivos y en particular de la televisión, pues ella influye sobre la forma de actuar o de pensar de las personas, logra modificar la forma en que los hombres conocen y comprenden la situación que los rodea y estos últimos, a su vez, consideran importantes aquellos acontecimientos que muestran las cámaras de televisión.

En ese sentido, el uso de la televisión, por sus características e incidencia audiovisual, permite captar la atención y aumentar las posibilidades de comprensión en la audiencia. Según estudios realizados por la UNESCO, a través del oído, el hombre percibe un 20% de comunicaciones y a través de la vista un 30%, cuando se da la combinación de ambos sentidos el porcentaje de eficacia en el aprender se eleva al 50%.

El proceso de aprendizaje sólo podrá tener sentido instructivo y educativo en la medida en que se combine con otros procedimientos que estimulen la motivación y actividad mental. No solo hay que considerar el contexto educativo y didáctico, sino también el contexto humano, socio-económico en general y especialmente en aquellos países en que la televisión se utiliza con predominancia sobre otros medios hasta tal punto que puede influir sobre la formación de intereses personales.

Se dice que la televisión constituye una ventana abierta al mundo, cuya realidad podemos contemplar desde la comodidad de nuestros hogares. Frente a esta afirmación se pueden tomar en cuenta las acotaciones publicadas por la revista de comunicación y nuevas tecnologías (<http://www.icono14.net/>, 2010) que señala:

La comunicación se concibe como un sistema de canales múltiples en el que el autor social participa en todo momento, tanto si lo desea como si no. A través de sus gestos, su mirada, su silencio. Desde el punto de vista psicológico no hay otra manera de entender al hombre más que como un ser en comunicación.

Abraham Moles (1982) señala que el hombre se distingue de otros sistemas biológicos por la extensión de su facultad de comunicación. De allí que la comunicación es “la acción de hacer participar a un individuo situado en un tiempo, en un punto dado, acerca de las experiencias, estímulos y del entorno de otro individuo situado en otro tiempo y en otro lugar utilizando elementos que tienen en común”. (<http://www.monografias.com/trabajos5/modte/modte.shtml>)

Desde el punto de vista antropológico podemos inferir que la comunicación, por lo tanto, se extiende a toda la vida social, transmitiendo significados a las ideas, los hechos y los sentimientos. Pero la cualidad imprescindible para que se dé el proceso comunicativo es que cualquier relación e intercambio de opinión traiga consigo un enriquecimiento informativo entre los seres humanos, sin importar la distancia.

Aunque la comunicación está circunscrita en el intercambio de pensamientos y reacciones, denominado feed – back, también es cierto que toda comunicación parte de un agente emisor que no necesariamente debe ser humano. Una noticia leída, vista o escuchada, a través de algún medio de difusión (radio, prensa o televisión) es un mensaje que propicia el acercamiento e intercambio verbal entre los diversos públicos. Por lo tanto, el agente emisor que inició la transmisión informativa, previa a la comunicación, fue el medio masivo de difusión.

Prensa, radio y televisión son los medios de información y comunicación social de más amplia trayectoria, sin embargo podemos señalar que la televisión es el que

quizá ha alcanzado mayor penetración social por su atractivo audiovisual e inmediatez.

El alcance de la televisión deriva de las funciones básicas que esta posee, como lo son informar, educar y entretener; con las cuales ha logrado atraer la atención del público al proporcionarle datos de interés acerca del ambiente en el que a diario se desenvuelve. Una encuesta efectuada en Estados Unidos arrojó que “el 62% de los hombres y 61% de las mujeres mencionaron que la televisión hace su vida más agradable” (Wagner, 1972, p.11). Esto incluye elecciones simples como qué ruta tomar antes de salir del hogar, hasta las medidas de seguridad que se deben acatar los padres para el cuidado de sus hijos.

De acuerdo a lo antes expuesto el comunicólogo, Marcelino Bisbal, (1998), indica que el caso de Venezuela, en cuanto al favoritismo por la televisión no es distinto, pues un 92% de las personas ven televisión diariamente. Ante esta cifra vale mencionar que tal apego al medio es, entre otras razones, por el atractivo que suponen al espectador las imágenes y el audio, así como la capacidad de sus contenidos para influir en la formación de opiniones y en la toma de decisiones diarias de la audiencia.

Lo que hizo verdaderamente resaltante a la televisión, luego de su llegada a Venezuela en 1952, fue su habilidad de llenar un vacío tanto informativo como de entretenimiento dentro de la audiencia, en ese sentido según Antonio Pasquali, “la televisión comercial ha ratificado y consagrado su papel de instrumento fundamental para la información y diversión en el país”. (1980, p. 278)

De esta particularidad se desprenden las competencias audiovisuales que en el presente siguen reinando en la televisión: mezcla de emociones, personalización de amplios temas y la sensación que se despierta en el espectador de concebirse comprometido y afectado por los sucesos que observa.

Los programas informativos, tanto para la televisión como para la radio, tienen la delicada responsabilidad, como su nombre lo indica, de informar oportunamente, bajo las exigencias de seriedad y veracidad por los comentarios y contenidos

expresados. A este género pertenecen los “noticiarios, los programas de tipo editorial y los reportajes” (Viya, 1994, p. 128). Todos, favorecen el debate y en especial la difusión de hechos de interés social que contribuyen a alimentar la opinión pública.

El reportaje, término proveniente del latín *reportare* significa “transmitir o descubrir” Maza (1994, p. 290). De ahí que su tratamiento informativo se fundamente en la profundidad y amplitud que no proporcionan otros géneros más cortos, como la noticia. El reportaje en los medios audiovisuales encontró una óptima manera para desarrollarse con la inmediatez, las imágenes y el sonido, ausentes en el medio impreso.

Maza (1994, p. 293) define al reportaje dentro de los medios audiovisuales como:

Un producto audiovisual híbrido, constituido por un bloque informativo de mediana a larga duración, que utiliza una combinación de géneros periodísticos y no periodísticos en su estructura, y cuyo objetivo principal es: contextualizar uno o varios eventos de la realidad y profundizar en sus causas y consecuencias.

Al igual que la noticia, el reportaje informa aunque su relevancia descansa sobre la posibilidad de orientar y contextualizarle a la audiencia sobre las causas y consecuencias de los hechos, de ahí que este tipo de investigación sea reconocida como reportaje informativo.

En el caso de Venezuela, existen programas televisivos de reportajes como formatos independientes, tal es el caso de 100% Venezuela en Televen y los de Verioska Velazco en Globovisión; y algunos pequeños reportajes incluidos en los noticiarios como uno de sus subproductos. En ambos casos, de acuerdo a su estructura, contenido y estilo periodístico, el abordaje de los temas y duración es variante. Es bien sabido que aunque el periodismo de salud se hace presente en estos espacios, existe un sector vulnerable de la sociedad que merece una mayor atención por la delicadeza de las enfermedades y trastornos a los que corren riesgo; la niñez.

La niñez o sector infantil es aquella parte de la población que incluye a los niños que desde el punto de vista psicobiológico no han alcanzado la pubertad. La

fragilidad de su salud y la necesaria delicadeza en sus cuidados ha propiciado, que durante las últimas décadas, se divulguen las tasas de mortalidad infantil. Estados Unidos y Alemania poseen los índices más elevados del mundo, por cada mil nacidos vivos”. (Brito, 2001, p. 21). Aunque existe un alto grado de inversión apoyado en la gerencia del gobierno a través de políticas públicas, la esperanza de vida no es alentadora. En Venezuela, los índices de mortalidad infantil también son elevados (13.7% por cada mil nacidos).

Las causas de muerte, en muchos casos, son enfermedades o patologías de prevención. En el caso de los trastornos y alteraciones del desarrollo, estas pueden sobrellevarse con la debida orientación por parte del Estado y de los organismos especializados; no obstante la tarea recae sobre los padres y la familia, quienes como célula fundamental de la sociedad forman y proporcionan bienestar a los niños. Aunado a ello, la labor informativa de los medios, sobretodo de la televisión es primordial pues “pocos inventos han tenido una influencia tan decisiva en la vida, en la manera de pensar y de actuar, como la televisión”. Wagner (1972, p. 11)

Considerando lo antes expuesto surgió la inquietud de realizar una serie de trece (13) reportajes televisivos interpretativos, presentando un reportaje piloto, divididos en enfermedades y alteraciones del desarrollo en niños en edades comprendidas entre los tres (3) y ocho (8) años; de tal modo que los padres y representantes conozcan algunos de los padecimientos a los que se enfrentan los niños y sus consecuencias. Asimismo, el público en general podrá conocer y sensibilizarse ante las implicaciones físicas y psicológicas a las que se ve expuesta la población infantil.

Las enfermedades investigadas propuestas para la producción son: asma, bronquitis, dengue, desnutrición, diabetes, diarrea, hepatitis, VIH/SIDA; y las alteraciones del desarrollo: Dislexia, Síndrome de Asperger, Síndrome de Down, Síndrome de Rett, y el Trastorno del Espectro Autista o Autismo, siendo este último a producir bajo el Nombre **“Una pieza por descubrir”**.

1.2 Justificación

La realización de esta investigación está sujeta a la elaboración de la Tesis de Grado para optar por el título de Licenciado en Comunicación Social; De igual forma, es de justificación absoluta debido a que contribuirá como un aporte en el área de producción de series de reportajes televisivos, para la promoción de la salud y sensibilización de la audiencia en pro del bienestar de los niños.

A propósito de lo anteriormente expuesto se propone la elaboración de una serie de reportajes audiovisuales, de tipo interpretativo, para exponer las causas y consecuencias de algunas de las enfermedades y las alteraciones del desarrollo que padecen los niños, entre tres (3) y ocho (8) años de edad, demostrando que algunos de estos padecimientos se convierten en estilos de vida.

Se pretende sensibilizar al espectador ante las situaciones y la carga emotiva que pesa sobre los más pequeños, su necesidad de cuidados especiales y la promoción del derecho a la salud. Derecho ejercido por los padres, representantes y público en general, quienes pueden multiplicar el mensaje y las informaciones inherentes a los padecimientos planteados y sus consecuencias.

Los reportajes propuestos, y el piloto “Una pieza por descubrir” recurren a la ventaja que posee la televisión como medio de comunicación masivo y a las características del reportaje audiovisual, un género periodístico amplio, completo y razonado; para alimentar la necesidad informativa y de conocimiento de la ávida audiencia contemporánea.

Contextualizar cómo se adquiere una enfermedad, si esta es heredable o no y cómo se vive con cada alteración del desarrollo, es posible gracias al lenguaje de imágenes y sonidos, entrevistas y testimonios; ideales para crear una producción atractiva y enriquecedora para la televisión.

La selección de las enfermedades y de las alteraciones del desarrollo se efectuó luego de la revisión bibliográfica y electrónica de la situación de morbilidad infantil en Venezuela y de las entrevistas aplicadas a cuatro especialistas en atención infantil del área Metropolitana, específicamente médicos pediatras.

Para entender la temática del proyecto se incluyen diversas fuentes relacionadas con la televisión y sus efectos, además de contenidos sobre la niñez, la morbilidad, la salud como un estado físico y mental; y las limitaciones y alcances de aquellas alteraciones del desarrollo que por no ser conocidas, en detalle, tienden a ser catalogados como enfermedades.

La investigación plantea que el reportaje sirva para ir más allá de la descripción del tema, respetando la coherencia narrativa e interpretativa. Para las enfermedades se delimitan tanto su incidencia, como formas de prevención; mientras que para las alteraciones del desarrollo se explica en qué medida uno de estos padecimientos no impide la práctica de actividades cotidianas y el cumplimiento de logros personales.

En el caso de las alteraciones del desarrollo se trata de apelar a la emocionalidad humana y a encontrar dentro de la experiencia personal, los elementos positivos y las condiciones de vida de las que son protagonistas los niños.

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Producir una serie de reportajes audiovisuales, sobre enfermedades y alteraciones del desarrollo en niños de tres a ocho años de edad, para la orientación de los padres y representantes sobre estos padecimientos y sus consecuencias.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Describir cuáles son las enfermedades y las alteraciones del desarrollo más comunes diagnosticadas en niños de tres a ocho años de edad
- Caracterizar cada una de estas enfermedades y alteraciones del desarrollo para conocer sus principales causas, síntomas y tratamiento en los niños de tres a ocho años de edad
- Definir la importancia del reportaje audiovisual como vehículo de comunicación y sensibilizador ante las enfermedades y alteraciones del desarrollo en niños de tres a ocho años de edad
- Diseñar la pre, pro y post producción del reportaje piloto **“Una pieza por descubrir”**.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

Toda investigación académica de índole social o científica versa sobre trabajos preliminares, los cuales brindan un aporte como predecesores informativos, acerca de los contenidos que se han creado sobre el tema de investigación y en esa medida, sirven de guía para que se generen nuevos proyectos.

Tomando esto en consideración, se puede afirmar que la labor del Marco Teórico en esta investigación, es precisamente de situar el problema - objeto de estudio dentro del conjunto de conocimientos más claro posible, a fin de orientar la búsqueda y dar una adecuada conceptualización de los términos utilizados que pueden ser empleados por otras personas.

Para el desarrollo de la investigación se presentan los postulados de diversos autores, quienes hacen referencia al problema estudiado y permiten obtener una visión completa de las formulaciones teóricas. Estas últimas sobre las cuales se fundamenta el conocimiento, para lograr la producción de un piloto denominado **“Una pieza por descubrir”**, perteneciente a la serie de reportajes audiovisuales **“Bienestar Infantil”** sobre enfermedades y alteraciones del desarrollo en niños de tres a ocho años de edad.

Zapata Karla (2002) presentó el proyecto: **Irazábal: Senderos de creación. Elaboración de un reportaje audiovisual** para optar por el grado de Licenciado en Comunicación Social Mención Audiovisual en la Universidad Católica Andrés Bello.

La autora concreta que la importancia de su proyecto radica en “la aplicación del periodismo de investigación en producciones audiovisuales y en un mejor manejo del reportaje audiovisual como género periodístico en la especialización informativa para dar un aporte a la sociedad”

El objetivo y justificación de esta tesis coincide nuestro trabajo de grado, pues versa sobre la producción de un reportaje audiovisual que llene un vacío informativo en las programaciones televisivas destinadas a difundir estos contenidos.

Iglesias Isoliatt (2002) efectuó un trabajo de grado para obtener la Licenciatura en Comunicación Social en la Universidad Católica Andrés Bello, núcleo Caracas que llevó por nombre: **VIH SIDA: Repercusiones de la enfermedad en niños de edad escolar del Área Metropolitana de Caracas.**

El objetivo general de su investigación fue “Realizar un reportaje con el fin de divulgar las implicaciones humanas, sociales y asistenciales de la creciente incidencia del VIH SIDA, por transmisión vertical, entre los niños en edad escolar comprendida entre los 2 años y hasta los 14 años, del Área Metropolitana de Caracas en los últimos tres años”.

La autora expone en su justificación que la incidencia del crecimiento del VIH SIDA en los estudiantes se debe al poco manejo informativo y conciso del tema, en ese sentido son muchas las teorías pero poca la articulación de estas en un solo material. De allí que la estudiante escogiera como técnica de presentación un reportaje interpretativo para el medio impreso por tratarse de un hecho social que afecta a una población vulnerable, los niños. Este criterio concuerda con nuestra investigación por especializarnos en las enfermedades (incluyendo VIH SIDA) y alteraciones del desarrollo que padece la población infantil.

Asimismo, Iglesias plantea en su hipótesis que la selección del género periodístico, Reportaje Interpretativo, responde a la importancia de su metodología como lo es: exposición de antecedentes, observación de contexto, análisis de los hechos, entre otros.

El reportaje escrito por la autora coincide con nuestra propuesta, aún cuando nuestra investigación es para el medio audiovisual de la televisión, las acotaciones técnicas y métodos de elaboración del reportaje se ajustan a nuestra línea de trabajo.

Rupertelli Deborah (1993), quien presentó un trabajo titulado: **Una Alternativa para el Reportaje Audiovisual en Venezuela, sustentado en la producción de un programa piloto;** para optar al grado de Comunicador Social, mención audiovisual en la Universidad Católica Andrés Bello, núcleo Caracas.

La autora manifiesta en su introducción que la finalidad de su trabajo es “crear un nuevo estilo de reportaje audiovisual para el medio televisivo, tomando en cuenta algunos factores claves para su realización”. De igual forma, el trabajo se orienta a producir un programa piloto en el cual se define al reportaje como recurso audiovisual y como describe Rupertelli “la precedencia de la imagen como lenguaje y mensaje dentro del reportaje, que servirá de material”.

El trabajo de la estudiante es inherente a nuestra investigación, en tanto delimita los lineamientos y pautas generales para la ejecución de un reportaje en la televisión que además se presenta a través de un programa piloto; este último es la modalidad que emplearemos para presentar uno de los reportajes interpretativos que integran nuestra serie televisiva

Pineda, L y Tortoza, R (1989). Este trabajo se tituló **Autismo: El Niño Autista, problemática y tratamiento en la zona metropolitana de Caracas. Reportaje Interpretativo**, para optar al grado de Comunicador Social en la Universidad Central de Venezuela. La tesis tuvo como objetivo general “Producir un reportaje interpretativo para la televisión, a partir de las investigaciones preliminares acerca de la historia, signos y diagnóstico del Espectro Autista o Autismo”.

Los autores emplearon como muestra, los niños que asisten, son diagnosticados y tratados en la Sociedad Venezolana para Niños Autistas (SOVENIA). En esta institución se efectuaron las grabaciones del reportaje “Un Mundo aparte”, el cual constó de entrevistas, fotografías y testimonios que fueron posibles gracias a la ayuda de la Directora y fundadora del Centro para ese año, Dra. Lilian Negrón.

El antecedente de la investigación de Pineda y Tortoza, se escoge por relacionarse de forma directa con la propuesta de la tesis. En ese sentido, el piloto de la propuesta a producir trata de una alteración del desarrollo como lo es el Autismo; y el mismo se ejecutará con la ayuda y las grabaciones realizadas en el Centro de Evaluación y Diagnóstico Integral de las Alteraciones del Desarrollo (CEDIAD). El género periodístico de presentación para el producto audiovisual de las investigadoras coincide con el de Pineda y Tortoza por tratarse de un Reportaje Interpretativo.

Cada uno de estos antecedentes resultaron primordiales para unificar criterios de investigación y de elaboración de un reportaje para televisión, como medio audiovisual que busca sensibilizar a los padres y a la sociedad en general, sobre las enfermedades y alteraciones de desarrollo que padecen los niños, a fin de sembrar en el público la cultura preventiva y de tratamiento requerida por los más pequeños de la casa.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 El Reportaje

Desde los inicios de la escritura, los hombres han hecho uso de la palabra para contar sus observaciones, pensamientos e invenciones. Aún así, es el profesional del periodismo y la redacción quien posee la mayor responsabilidad, narrar, apegado a la veracidad, los acontecimientos y hechos de interés social. Además de la noticia y la entrevista existe otro género del periodismo más amplio y profundo, el Reportaje, que como dijo Martín Vivaldi "(...) es tan antiguo como la Humanidad" (Cantavella, 2004, p. 361)

El reportaje es considerado uno de los más completos. La palabra reportaje proviene del latín *reportare* – que significa transmitir o descubrir y sus bases descansan sobre la premisa de buscar y suministrar profundidad al tratamiento informativo.

Para Julio del Río Reynaga, Vicente Leñero y Carlos Marín (s.f) citado por Maza (1994) la palabra reportaje está más relacionada con la labor y el protagonismo del periodista como investigador “en el francés reportaje (...) significa rendición de cuentas o información sobre un acontecimiento o viaje escrito por el periodista”. (p. 290). De tal manera que la creación del reportaje es el resultado de un proceso en el cual el investigador estudia, describe y detalla de forma artística el por qué y el cómo de un hecho, más allá de sólo nombrarlo.

Máximo Simpson (s.f), citado por Maza (1994) opina que el reportaje es:

Una narración informativa en la cual la anécdota, la noticia, la crónica, la entrevista o la biografía están interrelacionadas con los factores sociales

estructurales, lo que permite explicar y conferir significación a situaciones y acontecimientos; constituye por ello, la investigación de un tema de interés social, en el que con estructura y estilo periodístico, se proporcionan antecedentes, comparaciones y consecuencias, sobre la base de una hipótesis de trabajo y de un marco de referencia teórico previamente establecido (p. 291)

Vemos entonces que el reportaje es la unión de varios géneros periodísticos que examinan y explican con conocimiento de causa, el origen, desenvolvimiento y efectos de un determinado hecho, que podría generar un mejoramiento social. Sea este último a nivel de conocimiento o incluso de motivación en pro de acciones concretas.

Otra definición otorgada al reportaje es la que ofrece Roger Clausse (s.f) citado por Del Río (1978) quien describe al reportaje como “Un hecho que puede verse a través de un temperamento, de una filosofía, una estética (...) no sólo se organiza con fines descriptivos, tiene una vida, una palpitación y un matiz (...)” (p. 25). Se habla entonces del reportaje con un toque de emocionalidad, atribuyéndole características propias de un ser vivo, en ese sentido se aprecia la originalidad y carácter sensible que el autor le cede al reportaje.

Las definiciones del reportaje son muy diversas, sin embargo los autores coinciden en que esta forma de narración informativa posee un estilo más literario en su redacción y un objetivo clave como lo es la explicación de un hecho de interés social que es presentado desde sus diferentes aristas. Así pues el reportaje es un trabajo completo en el cual “el redactor procura profundizar en los hechos o exponerlos con más detenimiento en función de los antecedentes, la reacciones y consecuencia” (Martínez Vallvey, 1996, p. 362) citado por Cantavella (2004).

Del Río ubica el origen del reportaje en Inglaterra a principios del siglo XIX, en el año 1.736, cuando el periodista tomaba apuntes clandestinos de lo que ocurría en el parlamento para luego publicarlos en el diario Gentleman’s Magazine. En 1.891, aparece en México una larga lista de reportajes considerados, para ese entonces, como sensacionalistas. Los reportajes aparecieron en diarios como: La República y el

Nacional, mientras que otros mostraban claramente su repudio ante el naciente género. Se trataba de los periódicos: El Monitor Republicano, El Partido Liberal.

Pero hasta el siglo XX cuando el reportaje adquiere mayor auge. La Primera Guerra Mundial y sus alcances obligaron a los profesionales del periodismo a ir más allá de la exposición de la noticia a propósito de saciar la necesidad informativa y de análisis del lector. “la sociedad mundial exigía no sólo la presentación de los eventos sino la explicación de sus causas y la proyección de sus consecuencias” (Maza, 1994, p. 291)

2.2.1.1 Características del Reportaje

Del Río (1978) considera como características del reportaje:

- a) La necesidad de partir de una información noticiosa de interés para el público o audiencia, para posteriormente profundizar en las causas y consecuencias del evento.
- b) La necesidad de adoptar – en la mayoría de los casos – un formato narrativo o descriptivo para presentar la información, en el que se pueden utilizar formas y técnicas periodísticas, literarias o dramáticas
- c) El contenido social o de hechos sociales, que puede ser general o específico según las necesidades de información del público o audiencia.
- d) El uso de técnicas de investigación como metodologías propias de las ciencias sociales
- e) El respeto a la objetividad de la información presentada
- f) El propósito de contribuir al mejoramiento social. (p. 292)

Por su parte, para Salvador Borrego (s.f) citado por Del Río (1978) la principal característica del reportaje es que “profundiza por un lado en sus raíces hasta penetrar en la significación de los acontecimientos, en tanto que por otro yergue sus antenas y alza su mirada hacia más elevadas formas de existencia social.” (p. 55). La particularidad que ofrece el autor tiene una connotación de enriquecimiento al lector, en tanto que ve en el reportaje una profundidad sobre los hechos sociales que tendrán significado para el lector.

El estilo en la redacción del reportaje es otro de los distintivos del reportaje. Para Del Río (1978) la escritura del reportaje es “atractiva, ágil, literaria, pero periodística” (p.56). Aunque no es menos cierto que el reportaje es una investigación metódica tanto en el lugar de los hechos, como en las fuentes documentales, también vale mencionar que el modo narrativo ha de ser llamativo y hasta intelectual sin olvidar el argot periodístico. En conjunto forma y fondo deben ser de interés para el lector, pues para él quien escribe el periodista.

Según del Río (1997) es el carácter narrativo del reportaje lo que lo convierte en un género periodístico atractivo. El autor considera que el reportaje posee cierta similitud con el estilo literario, pero “utiliza con restricción los giros del lenguaje, no tiene esas libertades de abstraer y jugar con las construcciones gramaticales; se cuida de no caer en lo ininteligible (...)” (Del Río, 1997, p. 30)

En cuanto al vocabulario Martín (1987) expone que la claridad es una condición básica para que el lector comprenda el tema tratado. Es por esto que se exige que el reportaje sea escrito con palabras sencillas, de uso común y en las cuales la transparencia expositiva se vea reflejada de forma clara. El autor advierte que no se debe emplear un vocabulario complejo, aún cuando se trate de un área con terminología difícil o ajena a la conocida por el reportero.

El rol del periodista, ante la realización del reportaje, es el de un mediador entre el tema y el lector, de allí que la redacción y vocabulario deban ser lo menos complicado posible.

Es importante resaltar que las características del reportaje son válidas tanto para el reportaje escrito, como para el reportaje audiovisual en radio y televisión, a excepción de los audios y videos que emplean estos dos medios de difusión. Los criterios de documentación, análisis y presentación son extrapolados del medio impreso al medio audiovisual, aunque en la televisión la imagen le otorga mayor dinamismo a la investigación. “(...) la transmisión acabada de ideas del reportaje, donde se incluye la imagen, los testimonios, los efectos de sonido (...) y el oído, es la

gran fuerza comunicativa, la honesta utilización del medio anteponiendo los intereses del espectador” (Muñoz, 1990, p. 79)

2.2.2 La Entrevista, género periodístico enriquecedor del reportaje

Etimológicamente, entrevista proviene de la palabra francesa *entrevoir*, que significa verse el uno al otro, sin embargo en términos periodísticos la entrevista se entiende, según Quesada (1984), citado por Cantavella (2004), en una doble dirección:

El método mediante el cual un profesional de la información, el periodista, entra en contacto con un personaje público, el entrevistado, del que ha presupuesto un interés periodístico, bien por su declaraciones, por su cargo o por su propia personalidad; b) como el texto final que el periodista redacta, después de conversar con el entrevistado y aplicar unas técnicas específicas de interrogación. (p. 119)

De todos los géneros periodísticos a los que recurre el periodista para explicar, interpretar y analizar la realidad social, la entrevista es el presenta las mayores dificultades debido a que en su práctica intervienen elementos innatos del entrevistador como oír, observar, preguntar, comentar, responder, percibir y recordar, al tiempo que “está pendiente de que la conversación quede bien grabada o que las notas queden bien hechas” Quesada (1984), citada por Cantavella (2004).

La realización de la entrevista inmersa dentro del reportaje, además de las habilidades propias para conseguir y almacenar la información de interés, requiere de una técnica que en otra época se llamaba, según Quesada, como el don de gentes. Se trataba de una capacidad para el diálogo y la sensibilidad para conversar y comprender tanto las ideas y emociones del entrevistado. Comprender significa entonces captar los mensajes de la comunicación verbal y no verbal que se materializan durante la entrevista. Dentro de la comunicación no verbal se incluye “las subidas y bajadas del tono con que se pronuncian las palabras, los cambios de actitud del entrevistado, las inflexiones de su voz, gestos, silencios (...)” (Quesada, 1984, p. 120).

Comprender al entrevistado también significa realizar un ejercicio empático, es decir, ponerse en su lugar, pues a diferencia de la conversación, en la entrevista periodística es necesario un flujo informativo, en el que se intercambien opiniones y experiencias, siendo el entrevistador, quien propicie un ambiente de respeto, cordialidad y confianza para que el entrevistado sienta comodidad para contestar las preguntas. De allí que el entrevistador debe acercarse y situarse en el lugar de su entrevistado para entender su necesidad de respeto.

Al hablar de los tipos de entrevistas, resulta imperativo aclarar que las más conocidas (la entrevista informativa y la entrevista literaria o de creación) guardan su origen en el periodismo anglosajón o llamado también Nuevo Periodismo, posterior a la evolución de los años 60.

La entrevista informativa mantenía una tradición, posterior a la Primera Guerra Mundial, que consistía en recoger las declaraciones y opiniones sobre un hecho de actualidad. No obstante, como aclara Quesada (1984), ya las entrevistas informativas han pasado a formar un híbrido con las entrevistas de creación para dar origen a las entrevistas reportajeadas “con datos de actualidad, propios de la entrevista informativa y con datos atemporales pues su publicación no depende de la actualidad”. Quesada (1984), citada por Cantavella (2004).

Para otros autores como Echeverría (2002), citado por Cantavella (2004), los tipos de entrevistas son cuatro (4): “Entrevista de actualidad, entrevista de personaje, entrevista de domingo y entrevista lúdica”. Sobre la entrevista de personaje, Echeverría explica que se trata de la misma entrevista de creación, la de actualidad es la que se corresponde con la entrevista informativa, mientras que las dos últimas (de domingo y lúdica) son modalidades o variantes de la entrevista de creación. En consecuencia, se mantiene, a grandes rasgos, la tipología propuesta por Quesada, entrevista informativa y entrevista de creación. Es importante señalar que en caso de la entrevista de creación, el interés periodístico está dado, además de las declaraciones del entrevistado, por la narración que elabore el periodista sobre las

particularidades del personaje, qué dijo, cómo lo dijo, con qué gestualidad, qué quería decir realmente, entre otros aspectos.

Tanto la entrevista informativa como la entrevista de creación pueden ser empleadas para nutrir el reportaje, no obstante la de tipo informativo es la más aplicada. Ambas requieren de un proceso profundo de documentación por parte del entrevistador y una técnica precisa para el abordaje de los temas, a través de las preguntas. “el periodista no debe pretender abarcar todo de una sola vez (...), es mucho más aconsejable que centre su atención en sólo algunos aspectos (...) que pueda tratar el entrevistado” (Quesada, 1984, p. 123)

2.3 Reportaje Audiovisual

El reportaje audiovisual es definido según Kaplún (s.f) citado por Maza (1994) como “Una monografía sobre un tema dado. Es la presentación completa de un tema, con duración variable, que implica el despliegue de una amplia gama de recursos y formatos propios del lenguaje audiovisual” (p. 293). Se trata, entonces, de un trabajo especializado, de amplitud y de precisión en cuanto a la información que suministra el periodista. El mismo, acerca de un área y tema debidamente investigado, acude a los recursos visuales y de audio para presentar al espectador un trabajo completo y de una duración preestablecida durante la preproducción.

De acuerdo con Del Río (1978) citado por Maza (1994) el reportaje audiovisual es:

Un híbrido, constituido por un bloque informativo de mediana a larga duración, que utiliza una combinación de géneros periodísticos y no periodísticos en su estructura, cuyo objetivo principal es contextualizar uno o varios eventos de la realidad y profundizar en sus causas y consecuencias (p. 293).

Por su parte, la profesora Valdivieso L (s.f) explica que:

El reportaje audiovisual exige a su creador una mentalidad audiovisual, la capacidad expresiva audiovisual, el dominio de los equipos y de sus potencialidades, así como de las técnicas narrativas audiovisuales. El reportaje audiovisual no debe plantearse con mentalidad de escritor y

debe prevalecer la utilización de sonidos e imágenes, por encima de la palabra del narrador. (s.n)

No es lo mismo leer un reportaje que verlo en televisión, pues sus atributos lo hacen más atractivos al televidente, además de que proporciona material adicional con la que la persona puede entender de lo que se le está informando. Y es así como se usan el sentido de la vista y el oído para procesar la información.

Los elementos de audio y video que posee el reportaje audiovisual se encuentran divididos en tres aspectos:

- a) Lo informativo: con relación a lo que contendrá la información que se quiera comunicar
- b) Lo plástico: referido a la estética, es decir, encuadres, fotografía, composición, música.
- c) Lo rítmico: en cuanto al uso del montaje y del ritmo referente al lenguaje audiovisual (Ramírez, s.f)

Cada aspecto del lenguaje audiovisual que se incluya en los reportajes para televisión es vital para la adecuación del contenido al medio donde se va a transmitir, pues estos atributos influyen en la debida interpretación del mensaje que se quiere enviar.

El reportaje como producto informativo del periodismo se compone, en esencia, como expone Del Río de otros géneros de la redacción como lo son la noticia, la entrevista y la crónica, entre otros. La utilización de estos recursos, que delimitan la estructura del reportaje, depende de la duración (en minutos) y los requerimientos que tenga el periodista para presentar y desarrollar la temática. Dentro de la estructura del reportaje también interviene la dependencia o inclusión dentro de otro programa.

Al hablar de un reportaje unitario se delimita como “formato independiente dentro de la programación radiofónica o televisiva” (Maza, 1994, p. 293). Por su parte, el como subproducto de otros formatos, el reportaje puede pertenecer a la estructura informativa de noticiarios y revistas. Bienestar Infantil, es un producto independiente conformado por un seriado de trece (13) reportajes audiovisuales de temas diferentes sobre el área de la salud infantil.

Paralelamente, existe una clasificación, además de la estructura, que delimita al reportaje en radio y televisión pero que a su vez, lo hace “adaptable e inclusivo de los formatos audiovisuales” (Maza, 1994, p. 294). De acuerdo a su tipología, para el mismo autor, el reportaje puede ser:

- a) Por sus contenidos: De actualidad, de divulgación, generales y especializados.
- b) Por su estilo periodístico: Descriptivos e interpretativos
- c) Por su estructura: Testimonial y de reconstrucción
- d) Por su propósito específico: Informativos, persuasivos, reflexivos, de motivación y de entretenimiento
- e) Por sus recursos de producción: Dependientes, mixtos y autosuficientes
- f) Por la estructura económica de su organización productora: Comerciales y no comerciales.
- g) Por la naturaleza de su producción: Productos únicos o subproductos de un noticiero o revista. (p. 294).

En este tipo de reportajes afirma Barroso (1996) que “la mayor extensión del relato y de la duración dará lugar a intervenciones del reportero en tono explicativo, relacionando segmentos, como entrevistador, a veces transmitiendo la peripecia de la obtención de la información, etc.” (p. 406)

En ese sentido, el producto final debe entrelazar un segmento y otro sin que se pierda la línea narrativa del mensaje que se quiera transmitir, es decir, que se debe complementar lo que dice un especialista con la opinión de un usuario de cualquier tema. Así lo describe Barroso (1996) “testimonios y valoración de los sujetos implicados: protagonistas, testigos, expertos, etc., todos ellos caben en el reportaje y cada cual reclama su peculiar tratamiento: sobrio en ocasiones, más espectacular y dinámico en otras” (p. 406).

Por tal razón, el tratamiento que se le dé a los reportajes audiovisuales debe ser minucioso, pues es de suma importancia llamar la atención del usuario con las imágenes y que estas se sustenten con las palabras.

A continuación Barroso (1996) describe una serie de recomendaciones a la hora de realizar un reportaje audiovisual:

1.- Mayor atención a la etapa de preparación –fase de investigación y documentación del tema-

2.-Rodaje prolongado y “abierto” o flexible ante cualquier reorientación de la idea inicial. No es infrecuente trabajar con ratio de consumo de 10;1, lo que significa, habida cuenta que en el rodaje del reportaje no existe el concepto de toma como repetición, sino que cada toma es un plano en sí mismo, único y singular, una actitud muy abierta en cuanto a posibilidades de reorientación del tema.

3.- Atención preferente a la calidad de la imagen, tanto en su aspecto técnico como estético o compositivo; y

4.- Importancia capital de la fase de montaje, es dónde realmente se construye la historia –y es además el momento en que se plantea y redacta el guión- liberada ya de la urgencia de la noticia; el montaje o edición del reportaje responde a ese estilo cinematográfico reposado, reflexivo, de tanteo, de progresión paulatina, enriqueciendo la fuerza expresiva de las imágenes con complementos sonoros y gráficos (ambientes, efectos, títulos, gráficos, etc). (p. 420)

Cada uno de estos aspectos forman parte del proceso de producción y sus tres fases (pre producción, producción y post producción), que se deben aplicar en todo producto audiovisual, ya sea para radio o televisión y es de vital importancia hacer énfasis en la preparación de los detalles para lograr el objetivo planteado.

2.3.1 Inicios del Reportaje Audiovisual

El reportaje para medios audiovisuales hizo su aparición en la radio durante la Segunda Guerra Mundial en vista del interés humano que despertó este acontecimiento bélico y que ameritaba de explicaciones, consecuencias y proyecciones. Tal manejo de la información no era posible en el cine, debido a sus dificultades para mantenerse al día respecto a los acontecimientos.

Por su parte, en la televisión, el reportaje encontró un medio óptimo para su desarrollo. Maza (1994) aclara que el periodismo gráfico con inicios en las revistas, tuvo sus adaptaciones al reportaje audiovisual. Al respecto, a las imágenes fijas se les dotó dimensiones como la inmediatez, movimiento y sonido, heredadas en gran medida del reportaje radiofónico.

2.4 Fuentes de Información en el periodismo: Impreso y audiovisual

En el ejercicio de la profesión periodística, la elaboración de un mensaje, noticia, entrevista o reportaje amerita de una investigación previa, la cual se ve sustentada por un principio básico: la selección y utilización de las fuentes de información. Son estas quienes aportarán los datos y contenidos ante los que el periodista deberá discernir para crear un material impreso o audiovisual en el que se manifieste la veracidad. Las fuentes informativas son, según Humberto Martínez (s.f), citado por Cantavella (2004):

Cualquier persona, institución, colectivo o documento que ayuda al periodista en su labor profesional. Normalmente tiene dos grandes usos: o bien proporciona al periodista datos a partir de los cuales puede existir un indicio de noticia o bien le sirve al periodista para enriquecer, completar o ilustrar su información (p. 263)

La participación protagónica de la fuente es que propicia una relación de doble dirección con el periodista, es decir, el periodista necesita de las fuentes para ofrecer una información de interés social, mientras que la fuente necesita al periodista para hacer públicas sus quejas, denuncias y confidencias que desea se hagan del conocimiento público. En la opinión de Martínez esta relación puede generar vicios entre periodistas y fuentes “los periodistas se acostumbran, ante otros hechos, a acudir a las mismas fuentes sin contrastar con otras; mientras las fuentes se valen de la cercanía con el periodista para dar sólo aquella información que les beneficie” (p. 264).

En el caso del profesional del periodismo es necesario conocer y diferenciar entre los tipos fuentes a las cuales puede acudir para realizar su trabajo. De acuerdo con Cantavella (2004), existen, en términos generales, dos fuentes de información, la personales y las documentales. Las fuentes informativas personales son las que proporcionan la noticia, los protagonistas del suceso. Por su parte, las fuentes documentales son las que sirven al periodista para enriquecer o completar la información que se encuentre investigando.

En cualquiera de los géneros periodísticos de la noticia, la entrevista y el reportaje (informativo o interpretativo) las fuentes informativas personales son de gran importancia, pues sobre ellas recae la posibilidad de generar una noticia y contribuir a su contraste. Este tipo de fuentes, según Martínez son:

2.4.1 Gabinetes de prensa: Bien sea de una empresa pública o privada, es en el gabinete donde se llevan a cabo todas las acciones de comunicación, sin embargo existen cinco (5) características que distinguen a un gabinete de prensa y que el periodista debe tener en cuenta, para hacer un buen uso de esta fuente. Martínez las describe como:

- Un gabinete de prensa siempre tratará de vender la mejor imagen de su empresa.
- La estrategia de cualquier gabinete, será por tanto la persuasión. Las palabras seducir o convencer adquieren su más claro significado.
- La información del gabinete de prensa buscará no provocar actitudes negativas, para ello la información será convenientemente tratada.
- La información en muchas ocasiones estará elaborada y dará al periodista poco margen de intervención.
- No podemos considerar fuente de noticia al portavoz de una institución que hace una declaración oficial como reacción a determinadas informaciones. (p. 268)

2.4.2 Medios de comunicación: Un medio de comunicación actúa como fuente personal desde el momento en que cuenta con un centro de documentación, donde se encuentran memorias, publicaciones, biografías, entre otras. Por lo cual es allí a donde acude el periodista para ampliar su información.

2.4.3 Agencias de información: Son las grandes agencias mundiales a las que acuden los medios de comunicación para obtener informaciones de interés, a cambio de una remuneración económica. Estas agencias facilitan el trabajo periodístico, en tanto el medio se ahorra de tener que una red de corresponsales por todo el mundo. Martínez plantea que el uso que puede hacer el periodista de las agencias de información como fuente puede ser doble: “Como complemento de la información que el periodista ha obtenido por sus propios medio o para despertarles la curiosidad acerca de ciertos temas” (Martínez, citado por Cantavella, 2004, p.

En cuanto a las fuentes informativas documentales nombradas por Martínez, éstas sirven para ilustrar y contextualizar con garantías, los hechos a los que se refiere el periodista. Una fuente documental en el periodismo puede encontrarse en diferentes soportes (pape, medios electrónicos o audiovisuales). El soporte es de la elección del periodista, de acuerdo a la utilidad que le vaya a dar. Los cuatro bloques de fuentes documentales propuestos por el autor son los siguientes:

2.4.4 Manuales de referencia: Son de uso ocasional para comprobar la ortografía de una palabra, verificar la sintaxis para tener seguridad sobre la redacción. Los de mayor utilidad y frecuencia en cuanto a su uso son:

- 1.- **Diccionarios:** Libro en el que se recogen y explican de forma ordenada voces de una o más lenguas, de una ciencia o materia determinada
- 2.- **Directorios:** Guía en la que figuran las personas (físicas o jurídicas) de un conjunto con indicación de diversos datos de ellas.
- 3.- **Enciclopedias:** Conjunto de todas las ciencias. Obra en que se trata de muchas ciencias.
- 4.- **Anuarios:** Libro que se publica cada año como guía para determinadas profesiones con información, direcciones y otros datos de utilidad
- 5.- **Estadísticas:** Censo o recuento de la población, de los recursos naturales e industriales, de tráfico o de cualquier otra manifestación de un Estado, providencia, pueblo, etc.
- 6.- **Biografías:** Historia de vida de una persona.
- 7.- **Cronologías:** Serie de personas o sucesos históricos por orden de fecha.
- 8.- **Repertorios medios de comunicación:** Guías y agendas de los medios de comunicación. (p.p 280 – 282)

2.4.5 Bases de datos y recursos on – line: Son un soporte electrónico en el cual se pueden consultar las informaciones y suelen encontrarse por áreas de conocimiento. Son: numéricas o que contienen estadísticas; bibliografías, es decir, referencias bibliográficas de documentos como diccionarios y mapas; Directorios, los cuales contienen biografías y buscadores especializados; y por último los portales de información para periodistas, se trata de páginas web donde se pueden consultar noticias de todos los medios de comunicación que coexistentes en el globo terráqueo.

2.4.6 Audiovisuales: Se refiere a las fotografías con valor informativo, ilustrativo, simbólico y documental que empleará el periodista para aportar mayor información, didáctico y menos monótono a su noticia,

entrevista, crónica o reportaje. Dentro de la categoría de audiovisuales también se encuentran las imágenes en movimiento “las mejores videotecas las suelen tener las principales cadenas de televisión” (Martínez (s.f), p. 287). El último de los recursos audiovisuales, según la propuesta de Martínez es el archivo sonoro, el cual consta de testimonios, voces, efectos de sonido y cortes de programa radiales o televisivos.

2.4.7 Revistas especializadas: Son las publicaciones en soporte impreso o electrónico que contienen temas por áreas de conocimiento.

2.5 Reportaje Televisivo, de la palabra a la imagen.

Los reportajes televisivos son un novedoso y práctico recurso que se ha venido desarrollando en pro del periodismo y; ofrecen un modo dinámico de difusión sobre temáticas extensas y especializadas, sin desmedro de las características propias del reportaje y de otros géneros periodísticos. Algunas de ellas, según Pinto, M (<http://www.mariapinto.es/alfamedia/television/generos.htm>, 2006).

Como ocurre con l noticia, la función principal del reportaje televisivo es la de informar, pero se diferencia de ella, en cuanto en que en el reportaje existe la posibilidad y la peculiaridad de agregar el valor de la interpretación de los hechos.

- Permite al profesional del periodismo.
- Contar a fondo una historia.
- Desarrollarla al completo en todos sus aspectos o hechos.

Definir a todos los protagonistas o participantes en el evento. Es un género que permite el uso de todos los recursos periodísticos (<http://www.mariapinto.es/alfamedia/television/generos.htm>, 2011)

- Amerita de una capacidad de fusión del lenguaje escrito y el audiovisual: narrar a través de frases claras y coherentes un tema con el objeto de que la audiencia pueda comprenderlo, apoyándose en las imágenes y sonidos que permite usar la televisión.

2.6 Fases de producción en televisión

2.6.1 Definición

Todo proyecto, programa, reportaje o cualquier tipo de trabajo que requiera investigación que esté destinado a transmitirse en cualquier medio de comunicación audiovisual, debe pasar por las fases de producción, la cual puede definirse como “el conjunto de las operaciones que conducen a la realización de un programa televisivo”. (Solarino, 2000. Citado en la guía de clases de Televisión II de la Prof. Erika Osteriz).

La palabra Producción está compuesta por dos vocablos. “El primero pro significa hacia adelante o bien, la noción de algo dividido en distintos períodos, unos antecediendo a otros, organizados. El segundo duce, duces, ducere significa dirección o conducción”. (Hornelas, 2005). Este proceso se divide en tres etapas: Pre-producción, producción y post-producción, donde todas y cada una tienen una importancia a la hora de ejecutarse, sin embargo la primera fase (pre-producción) es la más importante porque determinará lo que se hará y lo que no durante las otras dos etapas. Es la pre producción, la columna vertebral de todo trabajo audiovisual.

2.6.2 Pre – producción

De acuerdo con Kemp (1979) cualquier idea o situación problemática puede ser el inicio para la planificación de materiales audiovisuales. Por lo que la fase de pre-producción tiene su punto de partida cuando se desarrolla una idea cuyas bases deben estar fundamentadas en la reacción que se espera tenga el target objetivo.

La pre-producción es la primera fase del proceso en general y la más trascendental, pues de ella depende que las otras dos etapas se lleven a cabo y el producto se concrete. Durante esta etapa se debe planificar el producto audiovisual que se va a realizar, desde el tiempo hasta los requerimientos técnicos y logísticos que se usarán para la producción, propiamente dicha.

Otros de los aspectos que deben ser planificados son el personal encargado de la producción, diseño escenográfico, iluminación, sonido, presupuestos etc. Una vez que los lineamientos y necesidades técnicas se hayan materializado se puede proceder

a los ensayos y a la lectura del guión, el cual puede ser modificado durante esta fase si así lo amerita.

Según Simpson (1999) el esquema que se debe seguir para la pre- producción de cualquier producto audiovisual es:

- 1.- Definir objetivos
- 2.- Elegir el medio
- 3.- Acordar un presupuesto
- 4.- Preparar el primer tratamiento
- 5.- Confirmar los costos
- 6.- Escribir el guión y preparar la historia
- 7.- Realizar la fotografía en exteriores y preparar el diseño gráfico especial
- 8.- Realizar las fotografías de cámara de plataforma elevada móvil
- 9.- Preparar la pista de sonido
- 10.- Editar o programar
- 11.- Previsualizar
- 12.- Corregir si es necesario
- 13.- Hacer copias de exhibición
- 14.- Exhibir
- 15.- Evaluar (p. 68)

Finalmente el personal debe hacer un ensayo final con el vestuario, de manera que se resuelva cualquier inconveniente o detalle que surja durante la prueba.

2.6.3 Idea

La idea es la piedra angular que da inicio al proceso de producción, debido a que en un principio, aunque es desordenada y posee muchas vertientes, será delimitada y precisa.

“La idea puede indicar un área o asignatura de interés; pero las ideas más útiles son aquellas que se conciben en relación a las necesidades de un grupo concreto un público que necesita determinada información”. (Kemp, 1973. p. 25)

2.6.4 Sinopsis

La sinopsis es un resumen de la investigación y muestra los aspectos más relevantes de la historia. Por tal razón, todo proyecto debe tener una sinopsis que le indica al lector o usuario una idea de lo que le espera en el producto audiovisual.

La sinopsis está conformada por un concepto, que es el extracto del contenido y por la información que la compone como el autor, la editorial, año director, distribuidora, entre otros aspectos de interés.

2.6.5 Guión Literario

El guión literario es un texto formado por las acciones, locaciones, personajes y diálogos. El guión por ninguna razón debería tener indicaciones de carácter técnico y es: el modelo que se le entrega al director, productor y talento para que sea la base de las grabaciones.

De acuerdo con Simpson (1999) la redacción del guión “es la etapa vital de la producción”. (p. 67). Este autor además indica que “Gran parte del trabajo posterior debe ser realizado por expertos individuales, todos los cuales pueden hacer una contribución a la calidad del programa lo que no pueden hacer es cambiar el enfoque general o guión básico”. Es decir, que al momento de armar lo que será la estructura del guión se deben establecer todos los aspectos que formarán parte del producto audiovisual.

Por su parte Kemp (1973) asegura que el guión “es como mapa que señala las direcciones definitivas para la toma de fotografías, trabajo artístico o filmación. El guión es un enlistado de cada una de las imágenes acompañadas de la narración, títulos e indicaciones”. (p. 48)

2.6.6 Guión Técnico

El guión técnico se elabora una vez que se realiza un análisis a profundidad del guión literario. El requisito principal de este material es que debe poseer el esquema

de la sintaxis televisiva, que está conformada por las secuencias y los planos en concordancia con los diálogos y las escenas. Se le debe incorporar la información correspondiente a las posiciones de cámara, efectos de sonido, play-back, iluminación y elementos de escenografías, entre otros.

2.6.7 Producción

Luego de tener cumplido con las pautas que integran la pre – producción, se comienza la fase de producción, donde se lleva a la práctica o ejecución las ideas y guiones elaborados en primera instancia. Esta etapa representa la realización preliminar del producto audiovisual y permite modificar errores, ya sea deteniendo la cinta o regrabando la escena.

Para la producción hay dos modalidades de trabajo. La primera es aquella que se utiliza para las telenovelas, reportajes y programas pregrabados en general, los cuales poseen un guión desarrollado (tomas cuidadosas y repetidos ensayos). La segunda, se ejecuta con rapidez y destreza del personal técnico, director y talentos, que es la propia del magazine y de los programas en vivo. Sin embargo, durante una transmisión se puede garantizar la fluidez en el desarrollo del programa con acuerdos preliminares.

2.6.8 Post producción

2.6.8.1 Definición

La Post-producción es la última etapa del proceso de producción y se enfoca en la edición del material grabado que va desde la selección de las escenas (pietaje) hasta la creación del nuevo archivo.

González, J (1994) define la post-producción como “el proceso de operación y de arte que se realiza para armar o editar todos los elementos que conforman un programa de televisión”. (p. 211)

Cuando el producto está culminado debe enfrentarse a una evaluación final que es realizada por el productor y director del programa, quienes determinarán si el objetivo principal de la propuesta fue cumplido, así que mientras más similitudes haya entre lo que se planteó en un principio y el final, más exitosa será la producción.

Es importante tener en cuenta que cada vez que se termine un proyecto es de suma importancia que se archive una copia del producto final con los documentos definitivos que se elaboraron en la pre-producción.

2.6.9 Edición

El proceso de edición se hace una vez finalizadas las grabaciones y depende del personal especializado en el área. En la actualidad existen varios programas de computadoras con los que sólo se debe ensamblar el material y tener creatividad a la hora de añadir los efectos especiales, inserts y demás elementos visualmente atractivos.

González (1994) asegura que los siguientes aspectos forman parte del proceso general de edición:

Una vez grabadas las tomas que forman el programa, se procede al acabado final, esto es, unir cada toma dentro de una secuencia lógica narrativa , ajustándolas a cierto tiempo delimitado, agregando títulos, créditos, gráficas, efectos especiales, sonido, texto etcétera, de manera que el resultado sea un acabado definitivo, es decir, un programa listo para transmitirse. (p.211)

En la edición entran en juego varios elementos que se usaron antes y durante la producción, uno de estos es el guión técnico, el cual es la principal herramienta guía del editor. Sin embargo, las grabaciones, en ocasiones, no están grabadas en el orden cronológico que lo establece el guión, sino que se pueden realizar varias tomas que correspondan a una misma locación, pero que no estén en el severo orden. El fin es abaratar los costos de producción. (González, 1994)

Pre- producción	Presupuesto Organización de los equipos Localizaciones Contratación de actores Contratación de medios técnicos Proyecto escenográfico Vestuarios y ambientación Ensayos Elaboración del plan de grabación	
Producción		Equipo de dirección: ayudantes

		Regidores Actores Iluminación Equipo de cámaras de estudio Maquillaje Sonido de toma (jirafista) Sonido de mesa (control de mezclas)
Post – Producción	Premontaje Mezcla de sonido Música	Duplicado con código de tiempo Efectos sonoros Efectos – sala Doblaje Ambientación musical Grabación de música

Fuente: Barroso J. Realización audiovisual

2.7 La Salud como Derecho en el Mundo y en Venezuela:

La Salud es un derecho social universal, que fue reconocido después de la II Guerra Mundial, pero sería luego de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en 1945, cuando quedó establecido el fundamento jurídico de la salud como un derecho humano básico. El objetivo de las disposiciones constitucionales del derecho a la salud es exigir que sea el Estado el responsable de promover y proteger la salud. Así está consagrado en las constituciones de países como: Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, Guatemala, Guayana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Perú y Venezuela, entre otros.

Al hacer una revisión de los principales elementos contenidos en las constituciones referidos al reconocimiento de este derecho se pueden inferir cuestionamientos tales como ¿Qué se entiende por salud? o ¿Hasta dónde llega el sistema de salud en la protección del ser humano?

Sobre la primera interrogante la OMS define para el año 1945, a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no la simple ausencia de enfermedad o invalidez”. (<http://www.who.int/peh-emf/research/agenda/es/index.html>, 2011)

En cuanto al segundo aspecto puede decirse que la atención a la salud posee dos nociones, una pública y social y otra individual y privada. Para Fein, citado por Roemer (1989) estos dos campos, social e individual, están sujetos a la magnitud de los recursos, fondos y protagonismos que el Estado le otorga.

En el caso de Venezuela, el artículo 83 de la actual Carta Magna de 1999 define y enmarca el papel primordial del Estado como guardián de la salud al suscribir “la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a todos los servicios (...)”.

El artículo 83 se ve complementado por el 84 en el cual el Estado ejercerá su rol como rector del sistema público nacional de salud, aunque en la práctica tal rectoría no ha sido productiva desde punto de vista financiero y de inversión, pues así lo demuestran las cifras, publicadas por la OMS en su Reporte de la Salud del Mundo (1999). Para el año 2000, solo hubo un 7.5% del gasto total en salud como porcentaje (%) del PIB. De esta cifra sólo el 3% corresponde a la inversión proveniente del gasto público, lo que llevó a la falta de recursos hospitalarios y médicos, provocando altos índices de mortalidad infantil (13.7% por cada mil nacidos).

Estos indicadores de mortalidad infantil son los que dieron iniciativa a que el Estado venezolano descentralizara la distribución del capital destinado al sector salud, según cada entidad federal, para lo cual creó una nueva política bajo la supervisión del Ministerio del Poder Popular para la Salud, llamada Proyecto Nacional Simón Bolívar año 2007 – 2013, en el cual se especifica como objetivo la expansión y consolidación de los servicios de salud de forma oportuna y gratuita para reducir la tasa de mortalidad materno neonatal e infantil.

2.8 Morbilidad en Venezuela:

El Diccionario Mosby de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud (2002) definen morbilidad como la “tasa con la que aparece una enfermedad o anomalía en una determinada zona o población”. (p. 352)

Entre las causas de morbilidad se encuentran las enfermedades infecciosas, parasitarias, carenciales, entre otras. Y con respecto a los agentes que intervienen en esta transmisión infecciosa se pueden mencionar los físicos, químicos y biológicos.

Es así como Alvares (1998) afirma que los agentes físicos de riesgos:

Son las variaciones extremas o anormales de las condiciones habituales del ambiente: presión atmosférica, temperatura, humedad, sonido y radiaciones. Dichas situaciones anormales producen trastornos o enfermedades. Así el hiperbarismo tiene efectos sobre cavidades naturales: oído, senos frontales y maxilares, produciendo traumatismo de presión y molestias dolorosas. Tienen importancia también los fenómenos que acompañan a la descompresión, por la liberación de gases a los tejidos del organismo. Las temperaturas muy elevadas alteran la circulación, producen deshidratación, desequilibrio electrónico, erupciones, quemaduras etc. Además alteran la coordinación psicomotora y el tiempo de reacción. Las consecuencias producidas por los sonidos muy intensos que rebasan los límites permisibles (menos de 90 decibeles), son la disminución y la pérdida de la función auditiva de molestias generales diversas: cefalea, mareos, etc. (p. 362).

En este caso se pueden producir las enfermedades en los niños a causa de diversos agentes externos que les rodean. Generalmente, este tipo de aspectos no se pueden evitar, pues si el virus o afección se encuentra en el aire puede entrar por las vías respiratorias al niño. Por ende, se le recomienda a los padres tomar medidas preventivas, como retirar a su infante de las áreas libres donde sospechen que habitan agentes infecciosos.

Los agentes químicos, por su parte, están acompañados de polvos inorgánicos como el sílice, asbesto, plomo, arsénico o cadmio y orgánicos, los cuales son tóxicos (Ibídem)

En ese sentido, esos agentes traen problemas al organismo a través de efectos asfijantes, irritantes y neumconióticos.

Por otro lado, los agentes biológicos que se encuentran en el medio ambiente son “Las bacterias, los hongos, los parásitos y los virus, es decir, los mismos que atacan a la población general, pero que en ciertos tipos de trabajo representan un factor mayor de riesgo” (Ibídem 364).

2.9 Enfermedades y Alteraciones a desarrollar niños menores de ocho (8) años de edad:

2.9.1 Enfermedades:

2.9.1.1 Asma:

Aunque las definiciones de asma son muy variadas desde que se develó su aparición, debido a la diatriba de opiniones respecto a si es una enfermedad o un síndrome, en general, el asma es “una enfermedad bronco – espasmódica caracterizada por la disnea pero de tipo expiatorio” (Benjamín, 1928, p. 7). Para Organización Mundial de la Salud (OMS) es asma como enfermedad crónica se presenta por la falta de aire y la presencia de sibilancias, que implica un sonido del aire al recorrer las vías respiratorias congestionadas.

Es importante señalar que las infecciones respiratorias, como el asma son la principal causa de consulta de “niños menores de cinco (5) años a los servicios de salud en la mayoría de los países, representando entre el 40% y el 60% de todas las consultas de este grupo de edad” (<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/aiepi-27-8.pdf>, 2011)

El primer médico que habló y escribió sobre el asma fue el griego Areteo, quien la describió como entidad nosológica que tiene por causa la frialdad y humedad del espíritu, sin embargo fue Galeno, quien por sus profundos conocimientos en anatomía explicó que el asma se origina por “humores espesos y filantes que ocupan las vías aéreas o por algunos tubérculos crudos en los pulmones” (Benjamín, 1928, p. 7)

En la actualidad, las causas o etiología del asma es un poco más precisa, úes a diferencia de Galeno, las consiguientes investigaciones médicas han arrojado una serie de razones que derivan en el síndrome asmático. Una de ellas es la herencia como factor primordial en la aparición del asma; padre o madre que haya sufrido de afecciones como urticaria, jaqueca o eczema puede heredar o transmitir a sus progenitores el asma, pues estas preceden a la enfermedad.

Sin embargo existen otras causas independientes al factor genético. Según Benjamín (1928) existen dos grandes grupos o circunstancias que dan origen al asma, causas externas y causas internas. Dentro de las primeras se encuentran formas climáticas tales como el viento, la humedad, el calor, el frío, así como los cambios bruscos de temperatura; asimismo son circunstancias propicias al asma, las de tipo olfativas, es decir, el olor de ciertas flores, animales, polvos, etc.

Por su parte, las causas internas están referidas a los trastornos digestivos, la apendicitis crónica y los vermes intestinales, los trastornos del aparato genital, fibromas y prostatitis; y los trastornos endocrínicos como menopausia e insuficiencias tiroideas. Pero de todas estas causas, las que más interesan para el diagnóstico del asma son las afecciones del aparato respiratorio como “pólipo, espelón de tabique, vegetaciones adenoides e hipertrofia de los cornetes” (Benjamín, 1928, p. 9).

Para Escardó (1956) el asma se presenta en tres etapas: la primera opresión respiratoria que consiste en la dificultad de respirar profundo; la segunda el silbido que suele llamarme bronquitis asmática y la tercera, “el ataque de asma propiamente dicho en el que al silbido se le asocia la disnea, resultante de la disminución de oxígeno”. (p.19).

En el caso de los niños Escardó apunta que la reacción asmática se presenta en los infantes que responden a cualquier “infección respiratoria trivial con bronquitis espasmódica, entre los tres (3) y los ocho (8) años de edad”. (p.35)

Para realizar el diagnóstico del asma es necesario no confundirla con pseudoasmas que son conocidas como asmas sintomáticas, en el caso de los adultos, mientras que el asma infantil puede ser detectada luego de un examen físico y la revisión del cuadro clínico, los antecedentes familiares y las crisis anteriores, las cuales están, por lo general, asociadas a rinitis y eczemas.

Luego de haber sido descubierta el asma en un paciente, el tratamiento puede ser de dos tipos, en relación al tipo de asma. Uno de ellos es el tratamiento sintomático, el cual busca detener la crisis con el uso de medicamentos de acción rápida como adrenalina y corticoides.

Por su parte, el tratamiento preventivo incluye terapia respiratoria y el uso regular de broncodilatadores y la medicación que combate el elemento vagolónico a través de “opíáceos, belladona, benzoato, valeriana, entre otros” (Benjamín, 1928, p. 14). Se incluye también el aislamiento del paciente, en especial de los niños, de aquellos lugares con presencia de humedad, frío y olores fuertes tales como perfumes, flores y polvo.

Una recomendación para los niños que usan inhalador como parte del tratamiento, es utilizar un dispositivo denominado espaciador, el cual les ayuda a llevar el medicamento adecuadamente hasta el pulmón. En cambio, los niños más pequeños, según recomienda la OMS, pueden recurrir a un nebulizador, pues este convierte el medicamento para el asma en un vapor que se inhala.

2.9.1.2 Bronquitis:

El Diccionario de Medicina Océano Mosby (s.f) define la bronquitis como la “Inflamación Aguda o crónica de las membranas mucosas del árbol traqueobronquial” (p. 179)

De acuerdo con op. Cit:

La bronquitis aguda se caracteriza por tos húmeda fiebre, hipertrofia de las estructuras de las estructuras secretoras de moco y dolor torácico. Se

debe a la extensión de una sección vírica de las vías respiratorias superiores a los bronquios y se observa con frecuencia después de infecciones típicamente infantiles como el sarampión, la tosferina, la difteria y la fiebre tifoidea. (p. 179).

Como el resto de las enfermedades que presentan los niños y adultos coexisten un grupo de síntomas que les permiten a los médicos, durante la evaluación, arrojar un diagnóstico. En el caso de bronquitis estos son: “el acúmulo de un exceso de secreción de mocos en los bronquios con tos húmeda durante un mínimo de tres meses consecutivos en por lo menos dos años sucesivos, infecciones torácicas frecuentes, cianosis, hipoxemia, hipercapnia e insuficiencia respiratoria”. (Harrison, 2005, p. 405)

A fin de dar un diagnóstico sobre la bronquitis, el médico tratante puede escuchar los sonidos respiratorios anormales en el examen del pulmón con un estetoscopio. Además de las pruebas de la función pulmonar se puede obtener un pronóstico de la enfermedad, radiografía de tórax y muestras de esputo para confirmar si hay o no inflamación o infección bacteriana.

El tratamiento de la diabetes, en el caso de los adultos, empieza porque el paciente deje por completo de fumar, la no utilización de irritantes de las vías respiratorias, drenaje postural y administración de expectorantes. Vale acotar que los médicos no recomiendan el empleo profiláctico de antibióticos, esteroides ni tratamientos de desensibilización.

En los niños, el tratamiento para la diabetes tipo I, según Harrison (2005), versa sobre tres puntos básicos: La inyecciones de insulina o el uso de bombas de insulina, la práctica de una dieta balanceada, establecida por el médico tratante y la actividad física o rutina de ejercicios constantes.

2.9.1.3 Dengue:

De acuerdo con la OMS la incidencia del dengue se ha incrementado en demasía durante los últimos años, pues aproximadamente un 40% de la población mundial ha contraído la enfermedad y 2,5 mil millones de personas se encuentran propensas a contagiarse. El dengue, según un artículo por el centro de prensa

publicado por la OMS “es una infección transmitida por mosquitos que causa una enfermedad grave similar a la gripe, y a veces una complicación potencialmente mortal denominada dengue hemorrágico”. (www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/es/index.html, 2011)

El dengue como enfermedad infecciosa es transmitida al ser humano a través de la picadura del mosquito *Aedes Aegypti*. Los mosquitos tienden a adquirir el virus cuando se alimentan de la sangre de una persona infectada. Tras la incubación del virus durante 8 a 10 días, un mosquito infectado es capaz de transmitir el virus para el resto de su vida durante la picadura y la alimentación.

Es importante resaltar que “los mosquitos hembra infectados también pueden transmitir el virus a su descendencia por vía transovárica (a través de los huevos), pero todavía no se ha definido el papel de este mecanismo en la transmisión del virus al ser humano”. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/es/>, 2011)

El virus del dengue circula en la sangre de los seres humanos infectados en un lapso que va desde los 2 a los 7 días, coincidiendo aproximadamente con el periodo febril; los mosquitos *Aedes* pueden adquirir el virus cuando se alimentan de una persona durante este período.

El dengue es una enfermedad que afecta a los lactantes, a los y a los adultos, pero que en raras oportunidades causa la muerte. Las características clínicas del dengue varían según la edad del paciente. En el caso de niños y lactantes, generalmente, se presentan fiebres y erupciones en la piel. Los niños mayores y los adultos pueden mostrar el virus de forma brusca, con fiebre muy alta, cefalea, dolores musculares y articulares.

Existen dos tipos de dengue conocidos, según Harrison (2005):

El primero de ellos denominado dengue clásico cuyo cuadro febril es de una duración de 2 a 8 días con temperatura de 38°, con presencia de “algunas alergias o erupciones cutáneas, vómitos, conjuntivitis y diarrea” (p. 598); quienes se contagian con este tipo de dengue no fallecen pues es el más simple de los virus. “En niños

menores de 5 años, es frecuente que sólo se presente la fiebre”. (<http://www.cenave.gob.mx/dengue/default.asp?id=41>, 2011)

Por su parte, el dengue hemorrágico (DH) es una complicación mortal, la cual se caracteriza por fiebre elevada y en casos específicos por graves con insuficiencias circulatorias. De acuerdo con la OMS, el DH a menudo empieza con: “un aumento brusco de la temperatura acompañado de rubor facial y otros síntomas gripales. La fiebre suele durar 2 a 7 días y puede llegar a 41 °C, acompañándose a veces de convulsiones y otras complicaciones”. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/es/>, 2011)

En los casos de DH moderado, todos los síntomas y signos se minimizan una vez que ha cedido la fiebre. En los casos graves, el paciente puede deteriorarse luego de algunos días de fiebre; la temperatura disminuye, aparece una insuficiencia circulatoria, y el paciente puede entrar en estado de choque, falleciendo en 12 a 24 horas, o recuperarse rápidamente después de recibir un tratamiento médico apropiado.

Harrison (2005) nombra los exámenes que se pueden efectuar para diagnosticar el dengue son:

- El Título de anticuerpos, especial para los tipos del virus del dengue, ya sea clásico o hemorrágico
- Conteo sanguíneo completo o por sus siglas CSC
- Los Estudios serológicos para hallar anticuerpos contra los virus del dengue, tanto clásico como hemorrágico (p. 596)

En cuanto al tratamiento no existe uno específico para el dengue clásico, sin embargo, se recomienda suministrar bebidas hidratantes al paciente, aunado al descanso. En el DH, la atención médica sobre los efectos y la evolución de la fiebre hemorrágica puede salvar la vida del paciente, reduciendo la tasa de mortalidad de más del 20% a menos del 1%. El mantenimiento del volumen de la sangre es fundamental en el tratamiento del DH.

Como parte del tratamiento hemorrágico, también se incluyen las transfusiones de plasma y la administración de líquidos y electrolitos intravenosos a fin de tratar la deshidratación.

Todavía no se ha aprobado ninguna vacuna contra el dengue, sólo se sabe que esta deberá ser tetravalente, es decir, deberá brindar protección frente a los cuatro virus que se unen para generar la infección.

Actualmente, el único método de controlar o prevenir la transmisión de los virus del dengue consiste en la lucha contra los vectores que los transmiten el *Aedes aegypti*, el cual se reproduce y habita en envases como vasijas de barro y cisternas de hormigón utilizadas para el almacenamiento doméstico de agua, así como en envases alimentarios de plástico, cauchos de vehículos usados y otros objetos que acumulen agua de lluvia.

Para el control de los vectores, según la OMS se requiere la eliminación de los residuos sólidos y la mejora de las prácticas de almacenamiento de agua, entre ellas, cubrir los envases para evitar que los mosquitos pongan sus huevos y usar mosquiteros en las zonas donde se presume existen mosquitos.

2.9.1.4 Desnutrición:

La desnutrición es la carencia de nutrientes en el cuerpo humano. Esta patología se puede presentar por la falta de consumo de alimentos y es más común en los niños que pueden o no estar en su fase de desarrollo.

Gómez (2003) en el artículo “Desnutrición” asegura que:

La palabra desnutrición señala toda pérdida anormal de peso del organismo, desde la más ligera hasta la más grave, sin prejuzgar en sí, de lo avanzado del mal, pues igualmente se llama desnutrido a un niño que ha perdido el 15% de su peso, que al que ha perdido 60% o más, relacionando estos datos siempre al peso que le corresponde tener para una edad determinada, según las constantes conocidas. (p. 3)

El origen de la desnutrición se debe a muchas causas entre las cuales resalta “la mala alimentación que se genera en la infancia, adolescencia, embarazo, lactancia y vejez, vinculado a la a la inadecuada selección de los alimentos, religión,

preferencias, desconocimiento, bajos recursos económicos y enfermedades” (Harrison, 2005, p. 92).

Otra de las causas es hacer dietas durante períodos largos que, conjuntamente con la desnutrición pueden ocasionar anorexia y bulimia. También, padecer de cáncer o sida, infecciones, diarrea crónica o alcoholismo son atenuantes en el surgimiento de la desnutrición

Entre los síntomas de la desnutrición podemos encontrar la pérdida excesiva de peso, palidez, hundimiento o abultamiento del abdomen, pómulos salientes, frío en manos y pies, agotamiento, falta de crecimiento, falta de memoria, resequedad en la piel caída del cabello, “menstruación irregular o desaparición de la misma, edema, pérdida de masa corporal, alteraciones en coagulación sanguínea y sistema inmunológico, uñas frágiles, raquitismo, anemia entre muchos otros” (<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/diabetes.html>, 2011) .

Para diagnosticar la desnutrición es importante registrar una historia alimenticia del paciente a partir de la valoración médica (mediciones de peso, talla y pliegues cutáneos). Además se deben solicitar análisis clínicos de sangre y orina que indicarán el grado de deficiencia de vitaminas proteínas y minerales. Así como también se debe determinar el valor de la albúmina, la cual es la principal proteína de nuestro organismo.

Harrison (2005) opina que el tratamiento de la desnutrición va a depender del nivel en que esta se encuentre y sobre todo si el paciente posee alguna otra enfermedad. Sin embargo, la medida de atención inmediata es la reposición de todos los nutrientes carentes o deficitarios en el organismo.

2.9.1.5 Diabetes:

La diabetes es “el trastorno caracterizado por la excesiva excreción de orina. El exceso puede deberse a una deficiencia de hormona antidiurética (ADH) como el caso de la diabetes insípida o puede estar condicionada por la hiperglucemia propia de la diabetes mellitus”. (Anderson, s.f, p. 337)

Valle en su artículo “Diabetes” sostiene que una de las causas de la diabetes es el factor hereditario para ambos tipos de esta enfermedad. No obstante, esto se puede ver condicionada por los factores ambientales que pueden ayudar que aparezca la enfermedad como también pueden desaparecerla. La obesidad, por su parte, es una causante del tipo II. (p. 6)

Existen dos tipos de diabetes. En la diabetes tipo 1, el cuerpo no produce insulina, mientras que en la tipo 2, que tiende a ser la más común, el cuerpo no produce o no usa la insulina adecuadamente. Sin suficiente insulina, la glucosa permanece en la sangre.

Un niño o un adulto que no ha sido diagnosticado con diabetes puede presentar los siguientes síntomas: frecuencia en orinar, hambre y sed excesiva, debilidad, cansancio, pérdida de peso, cambios bruscos de ánimo, vómitos, sensación de malestar estomacal, infecciones, vista nublada, cortadura y rasguños que no se curan, picazón en las manos o pies, elevados niveles de azúcar en la sangre y orina entre otros.

El diagnóstico de la diabetes se efectúa cuando el niño o el adulto presentan elevados niveles de azúcar en la sangre y ocasionalmente, deben ser controlados mediante un examen de sangre anual o durante una exploración clínica hecha por el médico tratante. Asimismo se pueden hacer análisis para “establecer la posible causa de síntomas como el aumento de la sed, el hambre, antecedentes familiares con diabetes, obesidad y otras complicaciones asociadas con la diabetes”. (Harrison, 2005, p. 183)

La concentración de la azúcar en la sangre se obtiene a través de un examen de sangre aplicado al paciente, quien debería estar en ayuna, por lo menos ocho horas sin haber comido nada, o también se le puede realizar a personas después que haya comido, sólo que los niveles de insulina estarán en sus niveles normales a menos que tenga más de 65 años de edad, donde la azúcar se concentra con valores más elevado.

Además existe otro tipo de examen sanguíneo de nombre, prueba de tolerancia oral a la glucosa, el cual se le efectúa mayormente a mujeres embarazadas que se

sospecha poseen diabetes gestacional. La prueba se lleva a cabo, a través de “la obtención de una muestra de sangre en ayunas para medir el valor de azúcar y se suministra al paciente una solución especial, vía oral (líquido)” (Harrison, 2005, p. 184), que posee una cantidad estándar de glucosa. Se debe monitorear dos o tres horas después con varias muestras de sangre.

En lo que concierne al tratamiento de la diabetes mellitus, los expertos de la salud afirman que las medidas para el control de la enfermedad son “dieta, ejercicio físico y medicación” (Harrison, 2005, p. 186). El objetivo es mantener los niveles de glucosa en la sangre dentro de los rangos considerados normales para minimizar el riesgo de complicaciones asociadas a la enfermedad. En muchos pacientes con diabetes tipo II no sería necesaria la medicación si se controlase el exceso de peso y se llevase a cabo un programa de ejercicio físico regularmente. No obstante, es necesaria una terapia sustitutiva con insulina o la ingesta de fármacos hipoglucemiantes por vía oral.

Según el portal Dmedicina.Com (<http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/diabetes>, 2011) estos son los tratamientos más usados en la actualidad:

a.- **Fármacos hipoglucemiantes orales:** Se prescriben con diabetes tipo II que no consiguen descender la concentración de azúcar en la sangre a través de la dieta y actividad física, pero no son eficaces en personas con diabetes tipo I.

b.- **Tratamiento con insulina:** En paciente con diabetes tipo I es necesario la administración exógena de insulina, pues el páncreas es incapaz de producir esta hormona. También es requerida en diabetes tipo II si la dieta, el ejercicio y la medicación oral no consiguen controlar los niveles de glucosa en la sangre. La insulina se administra a través de inyecciones en la grasa existente debajo de la piel del brazo, pues si se tomase por vía oral sería destruida en el aparato digestivo antes de pasar al flujo sanguíneo. Las necesidades de insulina varían en función de los alimentos que se ingieren y de la actividad física que se realiza. Las personas que siguen una dieta estable y una actividad física regular varían poco sus dosis de insulina. Sin embargo, cualquier cambio en la dieta habitual o la realización de algún deporte exigen modificaciones de las pautas de insulina.

La insulina puede administrarse a través de inyecciones con distintos instrumentos:

- Jeringuillas tradicionales, de un solo uso, graduadas en unidades internacionales (de 0 a 40).
- Plumas para inyección de insulina: Son aparatos con forma de pluma que tienen en su interior un cartucho que contiene insulina. El cartucho se cambia cuando la insulina se acaba, sin embargo la pluma se sigue utilizando.
- Jeringas precargadas: Son dispositivos similares a las plumas que vienen cargados con insulina. Una vez que se acaba la insulina se tira toda la jeringa. El nivel de glucosa en la sangre depende de la zona del cuerpo que se inyecta en el abdomen. Se recomienda inyectar siempre en la misma zona, aunque desplazando unos dos centímetros el punto de inyección de una vez a otra. Se debe evitar las inyecciones en los pliegues de la piel, la línea media del abdomen y el área de la ingle y el ombligo.

2.9.1.6 Diarrea

Cada año, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), mueren alrededor de diez (10) millones de niños menores de cinco años en todo el mundo a causa de enfermedades y afecciones prevenibles y una de ellas es la diarrea. De acuerdo con Pérez y Martínez (1986) “la diarrea aguda es la enfermedad de mayor morboletalidad en la población infantil en los países del Tercer Mundo y constituye el factor más importante en el desarrollo de la desnutrición” (p. 5). Por lo que esta enfermedad debe ser monitoreada desde muy cerca ya sea por un médico o con la persona encargada del enfermo.

La diarrea ocurre cuando las evacuaciones ocurren tres o más veces en un día con la presencia de moco, sangre y en algunas ocasiones es acompañada por vómitos y fiebre. No obstante esto dependerá el nivel de alimentación que posea el niño. En eses orden de ideas el intestino delgado tiene un papel fundamental dentro de la aparición de la diarrea, pues él es el encargado de la absorción y degradación de los alimentos, por lo que si su mecanismo falla, la asimilación de los nutrientes se ve amenazada.

Según Pérez y Martínez (1986):

Se ha demostrado que el ayuno, la desnutrición, así como la eliminación de la flora intestinal, disminuyen la masa del intestino, la actividad enzimática, y la tasa de recambio celular. Todos estos factores interfieren con los mecanismos de absorción, digestión y excreción de nutrientes, así como también con el mecanismo de defensa del intestino contra agentes invasores (p. 7).

Cuando esto ocurre empieza la sintomatología de la diarrea como lo son la fiebre, vómitos, náuseas, dolor abdominal y las evacuaciones frecuentes.

La forma de tratar esta enfermedad que es más frecuente en la niñez, desde los primeros meses de vida, es acudir inmediatamente a la “rehidratación oral a manera de impedir el efecto peligroso de la deshidratación, dándole los líquidos al organismo que perdió en el padecimiento” (Pérez y Martínez, 1986, p. 17).

La hidratación oral se debe efectuar con sustancias de Rehidratación oral (SRO), las cuales son sales que combinadas con agua minimizan los efectos de la diarrea. Como otra sugerencia, se encuentra la alimentación rica en zinc, propuesta por la OMS luego de examinar una serie de estudios que arrojaron que “entre 10 y 29 mg diarios de zinc durante 10 o 14 días reduce el número de episodios diarreicos, durante los 2 o 3 meses posteriores al tratamiento”. (http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_FCH_CAH_04.7_spa.pdf, 2011)

Sin embargo, la medida preventiva contra la diarrea, de mayor importancia, es la manipulación higiénica de las frutas, verduras y hortalizas por parte de los padres y representantes, quienes elaboran a diario los alimentos que serán consumidos por sus primogénitos. Es importante que resaltar que la alimentación de los niños debe contener los productos de los tres grupos que integran la pirámide alimenticia y que pueden ser acompañados de los complementos vitamínicos recetados por el pediatra para evitar la desnutrición que conlleva la diarrea.

2.9.1.7 Hepatitis:

De acuerdo a los planeamientos de Harrison (2005) La hepatitis es una enfermedad en la cual el hígado, órgano encargado de depurar la sangre de sustancias

tóxicas y almacenar minerales y vitaminas, se inflama por efecto de alguna infección. En los adultos se produce, generalmente por la ingesta excesiva de alcohol, mientras que en los niños ocurre por efectos de un virus. En ese sentido, existen diferentes tipos de hepatitis.

2.9.1.7.1 La hepatitis A: Es la más frecuente en los niños y se genera por causa de un virus que vive en las heces fecales, de allí la importancia de lavarse las manos luego de ir al baño. Otra vía de contagio es a través de ciertos alimentos marinos (langostinos), quienes se pueden nutrir de aguas contaminadas. Sin embargo, la hepatitis A posee corta duración y luego de adquirida una vez, no se contrae nuevamente.

2.9.1.7.2 Por su parte, la hepatitis B y C son más graves y se presentan, en la mayoría de los casos en adolescentes y adultos por el uso de jeringas o agujas contaminadas durante transfusiones o ingesta de drogas; o por el intercambio de fluidos corporales durante las relaciones sexuales con una persona que padezca de hepatitis B o C.

Según Harrison (2005), los síntomas más generales de la hepatitis son: cansancio sin explicación, color amarillento de la piel (ictericia), vómitos, fiebre, dolor abdominal en el cuadrante superior derecho, pérdida de apetito durante varios días y en consecuencia disminución del peso.

Para el diagnóstico de la hepatitis, según el portal [Dmedicina.Com](http://www.dmedicina.com), existen dos pruebas médicas:

- Análisis de sangre, o hematológico (se extrae sangre con una jeringuilla).
- Biopsia, una prueba sencilla que consiste en extraer un pequeño pedazo de hígado, para analizar los tejidos al microscopio y comprobar si están o no dañados. (<http://www.dmedicina.com/vida-sana/actualidad/hepatitis,2011>)

La importancia de estas pruebas radica en que no sólo determinan la existencia de la hepatitis, sino también su tipo (A, B o C) y su gravedad. En ese contexto, se habla de otros exámenes y métodos de diagnóstico. Uno de ellos es la ecografía abdominal “(...) un procedimiento imagenológico utilizado para examinar los órganos internos del abdomen, incluyendo el hígado, la vesícula biliar, el bazo, el páncreas y los riñones”. (<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003777.html>, 2011)

Para realizar el examen se emplea un ecógrafo, el cual emite ondas sonoras de alta frecuencia que son reflejadas en una computadora para visualizar la imagen y que a diferencia de los tradicionales Rayos X no expone al paciente a ningún tipo de radiación.

De igual forma, la paracentesis permite la diagnosis de la hepatitis. Esta técnica, paracentesis, consiste en una punción abdominal para extraer el líquido de la pared ventral y la columna, para ello se aplica anestesia local y se introduce una aguja que extraerá el líquido pertinente para su posterior análisis de laboratorio, es de allí “El uso de uno u otro procedimiento dependerá de la evaluación médica y de la gravedad de los síntomas y signos que manifieste el paciente” (Harrison, 2005, p. 381).

En cuanto al tratamiento, el mismo estará sujeto a las causas de la enfermedad, una dieta rica en calorías, uso de medicamentos y la prohibición de algunos alimentos son algunos de los dictámenes que podría recetar el médico. La hepatitis en niños, tipo A tiende a ser la menos grave pero no por esa razón la menos importante, pues como población vulnerable, los infantes están propensos a adquirir “enfermedades y virus con facilidad, sobre todo por la falta de vacunación en los primeros años de vida” (Harrison, 2005, p. 538).

2.9.1.8 VIH SIDA:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el programa conjunto de las Naciones Unidas (ONUSIDA), estimaron que alrededor de 33,4 millones de personas

en todo el mundo se encontraban infectados de VIH SIDA a finales de 2008; y 280 mil niños murieron a causa de esta letal enfermedad.

La palabra SIDA significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y se le llama adquirida porque es una deficiencia que obtiene un organismo que estaba aparentemente sano.

Un aspecto interesante de la aparición del VIH SIDA es que aún no conoce con exactitud cómo fue. Para Oscar Aldrey, citado por Suárez y Sánchez (1989), existe una versión que expone que el virus fue transmitido del mono al ser humano en África por la práctica de la zoofilia. Otra versión es la que señala que en junio de 1981 los cinco casos de SIDA detectados en el Centro de Control de Atlanta fueron producto de la homosexualidad, es por ese motivo que se le catalogó a la enfermedad como la Peste Rosa.

Para el año 1982 el VIH SIDA fue reconocido como una enfermedad que ameritaba de la vigilancia epidemiológica, debido a que en ese mismo año aparecen los primeros casos en niños. Y es ya en 1983 cuando la OMS otorgó el nombre oficial a la enfermedad como SIDA proveniente del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida, luego del aislamiento de los casos que hiciera el doctor Luc Montagnier.

Hay que tener en cuenta que un caso de SIDA según el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC de Atlanta) el VIH y el SIDA son dos enfermedades diferentes. El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) “es una enfermedad indicativa de inmunodeficiencia celular, en ausencia de otras causas subyacentes” (Suárez y Sánchez, 1989, p.39). La deficiencia inmunitaria se presenta cuando el sistema inmunitario deja de cumplir su función, es decir, la lucha contra las infecciones que invaden al organismo.

Por su parte, EL SIDA se presenta cuando una persona ha sido diagnosticada con una infección severa del VIH y presenta alguna de las veinte (20) infecciones oportunistas o de cánceres asociados con el VIH, de ahí que la sociedad defina al VIH como SIDA y no como una afección que interviene en su incidencia.

De acuerdo con Suárez y Sánchez (1989) el SIDA pediátrico se distingue al SIDA como la presencia en niños de una infección oportunista o tumor maligno “indicativo de una inmunodeficiencia celular y en donde se hayan incluido otras causas de inmunodeficiencia” (p.19). Otros pacientes aceptados como serología positiva o SIDA son los menores de trece (13) años que presenten histoplasmosis diseminada, isosporiasis con diarrea crónica de más de un mes de duración o candidiasis bronquial o pulmonar.

Las principales vías de contagio del VIH SIDA son los fluidos corporales que emanan durante el contacto sexual sin protección (esto incluye sexo vaginal, anal u oral), las transfusiones sanguíneas y el uso compartido de agujas que se asocian con el consumo de drogas. En el caso de los niños, la transmisión de la enfermedad ocurre de madre a hijo durante la gestación o luego del nacimiento a través de la lactancia

Es importante señalar que sin tratamiento la mayoría de los infectados de SIDA presentan los síntomas relacionados al VIH en un plazo de cinco a diez años, sin embargo para su diagnóstico pueden tardar hasta quince años para ser denominados pacientes seropositivos. Los síntomas más frecuentes del VIH SIDA son: escalofríos, diarrea y fiebre más de un mes, ganglios linfáticos inflamados, debilidad y pérdida de peso.

Es posible que la infección con el VIH no produzca ningún síntoma. No obstante, algunas personas sí experimentan síntomas “seudogripales con fiebre, erupción cutánea, dolor de garganta e inflamación de los ganglios linfáticos, generalmente de 2 a 4 semanas después de contraer el virus”. (<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000594.htm>, 2011)

Luego de un examen físico y la formulación de una historia clínica, si los síntomas ya se han hecho observables, el médico procederá a solicitar al paciente que se realice un examen para el diagnóstico del SIDA. Para ello existen las siguientes pruebas:

- **La prueba EIA o ELISA:** Es un examen de sangre, quizá la más conocida su nombre viene del término inglés Enzyme-linked

immunosorbent assay, que quiere decir ensayo inmonoenzimático ligado a enzimas. Los resultados de la prueba se obtienen alrededor de dos semanas.

- **Western Blot:** Este examen se efectúa luego de que se ha hecho la ELISA y es la confirma el resultado, en consecuencia arroja si la persona es seropositivo
- **La prueba oral:** Se realiza tomando una muestra de saliva de la boca del paciente con un hisopo y luego de su estudio en laboratorio se confirmará la presencia o no del VIH SIDA. A pesar de ser simple, los dos exámenes anteriores son los más conocidos y practicados en el despistaje de la enfermedad.

Hablar del tratamiento del VIH SIDA, luego de su diagnóstico resulta un poco delicado, pues a diferencia de otras enfermedades, esta no posee una cura, de hecho aún tomando los medicamentos, las personas contagiadas pueden transmitir el virus a otros a través de las relaciones sexuales sin protección y las agujas o jeringas compartidas.

Los fármacos recetados para las personas seropositivas son los antirretrovirales, los cuales tienen como función inhibir las enzimas como la retrotranscriptasa y la proteasa, a propósito de reducir la réplica del VIH y el avance del SIDA.

Según la OMS para el año 2007 la Agencia Europea de Medicamentos (EMEA por sus siglas en inglés) autorizó el uso del fármaco Atripla, el cual funciona como una especie de cóctel por combinar tres de los antirretrovirales más usuales. La presentación del medicamento es en forma de pastilla y puede ser ingerida por los adultos seropositivos.

Pese a que las medicinas antirretrovirales minimizan los efectos del VIH SIDA poseen secuelas en el paciente que van desde la acumulación de grasa en la espalda, hasta sensación de debilidad y decaimiento constante.

2.9.2 Alteraciones del Desarrollo:

2.9.2.1 Dislexia: Entre Letras

La Dislexia es una alteración del desarrollo con síntomas y signos específicos que surge de un problema neurológico, sea de origen genético, o bien, “debido a un desarrollo tardío, daño o disfunción cerebral mínimo o a una combinación de todos esos elementos”. (Aragón, 2001, p. 23)

En lugar de hablar de niños disléxicos, según Aragón (2001) es mejor referirse a niños que cometen errores de tipo disléxicos en la lectoescritura. Esto quiere decir que los niños disléxicos no son los que tienen dislexia, sino aquellos que cometen errores de tipo disléxicos en la escritura.

Los orígenes de la dislexia en las ciencias se encuentran estrechamente relacionados con los diez (10) primeros descubrimientos sobre problemas del lenguaje, incluyendo la afasia adquirida, en la cual se presenta una pérdida de la capacidad de leer. Cada una de las dificultades lingüísticas que hoy en día se conocen, han sido descubiertas gracias a los médicos Franz Joseph Gall y Pierre Paul Broca, quienes localizaron las áreas específicas del cerebro destinadas al lenguaje, que incluye lectura y escritura.

El primer caso de pérdida de la capacidad de leer fue descrito en 1676 por el doctor John Schmidt. Casi dos siglos más tarde, el Profesor Lordat de Montpellier, Francia describió cómo, en 1825, sufrió una crisis temporal que le produjo la pérdida de la habilidad de entender diez símbolos escritos. A éste se le añadieron otros “casos de afásicos con problemas de lectura: Cendrin en 1838, Forbes Winslow en 1861, Falret en 1864, Peter en 1865 y Schmidt. Todos considerados a veces pioneros en la historia de la dislexia de desarrollo”. (<http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61563/88426>, 2011)

La primera referencia que se tiene del término dislexia se remonta a 1872, de manos del profesor, y doctor en Medicina, R. Berlín de Stuttgart, Alemania, quien describió el caso de un adulto con dislexia adquirida, es decir, pérdida de la capacidad de leer causada por una lesión cerebral. En 1890, el doctor Bateman

definió la alexia o dislexia como una forma de amnesia verbal en la que el paciente ha perdido la memoria del significado convencional de diez (10) símbolos gráficos.

En la actualidad, se describe a la dislexia como la incapacidad de que adolecen algunos niños para leer y escribir con normalidad, los cuales “poseen una inteligencia adecuada, una instrucción convencional y buenas oportunidades socioculturales”. (Aragón, 2001, p. 27)

La dislexia tiene por causa una lesión neurológica en el cerebro, lo que ocasiona una disfunción cerebral cuyos síntomas y manifestaciones son aquellos que se consideran como las conductas típicas del disléxico: omisiones, distorsiones, rotaciones e inadecuada orientación visoespacial. Estas funciones son producto del hemisferio izquierdo, así una lesión en él puede entorpecer, como expresa Aragón, (2001) el desempeño en el lenguaje, la lectura, la escritura y la conceptualización verbal; en contraste a una disfunción en el hemisferio derecho que puede afectar materias académicas que dependen de la imaginación espacial, como son aritmética, dibujo y geometría.

La dificultad para aprender a leer y, más adelante, utilizar las palabras escritas, no las habladas, que se deriva de la dislexia es básicamente cognitiva y, por lo general, de origen genético. No se debe a ninguna deficiencia intelectual o a factores emocionales o a algún defecto cerebral estructural, a este tipo de dislexia se le denomina, Dislexia en desarrollo. Quizá representa un defecto específico de la maduración, que tiende a desaparecer a medida que crece el niño si se le brinda con toda oportunidad la ayuda correctiva adecuada.

El otro tipo de dislexia puede resultar de daño cerebral traumático posnatal y presentarse después de que el niño o el adulto han adquirido la habilidad de leer, esto es, la dislexia adquirida.

Koches (1975), Nieto (1975), Sprains (1976), Bima y Schiavoni (1978), Gaddes (1985) y Hynd y cohen (1987), citados por Aragón (2001) señalan que los aspectos que son necesarios evaluar en el niño y diagnosticarlo como disléxico son los siguientes:

Gnosias visuales, coordinación visomotora, gnosias auditivas, gnosias corporales, gnosias espaciales y visoespaciales, noción derecha izquierda, gnosias digito-manuales, gnosia temporal, gnosias táctiles, lateralidad, ritmo, equilibrio, movimientos simultáneos y alternos, praxias buco linguales, digitomanuales y óculo-motrices, lenguaje inteligencia y personalidad, así como realizar una exploración pedagógica. (p. 30)

Con la determinación del tipo de dislexia, su etiología o causística, basándose en los resultados de la observación clínica; el médico tratante procede a planear el tratamiento, el cual debe abarcar los aspectos pedagógicos, psicológicos y médicos. El tratamiento psicopedagógico consta de dos partes: la terapéutica evolutiva y la terapéutica directa.

Para Aragón (2001) la terapéutica evolutiva tiene como finalidad desarrollar las áreas sensorio-motrices del niño disléxico; su campo de acción comprende, por medio de la ejecución de ejercicios, la educación y la corrección de “gnosias visuales, auditivas, táctiles, espaciales, temporales y corporales, así como las praxias digito-manuales, buco-linguales y óculo-motrices” (Aragón, 2001, p. 31); el ritmo, el equilibrio, los movimientos simultáneos y alternos, la coordinación visomotora y la integración auditivo-fónica. Como señala Nieto, la estimulación de las gnosias se dirige a la educación perceptual, mientras que la de las praxias apunta a la educación motriz.

Por su parte, la terapéutica directa comprende tanto la enseñanza de la lectoescritura como la corrección de los errores que cometen niños disléxicos durante la enseñanza, teniendo siempre presente que los tipos de errores cometidos tienen su origen específico en alguna zona del cerebro para, con base en esto, determinar el tipo adecuado de ejercicios para que el niño “corrija o compense su error”. (Aragón, 2001, p. 31)

2.9.2.2 Síndrome de Asperger: Inteligencia Superior

Para Bettelheim (2001) El síndrome de Asperger es un tipo de autismo pero de alto funcionamiento que afecta más a niños que a niñas y sólo puede ser diagnosticado a partir de los dos años de edad. Hace más de cincuenta años el

pediatra de origen austriaco, Hans Asperger observó y describió a cuatro (4) niños que pese a presentar las características del Autismo, expuestas por Leo Kanner, contaban con un alto coeficiente intelectual.

Es hasta el año 1994, cuando la Asociación Estadounidense de Psiquiatría reconoció el Síndrome de Asperger (SA) como una subcategoría de los Trastornos Generalizados del Desarrollo.

Pese a que los niños y adultos con Síndrome de Asperger (SA) poseen dificultad para lograr una interacción social como el resto de las personas, se destacan por contar con una inteligencia por encima del promedio, lo que trae como resultado que sobresalgan en áreas del conocimiento que pueden resultar complicadas. La programación de computadoras, las ciencias, las matemáticas y la lógica numérica, son solo algunas de las especialidades que el niño y adulto con SA logra comprender y manejar fácilmente.

Para Bettelheim (2001) “Las personas con Síndrome de Asperger (...) restringen sus áreas de interés (...) las ciencias naturales, la tecnología y la ingeniería, los pueden llevar a convertirse en expertos y aplicar en ellas la creatividad que los diferencia del resto de los niños con autismo” (p. 531). Se trata entonces de niños que no alcanzan a entablar relaciones con sus padres y grupos de pares, pero que son capaces de resolver ejercicios numéricos y científicos que ameritan de una alta agilidad mental y de entendimiento.

Los síntomas del Síndrome de Asperger son tres básicos como lo expresa Cererols (2010) “Deficiencia social, deficiencias de comunicación, actividades obsesivas y miedo al cambio” (p. 30). El autor explica que estos síntomas son los que producen que el niño con Asperger no entienda d gestos, miradas, convenciones sociales y que en esa contexto se encierre en manías y repeticiones de sus actos cotidianos (como jugar) sin noción del tiempo y el espacio donde se encuentra.

En cuanto al miedo al cambio, Cererols delimita ciertos ítems que, al igual que en el niño autista se presentan en el niño con Asperger, pero con menor intensidad:

Querer comer siempre los mismos alimentos, cocinados de la misma manera, a las mismas horas, en las mismas cantidades, en el mismo lugar. Quedarse absorto durante horas contemplando los pequeños detalles de un objeto —quizás simples granos de arena—, o querer ver una y otra vez el mismo vídeo, día tras día. Utilizar los juguetes sólo para disponerlos alineadamente uno tras otro, según cierto criterio, o para desordenarlos y reordenarlos repetidamente. O también desmontarlos para contemplar las pequeñas partes que los forman. Sentir una adherencia inflexible a la rutina, a hacer las cosas siguiendo siempre un método, un orden. Sentirse bien haciendo cada día lo mismo. Sentir ansiedad y temor ante cualquier cambio que rompa la rutina, especialmente si es inesperado, incluso si supuestamente ha de resultar positivo. (p. 35)

Otros de los síntomas son la falta de contacto visual y la alexitimia que implica una incapacidad para identificar y expresar de forma verbal el estado de ánimo, las sensaciones y los sentimientos, por lo que podemos decir que las habilidades cognitivas del Asperger no son nada comparables con sus deficiencias afectivas.

De acuerdo con Medline plus los niños con el síndrome de Asperger pueden mostrar, en sus síntomas, retrasos en el desarrollo motor y comportamientos físicos inusuales, como:

- Retardo en ser capaz de montar en bicicleta, agarrar una pelota o trepar un equipo de juego.
- Torpeza al caminar o realizar otras actividades.
- Comportamientos repetitivos en los cuales algunas veces se lesionan.
- Aleteo repetitivo con los dedos, contorsionarse o movimientos de todo el cuerpo.

Igualmente, a los niños Asperger se les puede diagnosticar el trastorno de hiperactividad con el déficit de atención (THDA) y trastorno obsesivo-compulsivo. (<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001549.htm>, 2011)

Sobre el diagnóstico del Síndrome de Asperger, Cererols (s.f) plantea que existen razonamientos específicos que forman parte de dos documentos de índole mundial:

- El “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales), conocido como DSM, publicado por la American Psychiatric Association. En la cuarta versión (DSM-IV) del año 1994, aparece por primera vez el síndrome de Asperger. Desde entonces sólo se ha hecho una revisión del texto, conocida como DSM-IV-TR, en el año 2000, y actualmente se está trabajando en la quinta versión¹³⁶ prevista para 2012.
- El “International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems” (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados), conocido como ICD, y en España como CIE —Clasificación Internacional de Enfermedades—, publicado por la Organización Mundial de la Salud. Su última versión es la ICD-10¹³⁷, aprobada en 1990 y revisada por última vez en 2007, y también añadió el Asperger. La siguiente versión ICD-11 está prevista alrededor de 2015. (<http://www.psicodiagnosis.es/downloads/asperger-espa.pdf>, 2011)

De acuerdo a Cererols, los dos escritos permiten hablar de seis criterios que deben cumplirse para un diagnóstico positivo de trastorno de Asperger:

- 1.- Que se dé una alteración cualitativa de la interacción social (comunicación no verbal, relaciones con iguales, compartición de emociones o falta de reciprocidad social/emocional).
- 2.- Que se den patrones de comportamientos, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados (preocupación absorbente, adhesión a rutinas, gestos repetitivos, preocupación por partes de objetos).
- 3.- Que el trastorno cause una alteración significativa de la actividad social y laboral.
- 4.- Que no exista un retraso del lenguaje clínicamente significativo.
- 5.- Que no se dé un retraso clínicamente significativo del desarrollo cognitivo ni del desarrollo de las habilidades de autosuficiencia, el comportamiento adaptativo, ni la curiosidad por el entorno durante la infancia.
- 6.- Que no cumpla los criterios de ningún otro trastorno generalizado del desarrollo, ni relacionado con la esquizofrenia. (p. 111)

Tras haber sido diagnosticada la niña o el niño con Síndrome de Asperger, el tratamiento a seguir consta de Terapia cognitiva o psicoterapia para ayudarles a estos pequeños a manejar sus emociones, comportamientos repetitivos y obsesiones; fisioterapia y terapia ocupacional para que se alcance el desarrollo de las destrezas motoras; y terapia del lenguaje para ayudar con la habilidad de la conversación cotidiana.

Para Cererols existe un tratamiento que consta, de lo que él denomina, terapias cognitivoconductuales. Estas son:

- ABA (Applied Behavior Analysis, Análisis del Comportamiento Aplicado). Pretende enseñar habilidades funcionales y reducir los comportamientos problemáticos, y promueve hacerlo en el ambiente natural de la persona afectada (integración en una escuela normal). Da mucha importancia a la implicación de las personas próximas: familiares, docentes. Utiliza también terapias musicales, artísticas, ocupacionales, etc.
- TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children, Tratamiento y Educación de Niños Autistas y con Problemas de Comunicación Relacionados). En realidad se trata de una red de servicios que proporciona soporte, formación, y programas de investigación para ayudar a los niños y niñas autistas y a sus familias. Considera que la mejor manera de facilitar el aprendizaje a los autistas consiste en dotarles de un entorno estructurado, planificado y previsible. (p. 119)

El tratamiento, aunque en su mayoría, requiere de la atención de los especialistas, no estará completo sin la participación y aporte de los padres de los niños con Asperger. Para ello, es necesaria su capacitación a través de terapias con el personal médico, quien le orientará sobre los cuidados pertinentes. Y es que en definitiva, “como refugio y sostén de los hijos, (...) los padres con cariño y dedicación son los principales terapeutas de los niños autistas” (Bettelheim, 2001, p. 543).

2.9.2.3 Síndrome de Down: El cromosoma 21 es el especial

A lo largo de la historia de la biología y de la evolución de la humanidad se han producido muchas mutaciones de los genes y modificaciones en los cromosomas; una de ellas es el síndrome de Down (SD), cuyos signos físicos y mentales particulares son similares tanto en hembras como varones.

Antes del siglo XIX no se publicaron informes bien documentados sobre personas con SD por tres razones. Como plantea Pueschel (2002).

En primer lugar, solo unos pocos médicos estaban interesados en los niños con problemas de desarrollo; en segundo lugar, prevalecían otras enfermedades, como las infecciones o la malnutrición, que ensombrecían la existencia del síndrome de Down y de otras anomalías genéticas; por último, a mediados del siglo XIX solo sobrevivía la mitad de las madres que habían alcanzado los 35 años (es bien conocido que se da una incidencia creciente del síndrome de Down en las madres de edad avanzada), y muchos niños nacidos con síndrome de Down morían probablemente en la primera infancia. (p. 10)

Fue hasta el año 1866, cuando el médico inglés, de nombre, John Langdon Haydon Down describió un determinado tipo de retraso mental en adultos. Por ser el primero que escribió sobre ello, el trastorno fue llamado síndrome de Down. No obstante, el Dr. Down no sabía cuál era exactamente su causa. Casi 100 años después, un genetista de origen, Dr. Jerome Lejeune descubrió que el síndrome de Down ocurre por un problema cromosómico, es decir, se presenta un número más en la cantidad de cromosomas que normalmente posee la persona. El individuo normal, antes de nacer cuenta con 46 cromosomas, mientras que el niño que va a nacer con SD cuenta con 47 por in defecto en el cromosoma 21.

La diferencia cromosómica se debe a tres razones. Una es que en la mayoría de los casos, el cromosoma 21 extra proviene del defecto llamado Trisomía 21 (3 cromosomas). Este proceso de separación defectuosa de los cromosomas se denomina no disyunción porque los dos cromosomas no se separan como deberían hacerlo en una división normal de célula.

La segunda causa del SD es e si el padre o la madre quien porta la translocación y de qué tipo. La translocación es un cambio que se produce en la composición cromosómica. De acuerdo con la enciclopedia médica de la University of Maryland, la traslocación:

Generalmente se refiere a translocaciones genéticas, en las cuales parte de un cromosoma se transfiere a otro cromosoma (...) y se producen cromosomas modificados y con frecuencia defectuosos. En otro tipo de translocación, dos cromosomas intercambiarán partes entre sí. (http://www.umm.edu/esp_ency/article/002330.htm, 2011)

El Mosaicismo es el tercer tipo de anomalía cromosómica (la menos frecuente en niños con síndrome de Down) y se presenta en alrededor de 1% de los casos. Se piensa que es mosaicismo se debe a un error producido en una de las primeras divisiones mitóticas de la célula. Después de nacer el niño, se encuentran por lo general algunas células con 47 cromosomas y otras con 46. Esto da origen a un tipo de cuadro en forma de mosaico, por lo que se denomina este nombre.

Según Pueschel (2002) los niños con síndrome de Down tipo mosaicismo tienen menos pronunciados los rasgos propios de este trastorno y que, como media, su rendimiento intelectual es superior al de los demás niños con trisomía 21.

Más que síntomas, el SD se distingue por signos fenotípicos o físicos y otros psicológicos. Entre ellos se encuentran, de acuerdo con Pueschel (2002): la disminución del tono muscular al nacer, nariz achatada, exceso de piel en la nuca, boca y orejas pequeñas, manchas denominadas Brushfield, que aparecen en el ojo y manos anchas con dedos cortos.

De igual forma, en el síndrome de Down, el desarrollo físico es más lento de lo normal y la mayoría de los niños que lo padecen no logran una estatura adulta promedio; pueden tener retraso en el desarrollo mental y social incluyendo un

comportamiento impulsivo y un aprendizaje lento. Además de estas dificultades, más del 50% de los niños con SD se encuentran propensos a nacer de enfermedades cardíacas y desarrollar una demencia tipo Alzheimer a partir de los 35 años de vida.

Cabe mencionar que los niños con SD, son en la mayoría de los casos, hijos de mujeres con 35 años de edad o mayores, pues la incidencia de anomalías cromosómicas aumenta con la edad de la madre. Según estimaciones de la Fundación Iberoamericana de Down 21, el riesgo de tener una descendencia con SD se dobla aproximadamente cada 2,5 años cuando la edad de la mujer alcanza los 35 años. “A esta edad el riesgo de que una mujer embarazada conciba un feto con anomalía cromosómica es aproximadamente de 1 por cada 200 a 300 niños nacidos vivos”. (<http://www.down21.org/salud/diagnosticos/maindiag.htm>, 2011)

Por esto que se les recomienda a las madres durante la gestación un conjunto de exámenes o pruebas diagnósticas para determinar si el feto desarrollará el Síndrome. Los exámenes, de acuerdo a la Fundación Down 21, suelen ser:

- a) Las pruebas de presunción o sospecha, de naturaleza no invasiva; es decir, no se actúa directamente sobre los órganos femeninos relacionados con el embarazo por lo que no ofrecen riesgo de aborto.
- b) Las pruebas de confirmación, de naturaleza invasiva, mediante las cuales se obtienen células fetales con las que se realiza posteriormente el cariotipo. La técnica va asociada a un pequeño aumento en el riesgo de aborto. (<http://www.down21.org/salud/diagnosticos/maindiag.htm>, 2011)

Las pruebas de presunción dependerán de edad gestacional de la madre y no son definitivas, sino más bien de tipo probabilístico, entre ellas se encuentran: a) El análisis bioquímico de las proteínas y hormonas que se encuentran en la sangre de la madre y b) El análisis ecográfico o ultrasonográfico del feto, que capta las imágenes indicadoras de anomalías cromosómicas o del desarrollo.

Por otro lado, las pruebas de tipo invasivo, que de acuerdo a la Fundación Down 21, son más precisas, en ese sentido arrojan como resultado la presencia de la

trisomía 21. Entre estas destacan: a) la amniocentesis, examen mediante el cual se inserta una aguja en el vientre de la madre, a través de la pared abdominal y se procede a aspirar el líquido amniótico para después efectuar el análisis cromosómico. B) Biopsia de las vellosidades coriónicas: mediante ella se obtiene una pieza de tejido placentario por vía vaginal o a través del abdomen, entre la 8ª y la 11ª semana de gestación. Las células obtenidas del tejido placentario se utilizan para su análisis cromosómico.

Para el Síndrome de Down no existe un tratamiento específico, no obstante el niño nacido con una obstrucción gastrointestinal y anomalías cardíacas puede recibir una cirugía después de nacer. La obesidad, muy frecuente en quienes padecen este Síndrome puede solventarse con actividad luego de examinar las caderas del pequeño; y con el cumplimiento de una dieta balanceada.

El apoyo de los padres y cuidadores de los niños y adultos con SD es fundamental como propone Pueschel (2002), motivado a que pueden ayudarles a enfrentar la frustración y a la vez estimularles la independencia. A las mujeres adolescentes y adultas con síndrome de Down por lo general pueden quedar embarazadas y se les debe enseñar acerca de las implicaciones de su estado y de cómo atender a un bebé.

La logopedia, es una terapia que puede ayudar a mejorar las destrezas lingüísticas y aunada a la fisioterapia enseñar al paciente con SD las destrezas motrices que requiere. Finalmente, la ayuda de educadores especiales no puede ser ignorada. Como personal capacitado en el área de los problemas mentales y de conducta, los especialistas pueden instruir a los padres y las a personas con SD sobre la aceptación de la anomalía y cómo hacer de ella un estilo de vida diferente, pero productivo como el resto de los seres humanos.

2.9.2.4 Síndrome de Rett: Niñas son mayoría

Como otras alteraciones del desarrollo, el Síndrome de Rett posee características propias que convierten a los niños y adultos que lo presentan, en seres humanos con singularidades de índole física y conductual. Como lo expone Harrison (2005) El Síndrome de Rett es un trastorno neurológico de origen genético que se presenta generalmente en niñas y tiende a ser confundido con autismo o parálisis cerebral y fue descubierto en 1966 por el doctor Andreas Rett de Viena, Austria.

Los estudios han asociado al síndrome de Rett con un defecto en el gen de la proteína 2 de unión a metil-CpG (MeCP2). El gen se encuentra en el cromosoma X. Las mujeres tienen dos cromosomas X, así que aun cuando uno presenta este defecto significativo, el otro cromosoma es lo suficientemente normal para que la niña sobreviva. Los varones nacidos con esta mutación no tienen un segundo cromosoma X para compensar el problema, por lo tanto, el defecto generalmente ocasiona aborto espontáneo, mortinato o muerte muy prematura. (<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001536.htm>, 2011)

En cuanto a la sintomatología, esta puede presentar una variación durante los primeros años de vida, es decir, las causas de la alteración van de leves a graves; pero según Harrison (2005) son los siguientes son los más frecuentes:

Problemas respiratorios durante las horas en que la niña esté despierta, salivación excesiva, brazos y piernas flácidas, escoliosis, convulsiones, estreñimiento, reflujo gastroesofágico, dificultades en el aprendizaje, desarrollo lento y complejo del lenguaje, Pérdida de los movimientos con propósito de la mano; por ejemplo, el agarre utilizado para recoger objetos es reemplazado por movimientos repetitivos de la mano como torsión de la mano o colocación constante de la mano en la boca. (p. 237)

El Síndrome de Rett para ser diagnosticado requiere de una evaluación más o menos extensa, en la cual se toman en cuenta patrones físicos y psicológicos desde antes del nacimiento hasta los cinco (5) años de edad aproximadamente. Estos son:

“Período de desarrollo prenatal y perinatal, perímetro craneal al momento del

alumbramiento, apneas e hiperventilación, retraso en el crecimiento (talla), anomalías del tono muscular y del ciclo del sueño (...)” (Harrison, 2005, p. 238)

Sin embargo, la Asociación Española del Síndrome de Rett, a fin de realizar un diagnóstico más exacto sobre esta alteración sugiere la presencia de otros signos y síntomas, los cuales abarcan criterios denominados necesarios y otros de soporte. En conjunto, estos son:

Desaceleración del perímetro craneal entre los 5 meses y los 4 años de vida, disminución de la actividad voluntaria de las manos entre los 6 meses y 5 años de edad, asociado temporalmente a una disfunción de comunicación y rechazo social, anomalías en la deambulación o no adquisición de la marcha, distensión abdominal por deglución de grandes cantidades de aire, pies pequeños hipotróficos y fríos. (<http://www.rett.es/queesrett.asp?cod=62>, 2011)

Luego de la evaluación y el diagnóstico dictado por los especialistas (neurólogos y pediatras) el paso siguiente es la asignación del tratamiento, el cual consta, Harrison (2005) de una adecuada alimentación rica en calorías y grasa, pues el aumento de peso mejora la lucidez mental y la interacción social. Asimismo se requieren medicamentos para tratar el estreñimiento, reflujo gastroesofágico y las convulsiones; la fisioterapia en las manos es primordial, al igual que una rutina de ejercicios de tolerancia de peso para los niños con escoliosis.

Como parte de las indicaciones para mejorar la alimentación, la revista Medline plus propone el uso de una sonda si el paciente inhala o aspira los nutrientes o alimentos, de igual forma, “la terapia de células madre, sola o en combinación con la terapia génica, es otro tratamiento esperanzador. (<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001536.htm>, 2011)

El cumplimiento de las instrucciones médicas permite que algunas niñas con el Síndrome de Rett aprendan a caminar pese a la atrofia y la debilidad muscular. Las expectativas de vida no se han determinado con exactitud, no obstante se calcula que una fémina con esta alteración, llegue a vivir “alrededor de los cuarenta y cinco (45)

años, en tanto se controlen las convulsiones, la neumonía y la desnutrición, causante principales de la muerte” (Harrison, 2005, p. 241).

2.9.2.5 Trastorno del Espectro Autista: Una forma distinta de ver el mundo

Son diversas las definiciones que a lo largo de los años y que luego del descubrimiento del Autismo se han ido formando. Algunas de ellas son: Kanner (1943), quien fue el primero en acuñar el término de autismo, describiéndolo de forma más concreta. Asperger (1944), Rank (1949), Garboz (1952), Szurek (1956), Anthony J (1958), Timbergen (1962), Rimland B (1964), Wing (1974). (Grú y Pereira, 1996, p. 34). Sin embargo, aunque las investigaciones de Kanner son las más conocidas sobre el Autismo es importante señalar que fue el psicólogo suizo Eugene Bleuler, quien introdujo el término Autismo por primera vez en 1911.

Para el momento de 1911 se utilizaba la definición de Autismo para designar el distanciamiento casi permanente de los pacientes esquizofrénicos del Dr. Bleuler. Es precisamente de este investigador de quien Kanner toma el término para adaptarlo según sus propios descubrimientos.

Entre otras definiciones se encuentra la publicada por la Organización Mundial de la Salud, de acuerdo a la Revista web de la Organización Panamericana de Salud Pública, en su artículo Hacia Una Definición de Autismo, en la cual el Autismo “es una afección que pertenece a un grupo de alteraciones del desarrollo de la función cerebral. El autismo suele diagnosticarse entre los 18 y 30 meses de edad en niños con retraso o ausencia del habla y alteraciones de la sociabilidad”. (http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049891997000900011&lng=pt&nrm=iso&tlng=es, 2011)

Muchas son las definiciones sobre el Autismo, pues aún no existe un acuerdo único de su concepto por causa de la multiplicidad de sus causas y las investigaciones que se efectúan sobre este trastorno o condición. Es por eso que en diccionarios electrónicos también se encuentran otras aproximaciones. Tal es el caso de Medline plus, MedlinePlus, el sitio web de los Institutos Nacionales de la Salud para pacientes y sus familias

y amigos. Allí se define al Autismo como “Es un trastorno del desarrollo que aparece en los primeros 3 años de la vida y afecta el desarrollo cerebral normal de las habilidades sociales y de comunicación”. (<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001526.htm>, 2011)

En Venezuela una de las definiciones más empleadas y aprobada por el Estado venezolano dentro de la política de atención educativa integral de las personas con Autismo es la que hiciera Marianela Moreno de Ibarra en 2001 (Coordinadora Nacional del Área de Autismo del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes). La autora define al Autismo como:

Una condición de origen neurológico y de aparición temprana (generalmente durante los tres primeros años) que puede estar asociado o no a otros cuadros. Las personas con autismo presentan como características, dentro de un continuo, desviaciones en la velocidad y la secuencia del desarrollo, desviaciones en la relación social, desviaciones en el lenguaje y la comunicación, además de problemas sensorceptivos y cognitivos que ocasionan rutinas, estereotipias, resistencias al cambio e intereses restringidos, todo lo cual interfiere en su interacción con las otras personas y con el ambiente. (Moreno de Ibarra, 2001, p. 1).

En cuanto a las características más frecuentes encontradas en las personas autistas vale mencionar una clasificación hecha por Negrón en 1980 (Grú y Pereira, 1996, p. 50) que se mantiene vigente. Esta es:

- Trastornos del lenguaje: alteraciones del tono, ecolalia, no usa el Yo, no habla, dislalias.
- Trastornos de la afectividad: no mantiene contacto visual, aislamiento, no hay conciencia del examinador.
- Trastornos de la motilidad: hiperactividad, hipoactividad, balanceo, giros sobre sí mismo, juego con manos y dedos, aleteo de manos.
- Trastornos sensoriales: Se tapa los oídos, se hace el sordo, hiposensible al dolor, olfateo, interés en luces brillantes, todo se lo lleva a la boca.

En cuanto a los criterios de diagnóstico del autismo Battelheim (2001) plantea que ningún doctor puede diagnosticar a través de un examen físico el Espectro Autista o Autismo, por lo general se efectúan pruebas exploratorias relacionadas con

la conducta del niño y sus habilidades en el lenguaje, es por ello que se requiere de un equipo multidisciplinario. “neurólogos, terapeutas del lenguaje, psiquiatras (...) encargados de evaluar, diagnosticar y dar tratamiento a los niños autistas” (Battelheim , 2001, p. 503)

Sobre las posibilidades de tratamiento, el autor sostiene que la terapia conductual, los medicamentos y la debida nutrición libre de gluten y caseína son primordiales para ver un progreso en el niño, y el mismo debe iniciarse a una temprana edad, los dieciocho (18) meses y continuarlos durante años. No obstante, no existe cura para el autismo, se trata de una condición de vida que requiere de ayuda familiar y profesional. “La atención de los padres incluyéndose en las terapias es muy importante para el bienestar de los niños autistas (...) las instituciones les brindan el apoyo e información necesaria para lograr que el niño autista se adapte a su estilo de vida” (Bettelheim, 2001, p. 508)

2.9.2.5.1 Antecedentes históricos del Autismo

En la actualidad muchas personas entienden el autismo como una enfermedad de la cual solo guardan una pequeña referencia por el nombre, pero además se encuentran otros quienes con base a ciertos conocimientos científicos aún no terminan por comprender en su totalidad las implicaciones clínicas y personales de esta alteración del desarrollo.

La falta de interacción social, la ruptura de la comunicación y de las relaciones interpersonales que determinados niños y adultos efectuaron durante la década de los cuarenta, fueron los motivos que atrajeron a los estudiosos del cuerpo y la mente humana a investigar estas variantes. Así lo manifiesta Powers (1999) citado por Valdez (2001), quien advierte que para los investigadores el aislamiento y el rechazo de estas personas ante el medio era resultado de la hostilidad latente en el mundo, lo cual en día se sabe que no es cierto, pues tal distanciamiento es una condición propia del autismo.

Es hasta el año 1.938 cuando el psiquiatra Leo Kanner tuvo la oportunidad de examinar a un niño de dos años y medio. Según Tortoza, R (1989) *Autismo: El Niño*

Autista, problemática y tratamiento en la zona metropolitana de Caracas. Trabajo de grado para optar al título de Licenciado en Comunicación Social. Universidad Central de Venezuela “(...) el niño era capaz de nombrar a todos los presidentes de los Estados Unidos, pero que era incapaz de mantener una conversación y de relacionarse con otras personas”. (p. 12).

Sin embargo, es en el año 1.943 que Kanner logró reunir a once niños con tales características de comportamiento a la del niño previamente evaluado y bajo el término “Autismo infantil precoz” los describe y desde entonces hasta nuestros días su definición, etiología y tratamiento han sido modificados. La razón de estos cambios se debe a que otros especialistas han descubierto que el autismo no sólo aparece como una etapa de la vida infantil, es decir, se ha demostrado que el infante que desarrolla este trastorno se verá acompañado por él, el resto de su vida.

Para Kanner el autismo era una forma de psicosis, lo que produjo que los niños diagnosticados con autismo fueran atendidos por psiquiatras al igual que sus padres, pues para el investigador el autismo era causa de un defecto en la crianza por parte de padres fríos. No obstante, en los años setenta Kanner pide disculpas a los padres de estos pacientes por haberse equivocado acusándolos y ofreciendo una etiología errada del síndrome.

Pero lo que le ocurrió a Kanner no es un caso único, pues a lo largo de los años y pese a los hallazgos aún se conservan ambivalencias en cuanto al origen y síntomas del autismo. De hecho, la Doctora Lilian Negrón en una entrevista realizada por la periodista Levy (1999, p. 15), el autismo pese a ser considerado el tercer trastorno del desarrollo más frecuente tiende a ser confundido con la esquizofrenia por su similitud del aislamiento social.

2.9.2.5.2 Etiología del Autismo:

Las causas del Autismo son muy variadas, todavía no se ha descubierto un patrón único como fondo causal. Rimland (1964) fue el primero en exponer ante la comunidad científica su teoría del autismo, proponiendo que es de tipo neural y

atribuyendo una disfunción en el tallo cerebral y en el tálamo como la raíz del Autismo (Gru y Pereira, 1996, pp. 40, 80)

Años más tarde, en 1.967, Rutter, de acuerdo a Wurst (1984), plantea que las teorías e hipótesis sobre la etiología del Autismo se presentan de acuerdo a seis puntos:

- **Fundamento genético:** La importancia de los factores hereditarios fue destacada por Kanner luego de un estudio practicado a cien niños, donde determinó que los padres de los infantes sufrían de algún rasgo autista o esquizoide y que aunado a ello eren emocionalmente frígidos.

- **Daño orgánico (daño cerebral), trastornos endocrinos, defectos bioquímicos:** Muchas de las anormalidades detectadas en los autistas como por ejemplo, los estereotipos, los marierismos o las acciones compulsivas , e incluso el retraso en el proceso evolutivo dentro del campo del lenguaje son consecuencia de un daño cerebral orgánico pre, peri y postnatal. Aunque autores como Lempp apoyan esta posición, otros como Asperger, Kanner y sus discípulos, la rechazan por no comprobar en las madres de los niños autistas excedo de edad en la concepción o factores de riesgo durante la gestación.

En cuanto a las anomalías metabólicas se atribuyen problemas con la Fenilcetonuria (PKU) y la histidemia, Aunque para Asperger, es más un problema respecto al metabolismo del triptófano.

- **Teorías psicogenéticas:** Los intentos de explicación psicogenética consideran al autismo infantil precoz como una reacción frente a unas relaciones distorcionadas en el primer año de vida con el mundo de la experiencia diaria. Esta etapa comienza con los contactos de la madre y el niño a través de la lactancia y la sonrisa a los tres meses. En los niños autistas según sostienen Mahler y Furrer (1952) la no concreción de este acercamiento priva al niño autista desde el punto de vista emocional. Así también se incluye la falta de estimulación, rechazo de parte de los padres y falta de calor paterno.

- **Apreciaciones de la Modificación Conductual:** Los estímulos y reacciones provenientes del entorno del paciente, pueden influir modificando el comportamiento del niño autista, especialmente cuando la comunicación corresponde tanto a nivel de desarrollo como a la comprensión del paciente.

- **Consecuencias cognoscitivas:** las dificultades lingüísticas junto a un notable retraso en la evolución de los procesos del pensamiento de la

madre, influyen en la falta de capacidad para relacionar nuevos estímulos y condicionar la aparición del encapsulamiento y de los fenómenos de compulsión estereotipada.

• **Anormalidades en el campo de la percepción:** La predilección de los niños psicóticos por servirse de los órganos de los sentidos que les ponen en contacto con los objetos (tacto, gusto, olfato), mientras que rechazan aquellos sentidos destinados a entrar en relación con objetos lejanos, tales como la vista y el oído, son determinantes en el desarrollo de la psicosis y la sensibilidad ante el ruido e insensibilidad ante el dolor y el frío. (pp. 115,116)

En resumen, se ha señalado que aunque el Autismo si cuenta con un origen orgánico, esta alteración es multicausal o multifactorial, pues varios son los factores que intervienen en su aparición. Para la psicopedagoga Tanya de Seda, la meta es identificar con métodos neuropsicológicos, neurofisiológicos, neuroquímicos y neuropatológicos, la naturaleza del déficit cerebral que caracteriza este trastorno.

El Instituto de Salud Carlos III, ubicado en España, realizó una Guía de Buenas Práctica para el Diagnóstico de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) (2005), donde asegura que la prioridad es indagar en los antecedentes personales y profesionales del niño, así como también realizar, en paralelo, pruebas diagnósticas (psicoevolutivas y biomédicas) para nutrir historia clínica del paciente.

En segundo lugar se debe aplicar una prueba para detallar la sintomatología, un perfil psicológico, psiquiátrico y biomédico que apoyarán el resultado final de la evaluación.

La Guía de Buena Práctica para el Diagnóstico de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) afirma que se debe tomar en cuenta exhaustivamente, a la hora de realizar las pruebas diagnósticas a los niños, “deficiencias en la interacción social, alteraciones en la comunicación y patrones restringidos de comportamientos, actividades e intereses” (Díez et al, 2005, p. 7).

A continuación se detallan las pruebas que se aplican a los niños que se sospecha poseen el Trastorno del Espectro Autista:

Nombre /Referencias	Descripción
ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised) Lord, C. et al. (1994)	Un modelo de entrevista a padres, considerado como muy preciso. Los niños han de tener un nivel de edad mental superior a los 18 meses. Requiere formación especializada.
DISCO (Diagnostic Interview for Social and Communication Disorder) Wing et al. (2002)	Entrevista semiestructurada que permite recoger información evolutiva de diferentes fuentes para realizar un diagnóstico según DSM IV y CIE 10.

Fuente: Extraído de la Guía de Buena Práctica para el Diagnóstico de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) (2005) ²⁸

Pruebas para codificar el comportamiento presente en el autismo:

Nombre /Referencias	Descripción
ADOS-G (Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic) Lord et al (2000)	Instrumento estandarizado de observación semiestructurada con situaciones sociales de juego o diálogo. Se aplica a niños mayores de 36 meses de edad mental.
CARS (Childhood Autism Rating Scale) DiLalla, y Rogers (1994)	Después de observar a la persona, el profesional puntúa cada elemento en una escala de 7 puntos el grado en que su conducta se desvía del comportamiento de personas de la misma edad mental.
GARS (Gilliam Autism Rating Scale) Gilliam y Janes (1995)	Se aplica desde los 3 a los 22 años para estimar la severidad de los síntomas de autismo. Está basada en el DSM IV y los ítems se agrupan en 4 categorías (estereotipias, comunicación, interacción social y alteraciones evolutivas).

Fuente: Extraído de la Guía de Buena Práctica para el Diagnóstico de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) (2005)

Para la evaluación cognitiva:

Nombre /Referencias	Descripción
Uzgiris/Hunt's Scales of Infant Development Dunts (1980)	Evalúa el desarrollo cognitivo de niños menores de 24 meses y proporciona información sobre habilidades cognitivas tempranas relacionadas con el desarrollo de la comunicación.
Merril-Palmer Scale of Mental Tests Stutsman, (1931)	Se aplica a niños de 18 a 78 meses. Tiene la ventaja de que se superpone a las pruebas cuyo techo y suelo está en los 24 meses. Los datos normativos más recientes datan de 1978. Utiliza unos materiales muy atractivos para las personas con TEA, consiguiendo evaluar el nivel cognitivo cuando otros instrumentos no lo consiguen.
Leiter International Performance Scale Leiter (1948)	Muy útil cuando la persona no tiene habla. Se aplica de los 2 a los 18 años y a veces a las personas con autismo les cuesta entender el tipo de tareas propuestas.

Escalas de inteligencia Wechsler (WPPSI-R , 1989; WISC-III , 1991; WAIS-III , 1997)	Proporcionan datos de inteligencia en términos psicométricos (CI). Son muy utilizadas, especialmente a partir de los 5 años y cuando la persona tiene lenguaje (necesario no sólo para la ejecución de muchas subpruebas, sino también para comprender las tareas).
Test de Matrices Progresivas de Raven Color Raven (1938)	Es útil para conocer el nivel intelectual, especialmente en los individuos de bajo nivel de funcionamiento cognitivo.
Escalas Bayley de Desarrollo Infantil Bayley (1993)	Se suele utilizar para individuos muy afectados o para niños con una edad mental inferior a los 3,5 años. Proporciona información relevante para conocer el nivel de desarrollo y para elaborar programas de apoyo, pero tiene escaso valor predictivo.
PEP-R Perfil Psicoeducacional. Revisado Mesibov, Schopler y Caison (1989)	Es un instrumento de observación semiestructurado que se usa principalmente para niños no verbales con una edad mental entre 2 y 5 años. Está poco estandarizado. Cuenta con una versión para adolescentes (APEP).
Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad (1972)	Batería de tareas atractivas organizadas en 6 escalas para niños de 2,5 a 8 años. Con datos normativos españoles. Muy utilizado en el campo educativo.
K- ABC Kaufman & Kaufman (1983)	Batería para el diagnóstico de la inteligencia en un rango de edad entre 2,5 y 12,5 años. Aporta resultados con trascendencia educativa, y es fácil de aplicar.

Fuente: Extraído de la Guía de Buena Práctica para el Diagnóstico de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) (2005) ²⁸

Para la evaluación comunicativa, adaptativa y simbólica:

Nombre /Referencias	Descripción
CSBS (Communication and Symbolic Behaviour Scales) Wetherby y Prizant (1993)	Proporciona un perfil estandarizado de puntos fuertes y débiles en habilidades comunicativas distribuido en 6 áreas agrupadas en funciones, medios comunicativos, sensibilidad socioemocional y desarrollo simbólico. Dispone de estudios de fiabilidad y validez y se aplica a personas no verbales.
ACACIA Tamarit (1994)	Valora la competencia comunicativa del niño con bajo nivel de funcionamiento y no verbal a través de un guión estructurado de interacción. Ofrece datos para la diferenciación diagnóstica entre autismo con discapacidad intelectual y discapacidad intelectual sin autismo.
Reynell Developmental Language Scales Reynell (1997) (3ª ed.)	Proporcionan información tanto cuantitativa como cualitativa del lenguaje comprensivo y el expresivo. Se aplica a niños de 1 a 7 años y dispone de datos formativos.
VINELAND (Vineland Adaptive Behavior Scales) Sparrow, Balla, y Cicchetti, (1984)	Se aplica desde el nacimiento hasta los 18 años, proporcionando puntuaciones de edad de desarrollo en áreas de la vida diaria, la socialización, la comunicación, etc.

Costello Symbolic Playtest Lowe & Costello (1988)	Test de juego, que establece el nivel funcional de juego del niño, situándolo entre 12 y 36 meses de edad. Es de fácil administración, y orienta sobre las pruebas de inteligencia que la persona va a ser capaz de realizar.
---	---

Fuente: Extraído de la Guía de Buena Práctica para el Diagnóstico de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) (2005)

En cuanto al tratamiento del Espectro Autista, el Dr. William Shaw describe en la página de Linca.Org (<http://www.linca.org/Tratamiento.html>, 2011) una serie de especificaciones que se deben acatar a la hora de tratar a los niños autistas y aclara, también, que las indicaciones deben hacerse de forma individual, pues cada caso es diferente. No obstante, en términos generales el tratamiento consta de:

- Limpiar la Dieta: No gluten, caseína, colorantes, aditivos dañinos, y glutamato monosódico, reducción de azúcar, alimentos a los que exista alergia o intolerancia.
- Realizar análisis de laboratorio, si es posible, para determinar presencia de cándida o bacterias, péptidos, anormalidades metabólicas, metales tóxicos, etc.
- Ácidos grasos esenciales Omega 3 combinado con aceite de hígado de bacalao. Si hay alergia al pescado puede ser aceite de linaza.
- Complejo de multivitaminas sin cobre y sin dosis altas de vitamina B6 en el mismo suplemento.
- Enzimas digestivas con los alimentos: Peptizadas, Vitamina B6. Dosis a determinar por el médico de 10 a 15mg por kilo de peso por día.
- Calcio y Magnesio. 1000mg de calcio por 300 mg de magnesio
- Lactobacilos, probióticos
- Nistatina, u otro antimicótico de prescripción si las pruebas de laboratorio indican que existe sobrepoblación de Cándida y agentes antimicóticos naturales de mantenimiento como ácido caprílico, aceite de orégano, ajo
- Flagyl cuando exista bacteria del tipo clostridia. Recetada por el médico.
- Antioxidantes: Vitamina C buferada, Vitamina E, Glutatiión, Coenzima Q10, Zinc, Selenio.
- Aminoácidos, especialmente Taurina
- Tratamiento de quelación si existen metales pesados dirigido por el médico.

2.9.3 Paradigmas de la investigación a través de las corrientes teóricas

Para la ejecución de una serie de reportajes interpretativos sobre enfermedades y alteraciones del desarrollo se podrían utilizar muchas de las teorías que filósofos, teóricos, psicólogos y antropólogos han desarrollado a lo largo de la historia.

El estudio sistemático del Autismo y su presentación a través de un material audiovisual debe ser sustentado desde los principios de las bases teóricas que son capaces de definir el escenario y los efectos de la investigación dentro del contexto social, mediante la especificación del proceso salud – enfermedad o alteración, participación de la audiencia y significación del problema.

Las teorías sociales requeridas para entender el papel del hombre dentro de su medio, varían desde las macros hasta las personales o simbólicas, siendo la más amplia y relacionada con el tema, la corriente teórica del funcionalismo referida al mercado libre de las ideas en la cual la sociedad es un sistema que crece y se mantiene de acuerdo a la actuación de cada una de las partes que intervienen en el ambiente (Wright, 1996).

El funcionalismo, como corriente teórica fue abordado por muchos autores, sin embargo, la perspectiva del antropólogo Bronislaw Malinowski es la que conviene para este estudio, aún tomando en cuenta que fue duramente criticada por otros pensadores. Uno de los postulados de este autor, donde se refiere a la unidad funcional como eje principal de la sociedad, reza que “toda institución contribuye, por una parte, al funcionamiento integral de la comunidad como un todo, pero también satisface las necesidades derivadas y básicas del individuo”. (Diez, 1969, p. 162 citando a Malinowski) .En este sentido CEDIAD, como ente no gubernamental, entra en juego como la institución que presta servicio a los niños y niñas con autismo prestándole ayuda a nivel informativo, de diagnóstico y tratamiento integral, satisfaciendo una necesidad primordial como lo es el goce de la salud física y mental.

Malinowski, además, ayudó a explicar las funciones culturales de la familia como base fundamental de la sociedad, pues esta es importante desde el punto de vista psicológico para el desenvolvimiento de un niño en el entorno que lo rodea.

Cada persona es un sub-sistema psicológico dotado de motivaciones, conductas, instintos, respuestas biológicas y físicas a necesidades a las que se pretende acceder a través de símbolos particulares; y como es en el caso del Autismo, por medio de la demostración de la realidad, las complejidades y las vivencias de un trastorno de extraña causalidad pero de alta incidencia en los últimos años. Tal búsqueda de comprensión forma parte de lo que los interaccionista definieron como simbolismo entre la persona enferma y su contexto micro –social.

Uno de los autores más importantes del siglo XX, Jean Piaget, propone una teoría sobre el desarrollo mental de las personas desde que son niños hasta que entran a la adolescencia. En este sentido el desarrollo mental es visto por Piaget como “una construcción continua” que es basada en la evolución del niño y adolescente bajo el concepto de “equilibrio móvil”. (Mifsud, 1985, p. 24).

Mifsud (1985) describe este proceso de equilibración en dos aspectos:

- 1.- Las estructuras Variables. Las que definen las formas o estados sucesivos del equilibrio; y
- 2.- Un determinado funcionamiento Constante, que es el que asegura el paso de cualquier estado al nivel siguiente. Es decir, funciones que son invariables a través de los diferentes estadios (p. 25).

La forma más sencilla de entender estos postulados es con la frase “la acción supone siempre un interés (De índole fisiológica, afectiva o intelectual) que la desencadena” (Ibídem). Estos intereses varían según el nivel de desarrollo intelectual. “Es decir, al lado de las funciones constantes hay que distinguir las estructuras variables. Precisamente el análisis de estas estructuras progresivas o formas sucesivas de equilibrio, marca la diferencia de un nivel a otro de conducta”. (Ibídem)

De una manera u otra cada nivel intelectual refleja diversos aspectos e intereses que en el mundo exterior podrían generar un choque en la sociedad, dependiendo del contenido sentimental, psicológico o emocional que este contenga.

Piaget, Inhelder, Premack, Woodruff, Perner, Leekam, Wimm plantean en su libro “Construir una mente” (1997) que “el estudio de los autistas es fundamental en la medida en que nos muestra lo que significa *no* tener una ‘teoría de la mente’. Nos da una imagen, en negativo, de la función adaptiva del saber psicológico intuitivo”. (p. 69)

Los autores realizan un esbozo de lo que es la mente de un niño autista, en el cual el interés de los niños radica en el significado y apego a los objetos antes de lo que yace en la mente de otros. Piaget y colaboradores (1997) resalta las características que presenta una persona con autismo de la siguiente manera:

No es difícil imaginar las dificultades de adaptación que tendría una persona que careciera de las capacidades mentalistas básicas que le permitiesen entender el carácter intencional de las acciones humanas, razonar sobre la conducta de los demás basándose en sus deseos, creencias y pensamientos; una persona que no comprendiese que los otros pueden tener un punto de vista genuino sobre las cosas que puede diferir del suyo; una persona que careciese de la autoconciencia sobre sus propios estados mentales. (p. 74)

La realidad descrita por Piaget es aquella a la que se enfrentan no sólo los niños que son diagnosticados con Espectro Autista, sino también las personas que están a su cargo como los padres, representantes legales e incluso los médicos especialistas que trabajan día a día con esta condición. Este grupo de personas son quienes pueden comprender las manías, el aislamiento social y los episodios o crisis que sugieren es Autismo, aún y cuando les resulte una ardua tarea, pues en el caso de otros, ajenos al tema puede resultar imposible aceptar una forma de vida particular como el Espectro Autista.

Piaget y otros (1997) revelan acerca de las investigaciones sobre Autismo que:

(...) las personas autistas ha representado una aportación esencial para comprender cómo se configura una teoría de la mente. A su vez, los avances sobre la comprensión de la capacidad mentalista en niños de diferentes edades han permitido identificar en los autistas unas limitaciones cognitivas muy precisas, desconocidas hace unos pocos años. (p. 75)

Cada niño o niña que es diagnosticado con este trastorno se enfrenta a un escenario y condiciones diferentes, más sin embargo, las carencias cognitivas son muy parecidas dependiendo el grado en el que se encuentre el espectro (leve, medio o avanzado).

Jean Piaget y otros (1997) describen una serie de pruebas aplicadas a niños autistas sobre la “Teoría de la mente”, para comparar los resultados con niños normales y con niños que padecen de síndrome de Down, la conclusión a la que llegaron fue que:

Los niños autistas, a diferencia de los niños normales y los niños con síndrome de Down de igual nivel de inteligencia general, fracasan en la prueba de falsa creencia. No son capaces de darse cuenta que una persona puede creer algo diferente que ellos, a pesar de que esta creencia sea falsa y no corresponda a la realidad. (p.p. 76, 77).

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

El marco metodológico es el conjunto de acciones destinadas a describir y analizar el fondo del problema planteado, a través de procedimientos específicos que incluye las técnicas de observación y recolección de datos, determinando el “cómo” se realizará el estudio. Según Morín (2005), el marco metodológico de la investigación es: “La etapa en la cual se debe planificar cuidadosamente las estrategias para recolectar los datos primarios y las observaciones que se encuentran en la realidad que se propone indagar”. (p. 61).

Interpretando al autor, es de gran importancia la metodología para el desarrollo de la investigación ya que se describe la manera de alcanzar los objetivos planteados a través de los pasos que se deben realizar para la recolección de datos, lo cual conlleva al análisis de los resultados obtenidos.

En este capítulo se describió lo referido a la forma en que científicamente se desarrolló, la investigación, tomando en consideración lo que planteó Balestrini (2001) acerca de las condiciones de confiabilidad y validez que deben reunir los hechos estudiados, las relaciones existentes entre ellos, los resultados y evidencias encontradas; así como los nuevos conocimientos adquiridos, a través del proceso investigativo, con el fin de dar repuestas a la interrogante formulada.

De acuerdo al problema objeto de estudio y a los objetivos planteados se introdujeron en el presente capítulo, los métodos e instrumentos que se emplearon en la investigación, desde el tipo de estudio, el diseño y nivel de la investigación, pasando por la población y la muestra, así como los instrumentos de recolección de datos y técnicas apropiadas para analizarlos, con el propósito de cumplir con el objetivo general de la investigación.

3.1. Diseño de la investigación

El Diseño de la investigación se define según Sabino (2008) “como el plan global de investigación que intenta dar de una manera clara y no ambigua respuestas

a las preguntas planteadas en la misma" (p.70). De modo que se acentúa el énfasis en la dimensión estratégica del proceso de investigación.

De acuerdo a Balestrini (2011) el diseño de la investigación es: "Un plan o estrategia global en el contexto del estudio, que permite orientar desde el punto de vista técnico y guiar todo el proceso de investigación, desde la recolección de los primeros datos hasta el análisis e interpretación de los mismos en función de los objetivos de la investigación". (p.134)

El diseño representa las estrategias que se deben seguir para el desarrollo y logro de los objetivos de la investigación, para lo cual se debe indicar de manera estructurada y funcional las etapas del proceso.

Por esa razón la investigación se orientó hacia la aplicación de dos tipos de diseño. El primero de ellos: El Diseño de campo, el cual permite "Observar y recolectar los datos directamente de la realidad, en su situación natural" (Balestrini, 2001 p.132)

Desde el punto de vista de Sabino (2008) el valor de los Diseños de Campo residen en:

Que le permite cerciorarse al investigador de las verdaderas condiciones en que se han conseguido sus datos, haciendo posible su revisión o modificación en el caso que surjan dudas respecto a su calidad. Esto en general, garantiza un mayor nivel de confianza para el conjunto de la información obtenida. (p.94).

Además en esta investigación "los datos se recogen directamente de la realidad, por lo cual los denominamos primarios, su valor radica en que permiten cerciorarse de las verdaderas condiciones en que se han obtenido los datos" (Tamayo y Tamayo, 2001, p.110), los mismos se analizaron e interpretaron de forma directa y el investigador conoció las condiciones en que se recogieron los datos y la información recolectada. En este Trabajo de Grado, el campo de acción o unidad de estudio es: El Centro de Evaluación y Diagnóstico Integral de las Alteraciones del Desarrollo (CEDIAD), por tratarse de una organización que atiende a niños con Autismo. Este último el tema a tratar en el reportaje piloto.

El segundo tipo de diseño es el bibliográfico documental que permitió conocer y explorar todo un conjunto de fuentes inherentes al problema objeto de estudio. Tal es el caso de otras investigaciones realizadas sobre la temática, donde se hayan recolectados datos relacionados con la investigación; y/o a través de diversas fuentes documentales como libros especializados de medicina y televisión, revistas, artículos, entre otros.

Asimismo, el desarrollo de este estudio se apoya en un diseño etnográfico por la interacción directa y personal con un grupo humano específico, los niños con autismo que asisten a CEDIAD, así como el entorno médico que les rodea (docentes y terapeutas) para observar, registrar e interpretar sus modos de vida, actitudes, creencias y actividades diarias.

3.2. Tipo de investigación

La presente investigación tiene como base lograr una producción televisiva de carácter informativo que sea capaz de contribuir al cambio de actitud, en el público, ante el trato y cuidado que requieren los niños con enfermedades o alteraciones del desarrollo, menores de ocho años de edad.

En relación al problema planteado, sobre la propuesta de una serie de reportajes; y a la realización de un Piloto denominado **“Una pieza por descubrir”**, se incorporó el tipo de investigación denominada Proyecto Factible.

La metodología que corresponde a los proyectos factibles tiene como finalidad la elaboración de propuestas o alternativas que representen una solución a una problemática o necesidad práctica. Desde el punto de vista epistémico, este tipo de proyecto: “se encuentra ubicado en el paradigma tecnológico, porque busca resolver problemas de tipo práctico y su objetivo central es promover tecnologías o esquemas de acción derivados de conocimientos teóricos construidos”, (Hernández, 2010, p.5). De igual manera desde el punto de vista educativo estos proyectos pueden desarrollar un modelo operativo viable, cuyo propósito es la búsqueda de solución de problemas y satisfacción de necesidades.

Tal es nuestro caso donde se busca producir una serie de reportajes audiovisuales que solventen la carencia informativa dentro de la sociedad en general, ante ciertas enfermedades y alteraciones del desarrollo que tienden a crear confusiones sobre sus causas, consecuencias y tratamiento.

El reportaje piloto **“Una pieza por descubrir”** , es un proyecto factible en tanto disipa las dudas y por ende, resuelve la problemática del desconocimiento, sobre qué es el espectro autista y cómo puede ser aceptado como una condición de vida poco común pero no restrictiva.

3.3. Nivel de la Investigación

El nivel de esta investigación es descriptivo, por cuanto “se centra en recolectar datos que muestren un evento, una comunidad, un fenómeno, hecho, contexto o situación que ocurre (para los investigadores cuantitativos; medir con la mayor precisión posible)”, Hernández, Fernández y Baptista (2006, p.120). Un estudio descriptivo busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice.

Según Balestrini (2001) en nivel descriptivo se detallan con mayor precisión las peculiaridades de la realidad estudiada que “puede estar referida a una comunidad, una organización, un hecho delictivo, las características de la gestión, conducta de un grupo o individuo, comunidad de un grupo religioso, electoral, entre otros” (p. 6)

La investigación realizada, incluyendo la producción del reportaje piloto se orientó a un grupo o sector limitado, como lo es la niñez, más específicamente los niños menores de ocho años. La idea fue puntualizar o describir un conjunto de afecciones físicas y psicosociales a las que se ven expuestos los niños y cuáles son medidas más recomendadas para su tratamiento.

3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

En función de los objetivos definidos en el presente estudio y ubicado dentro de la modalidad de un proyecto factible se puede señalar que la recolección de datos para Tamayo y Tamayo (2000) “depende en gran parte del tipo de investigación y del

problema planteado para la misma y puede efectuarse desde la simple ficha bibliográfica, la observación, entrevista, cuestionario o encuestas y aun mediante ejecución de investigaciones para tal fin” (p. 121).

3.4.1. Técnica de Recolección de Datos:

De acuerdo a lo expuesto por Ramírez (1999) “...una técnica es un procedimiento más o menos estandarizado que se ha utilizado con éxito en el ámbito de la ciencia...” (p.137). En este sentido se utilizaron las siguientes técnicas:

3.4.1.1 Revisión bibliográfica documental

Esta técnica se utilizó como base en la investigación central, con el fin de revisar y recopilar aquellos documentos que permitieron confrontar el aspecto teórico con la situación real, sobre enfermedades y alteraciones del desarrollo en niños de tres a ocho años de edad; a través de esta técnica pudimos obtener información relevante para la investigación. En ese sentido, se utilizaron datos y contenidos de libros y diccionarios médicos, así como de textos y trabajos de grado sobre repostajes audiovisuales.

3.4.2 Instrumentos de recolección de datos

Carlos Sabino (1992) considera que

Un instrumento de recolección de datos es en principio cualquier recurso de que pueda valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información (...) De este modo el instrumento sintetiza en si toda la labor previa de la investigación, resume los aportes del marco teórico al seleccionar datos que corresponden a los indicadores y, por lo tanto a las variables o conceptos utilizados. (p.150)

El siguiente Trabajo de Grado emplea como instrumento de recolección de datos, la encuesta abierta. Esta herramienta se aplicará de forma personal o lo que es igual cara a cara, bajo los principios de neutralidad y cordialidad para lograr el mayor grado de respuestas y colaboración por parte de los entrevistados, pues este tipo de encuentros propicia que los consultados, en el caso del tema niños, padres y

especialistas den respuesta, según León y Montero (2003), a un total de casi 85% de las preguntas.

3.4.2.1 La entrevista abierta:

La entrevista abierta es un recurso significativo para esta investigación, debido a como señala Sierra en Galindo (1998), “El objetivo último del recurso de la entrevista en la investigación social es dar cuenta de los procesos sociales (con-texto) a través del análisis de casos arquetípicos o ejemplificadores desde lo real concreto como totalidad.” (pp. 330)

La técnica de la entrevista es considerada por Balestrini (2001) como “un proceso de comunicación verbal reciproca, con el fin último de recoger información a partir de una finalidad previamente establecida”. (p.154). Para la investigación, la entrevista será aplicada a expertos en la detección y tratamiento de enfermedades y alteraciones del desarrollo en niños, en consecuencia, médicos pediatras. (Ver capítulo IV).

Las preguntas del 1 al 3 están estrechamente relacionadas a los conocimientos que poseen los expertos acerca de: las edades durante las cuales los niños son más propensos a contraer enfermedades o presentar signos de alguna alteración de desarrollo, el nombre de los padecimientos más frecuentes presentados los niños menores de ocho años separados por categoría de enfermedad y otra de trastornos o alteraciones (neurológicas y motoras) que afectan el crecimiento y desarrollo de los infantes.

Las preguntas 4,5 y 6 tienen que ver con la opinión de los entrevistados sobre la razón de ser de nuestra propuesta: orientar a padres y representantes sobre los padecimientos que afectan a los niños entre tres y ocho años de edad. Las interrogantes examinan las ideas de los especialistas sobre la televisión y los reportajes audiovisuales, como vehículos para la difusión de contenidos informativos en materia de salud infantil.

3.5 Población y Muestra:

3.5.1 Población

En la presente investigación la unidad de análisis para el objeto de estudio es una población. Se trata de médicos pediatras, quienes conocen y manejan el tema las enfermedades y las alteraciones del desarrollo más comunes en niños de edades comprendidas entre tres y ocho años.

3.5.1.1 Poblaciones analizadas

Se entiende por población o universo de estudio a “la totalidad de un conjunto de elementos, seres u objetos que se desea investigar y la cual se estudiará una fracción (la muestra) que se pretende que reúna las mismas características y en igual proporción” (Balestrini, 2001 p. 138,139).

Según Arias (2006) la población es “un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Ésta queda delimitada por el problema y por los objetivos del estudio”.

Luego de delimitar la población, se precisó la muestra, a la cual se le aplicó el instrumento de recolección de datos anteriormente mencionado. Para Sampieri (1991), la muestra de una investigación es “en esencia, un subgrupo de la población. Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población. (...) Todas las muestras deben ser representativas”.

Una muestra es según Ramírez (1999) “un conjunto relativamente pequeño de una población que representa características semejantes a población en estudio” (p.91). Para Sabino (2002) “la muestra es un subconjunto representativo de la población y que la misma puede ser probabilística (si la selección de la muestra es aleatoria) o no probabilística (si la selección de la muestra depende del investigador o del que hace la muestra)” (p. 98).

Así pues, para la población determinada de expertos se contó con centros hospitalarios, uno de carácter público y dos privados: En Hospital Clínico

Universitario, la Policlínica Metropolitana y el Instituto Médico la Floresta. Todas localizadas en la ciudad de Caracas.

La entrevista abierta como primer instrumento de recolección se le aplicó a una muestra de cuatro especialistas en medicina infantil

3.5.2. Muestra:

La muestra en estudio será no probabilística seleccionada de acuerdo a “(...) criterios del investigador (...) y los objetivos de estudio” (Sampieri, 1991, p. 176); para efectos de la investigación los juicios tomados en cuenta serán: niveles de autismo (alto, medio y bajo) y alta participación de los padres en las terapias de tratamiento.

El tipo de muestra seleccionada pertenece a la categoría de casos – tipo, pues se estudiarán los valores, actitudes y ritos de un grupo determinado como lo son niños autistas en sus diferentes niveles de afección por su condición especial, para lograr la “riqueza, profundidad y calidad de información” (Sampieri, 1991, p. 397)

Sampieri (1991) explica que “una muestra no probabilística es adecuada pues se trata de un estudio con un diseño de investigación exploratorio, es decir, no es concluyente, sino su objetivo es documentar ciertas experiencias”. (p.398). Este tipo de estudio pretende generar datos e hipótesis que constituyan la materia prima para investigaciones más precisas”

La muestra seleccionada, es decir, la inherente a la entrevista abierta fueron cuatro (4) expertos o especialistas médicos, quienes fueron:

- Gabriela Delgado: Médico pediatra del Hospital Clínico Universitario
- María Eugenia Socorro: Médico – pediatra, Clínica Metropolitana
- Pedro del Castillo: Médico pediatra en alergología, Instituto Médico la Floresta
- Julia Martínez (Médico pediatra especialista en neumonología, Instituto Médico la Floresta)

En este contexto, la muestra en estudio será igual a la población, a conveniencia y comodidad de las investigadoras.

3.6 Estudio de factibilidad

Este aspecto del proceso metodológico resultó útil a la hora de concretar la viabilidad de producir la serie de reportajes audiovisuales propuesta en este proyecto, pues se aprovecharon eficazmente los recursos utilizados.

3.6.1 Factibilidad técnica

Al momento de describir y precisar la producción de un material audiovisual sobre enfermedades y alteraciones del desarrollo en niños se decidió emplear como herramienta principal el reportaje interpretativo. Se seleccionó este género periodístico por sus características de amplitud y profundidad para abordar y desarrollar un tema de interés y repercusión social. Se acordó que el producto fuese para la televisión por ser un medio técnico de atractivo visual y auditivo, que a través de imágenes puede mostrar y sensibilizar al público ante los cuidados que ameritan los niños.

Asimismo, el reportaje audiovisual, es uno de los recursos dentro del periodismo que por sus cualidades, en especial cuando se trata de reportajes interpretativos, puede fomentar la opinión y despertar reflexiones dentro de la audiencia. Estas últimas son parte de los efectos que se busca con este trabajo de grado, pues orientar y contribuir con la educación de los padres en el bienestar de sus hijos es el objetivo de este seriado.

Seleccionada la técnica, se procedió a seleccionar los instrumentos técnicos; es decir, demandas humanas y materiales. Se requirió de un especialista en edición. La producción y dirección fueron hechas por María Rosales y Nataly Zambrano, gracias a los conocimientos adquiridos durante la carrera. El guión literario fue redactado por ambas tesis, mientras que el guión técnico si fue elaborado por un experto en esa área. La edición se le delegó a un profesional de la post producción audiovisual, el Lic. Richard Borges.

Con respecto a las exigencias materiales, se dispuso de una cámara Canon XL1.

El estudio de grabación para la entrada y salida del reportaje fue el de la Escuela de Comunicación Social de la UCV y para tal presentación del seriado se contó con la colaboración de un compañero de la escuela Oswald Marval.

3.6.2 Factibilidad económica y financiera

Como se trata de una producción independiente, con fines académicos la serie de reportajes televisivos se planteó como de bajo presupuesto, sin obviar lo ambicioso del producto. Fueron tomados en cuenta los recursos con los que contaban las tesistas, quienes plantearon la propuesta y produjeron el piloto “**Una pieza por descubrir**”.

Se procuró que la producción fuese viable y atractiva para los medios de comunicación audiovisual a los que se le pudiese presentar.

El financiamiento del reportaje piloto lo realizaron las investigadoras. Por lo que se tuvo que reducir los costos de producción. Así que se contactó al personal especializado de confianza cuyos honorarios se ajustaran al presupuesto, sin que ello afectara la calidad del producto.

3.6.3 Factibilidad social

La propuesta de producir una serie de reportajes audiovisuales sobre enfermedades y alteraciones del desarrollo, parte de la preocupación de tipo social por parte de las investigadoras.

Actualmente, en nuestro país existen centros de atención primaria en salud, hospitales y clínicas de índole privado; así también el gobierno nacional en 2003 creó la Misión Barrio Adentro I y en 2009 la Misión Niño Jesús con el objetivo de priorizar la salud de los niños con el desarrollo de proyectos y programas que mejoren la calidad de vida. Sin embargo, aún se observa que el Ministerio del Poder Popular para la Salud no cuenta con las cifras de las enfermedades y patologías que afectan a la población infantil.

Esta imprecisión estadística y la carencia de atención que exigen los niños como población vulnerable nos llevaron a reflexionar acerca del rol del Comunicador

Social. Un profesional encargado de prestar un servicio público oportuno, veraz e integral que contribuya al desarrollo social. En ese orden de ideas, consideramos que utilizar el medio televisivo para informar, educar y orientar a la población venezolana sobre los padecimientos físicos y psicosociales de los niños, es una labor propia de nuestra profesión.

Otro aspecto tomado en cuenta fue que algunas mujeres y hombres pese a que en ocasiones conocen por referencia algunos trastornos y alteraciones en los menores de ocho años, olvidan que estas afecciones son condiciones de vida que a diferencia de las enfermedades no se pueden prevenir; y en consecuencia demuestran un rechazo o fomentan los estigmas sociales. Por ese motivo, el seriado de reportajes quiere dejar un mensaje de aceptación y de apoyo por parte público en general al identificarse de cerca con la realidad de los niños con alguna patología.

Para finalizar, consideramos que la divulgación de contenidos sobre el riesgo de nuestros niños, a través de nuestro reportaje podría contribuir a fomentar una cultura preventiva en nuestro país y la integración de los niños especiales a las escuelas regulares.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LOS RESULTADOS

Este capítulo contiene los resultados del instrumento de recolección de datos aplicados a las muestras seleccionadas para nuestra investigación. Mostraremos los resultados y el análisis de las entrevistas abiertas aplicadas a expertos en salud infantil en Venezuela.

4.1. Entrevista Abierta

4.1.1. Resultados de las entrevistas abiertas

Resultados de cada una de las entrevistas abiertas realizadas:

4.1.1.1 Entrevista Nro.1:

Gabriela Delgado: Médico pediatra del Hospital Clínico Universitario

1.- De los siguientes grupos por rango de edad, ¿Cuál considera UD es el más propenso a contraer una enfermedad o a mostrar signos de alguna alteración o trastorno del desarrollo?

0 – 3 años _____ **4 – 07 años** ____X____

2.- Como especialista en niños, podría decirnos ¿Cuáles son las enfermedades más comunes en niños de tres a ocho años de edad?

“Las enfermedades de cada niño va a depender de muchas cosas, principalmente del tipo de alimentación que se le suministre y del ambiente que le rodee. Entre las enfermedades más comunes están dolor abdominal, gripe, bronquitis, dengue, desnutrición, diabetes y asma”.

3.- ¿Cuáles son las alteraciones o trastornos del desarrollo más frecuentes en niños de tres a ocho años de edad?

“Las alteraciones del desarrollo más comunes son síndrome de rett, síndrome de down, el espectro autista y la dislexia”.

4.- A su juicio, es la televisión el medio idóneo para difundir información en el área de la salud infantil? ¿Por qué?

“Si, la televisión es una buena forma de transmitir información sobre salud infantil, porque muchas personas se guían más por lo que ven que por lo que leen o escuchan y la televisión al mezclar todo esto le da la seguridad y confianza a los padres sobre lo que tienen que hacer a la hora de presentarse alguna emergencia con el niño”

5.- ¿Conoce UD algún programa de reportajes para la televisión que se encargue de orientar a los padres y representantes sobre las enfermedades y alteraciones del desarrollo que afectan a los niños menores de ocho años de edad? ¿Cuáles?

“La verdad es que no sé de algún programa que toque estos temas, pero he visto que transmiten una especie de mini programas, donde tratan enfermedades a nivel general, sin embargo no especifican qué ocurre o ocurriría en el caso de los niños”

6.- ¿Cree UD que un reportaje semanal en televisión sobre alguna enfermedad o alteración del desarrollo en los niños podría orientar a padres y representantes sobre estos padecimientos y sus consecuencias? ¿Por qué?

“Sí, claro que sí. Un reportaje televisivo sería de mucha ayuda para padres y representantes porque daría tips o consejos sobre cómo tratar a los niños y la actitud que se debería tomar en un caso extremo que sería la presencia de una alteración del desarrollo”

4.1.1.2 Entrevista Nro. 2:

María Eugenia Socorro: Médico – Pediatra, Clínica Metropolitana

1.- De los siguientes grupos por rango de edad, ¿Cuál considera UD es el más propenso a contraer una enfermedad o a mostrar signos de alguna alteración o trastorno del desarrollo?

0 – 3 años _____

4 – 07 años X _____

2.- Como especialista en niños, podría decirnos ¿Cuáles son las enfermedades más comunes en niños de tres a ocho años de edad?

“Las enfermedades varían según los cuidados de la madre hacia el pequeño y las zonas donde resida el niño, pero en general hay patologías frecuentes durante los primeros ocho años. Las enfermedades son diarrea, asma, bronquitis, desnutrición y como más graves la diabetes y aunque en Venezuela no es muy frecuente se han diagnosticado casos de VIH SIDA por transmisión materno fetal”

3.- ¿Cuáles son las alteraciones o trastornos del desarrollo más frecuentes en niños de tres a ocho años de edad?

“Los trastornos son muy variantes, hay de motricidad fina o gruesa, neurológicos, genéticos, pero los más conocidos son el Síndrome de Down, la dislexia y en los últimos años el Trastorno del Espectro Autista”

4.- A su juicio, es la televisión el medio idóneo para difundir información en el área de la salud infantil? ¿Por qué?

“Considero que Si porque en la sociedad venezolana hablamos de una sociedad matriarcal donde la madre es el sostén de familia o en ocasiones cuando es ama de casa, pasa horas viendo y oyendo la televisión para hacer sus labores domésticas y por lo general cuando les preguntas en la observación clínica que les hizo traer a su hijo describen los síntomas del niño pero a además te dicen que vieron en televisión que es importante llevar al niño al pediatra”

5.- ¿Conoce UD algún programa de reportajes para la televisión que se encargue de orientar a los padres y representantes sobre las enfermedades y alteraciones del desarrollo que afectan a los niños menores de ocho años de edad? ¿Cuáles?

“Recuerdo uno, A su Salud, pero si mal no recuerdo era de salud de público adulto e infantil. Pero específicamente de niños, sus afecciones y patologías no he visto ninguno”

6.- ¿Cree UD que un reportaje semanal en televisión sobre alguna enfermedad o alteración del desarrollo en los niños podría orientar a padres y representantes sobre estos padecimientos y sus consecuencias? ¿Por qué?

“Si. Porque disminuirían los índices de morbilidad infantil y los niños con trastornos generalizados del desarrollo podrían recibir la ayuda neuropsicológica oportuna para disminuir los efectos de retardo, motricidad y contribuir a un aprendizaje según las necesidades del infante”

4.1.1.3 Entrevista Nro. 3:

Pedro del Castillo: Médico pediatra en alergología, Instituto Médico la Floresta.

1.- De los siguientes grupos por rango de edad, ¿Cuál considera UD es el más propenso a contraer una enfermedad o a mostrar signos de alguna alteración o trastorno del desarrollo?

0 – 3 años _____ 4 – 07 años X _____

2.- Como especialista en niños, podría decirnos ¿Cuáles son las enfermedades más comunes en niños de tres a ocho años de edad?

“Algunas son gripe, incluyendo cuadro febril, disnea, asma, diarrea, en el caso de madres que han tenido un embarazo precoz, desnutrición y en oportunidades a partir de los 7 años hepatitis A”.

3.- ¿Cuáles son las alteraciones o trastornos del desarrollo más frecuentes en niños de tres a ocho años de edad?

“Trastorno de lectura o Dislexia, discalculia, Síndrome de Asperger y Autismo, mutismo por selección y en el caso de niñas Síndrome de Rett”

4.- A su juicio, ¿es la televisión el medio idóneo para difundir información en el área de la salud infantil? ¿Por qué?

“Sin duda ya que las madres y los padres así como el resto de los miembros del hogar pueden al menos conocer por referencia los síntomas y los signos físicos que presentan los niños para inmediatamente buscar asistencia médica y especializada. Además tomarán conciencia de lo importante de la prevención en la casa como hervir el agua, enseñar una buena higiene a la niña o al niño porque en esa medida se pueden disminuir enfermedades muy comunes como la diarrea. Creo que si es un buen trabajo con detalles sencillos pero correctos la televisión puede ayudar mucho a velar por la comunidad infantil”

5.- ¿Conoce UD algún programa de reportajes para la televisión que se encargue de orientar a los padres y representantes sobre las enfermedades y alteraciones del desarrollo que afectan a los niños menores de ocho años de edad? ¿Cuáles?

“No conozco, he visto noticias cortas de algunos minutos pero muy sencillas nada profundo que hable de niños como eje central”.

6.- ¿Cree UD que un reportaje semanal en televisión sobre alguna enfermedad o alteración del desarrollo en los niños podría orientar a padres y representantes sobre estos padecimientos y sus consecuencias? ¿Por qué?

“Sí, porque como dije con datos muy precisos de tratamiento y prevención los padres y en especial las madres podrán saber cómo atender a su hijo antes de llevarlo con el pediatra y aprenderían también a manejar situaciones puntuales con la comprensión, la paciencia y la terapia familiar que requieren niños con trastornos de aprendizaje y de motricidad así como el Down, el déficit de atención o el Autismo”.

4.1.1.4 Entrevista Nro 4:

Julia Martínez: Médico pediatra especialista en neumonología, Instituto Médico la Floresta.

1.- De los siguientes grupos por rango de edad, ¿Cuál considera UD es el más propenso a contraer una enfermedad o a mostrar signos de alguna alteración o trastorno del desarrollo?

0 – 3 años _____ 4 – 07 años ____X____

2.- Como especialista en niños, podría decirnos ¿Cuáles son las enfermedades más comunes en niños de tres a ocho años de edad?

“Algunas de las enfermedades más comunes en los niños son diarrea, desnutrición, asma, gripe y amigdalitis. Estas últimas tres se generan, mayormente, por el tipo de ambiente que se rodee el niño y dependerá de la sensibilidad que este posea a la hora del contacto con su entorno”.

3.- ¿Cuáles son las alteraciones o trastornos del desarrollo más frecuentes en niños de tres a ocho años de edad?

“Recientemente el espectro autista ha empezado a aparecer en niños, también se han registrado casos de dislexia, síndrome de rett y síndrome de down”.

4.- A su juicio, es la televisión el medio idóneo para difundir información en el área de la salud infantil? ¿Por qué?

“Si, la televisión es un medio de comunicación muy útil para difundir información sobre salud y bienestar infantil porque las madres y padres siempre toman un momento del día para ver las innovaciones que presenta este medio”

5.- ¿Conoce UD algún programa de reportajes para la televisión que se encargue de orientar a los padres y representantes sobre las enfermedades y alteraciones del desarrollo que afectan a los niños menores de ocho años de edad? ¿Cuáles?

“No, en realidad no sé de programas cuyo tema central sea las enfermedades o alteraciones del desarrollo en niños, sin embargo he visto noticias que si tocan algunos temas de salud pero no se profundiza en él”.

6.- ¿Cree UD que un reportaje semanal en televisión sobre alguna enfermedad o alteración del desarrollo en los niños podría orientar a padres y representantes sobre estos padecimientos y sus consecuencias? ¿Por qué?

“Si, con un material semanal que esté enfocado en desglosar una enfermedad o alteración del desarrollo, los padres o representantes podrán tener una opción para aprender qué hacer en caso de que los niños se enfermen o presenten algún signo de una alteración del desarrollo”

1.2. Análisis de las entrevistas abiertas

A continuación presentamos el análisis de las entrevistas realizadas a expertos de la salud infantil, médicos pediatras. El estudio se efectuó pregunta por pregunta y, en cada una de ellas, se precisan las conclusiones de los entrevistados.

1.- De los siguientes grupos por rango de edad, ¿Cuál considera UD es el más propenso a contraer una enfermedad o a mostrar signos de alguna alteración o trastorno del desarrollo?

Los resultados obtenidos en esta pregunta revelan que los 4 médicos pediatras entrevistados concuerdan en que los niños de 4 a 7 años de edad son los más propensos a contraer una enfermedad o a mostrar signos de alguna alteración del desarrollo. Por lo tanto, la población infantil menor de 8 años es la más vulnerable en materia de salud y bienestar físico y psicosocial.

2.- Como especialista en niños, podría decirnos ¿Cuáles son las enfermedades más comunes en niños de tres a ocho años de edad?

En esta pregunta los médicos aseguraron que los casos más comunes de enfermedades que se registran son dengue, desnutrición, asma, diarrea, diabetes y bronquitis. Sin embargo, no coincidieron con todas sus opciones, ya que también mencionaron la Hepatitis A, dolor abdominal, VIH SIDA, gripe, amigdalitis y disnea.

3.- ¿Cuáles son las alteraciones o trastornos del desarrollo más frecuentes en niños de tres a ocho años de edad?

Resultó interesante que uno de los entrevistados hizo mención a la existencia de una clasificación de los trastornos o alteraciones del desarrollo, pues los agrupó como relacionados con motricidad (fina y gruesa) y otros de tipo neurológicos.

No obstante, todos los entrevistados coincidieron en que las alteraciones del desarrollo más frecuentes son: El espectro autista, síndrome de rett, síndrome de down y dislexia. De igual forma, mencionaron el síndrome de Asperger, la discalculia y el mutismo por selección.

4.- A su juicio, es la televisión el medio idóneo para difundir información en el área de la salud infantil? ¿Por qué?

Los resultados, arrojados a esta pregunta, coinciden con el respaldo a la televisión como un medio de difusión y comunicación fundamental para transmitir información sobre salud infantil y las razones fueron diversas. Sin embargo todos apuntaron a un mismo objetivo que es, el que los padres y representantes estuviesen informados y obtuviesen tips o consejos de cómo tratar a un niño que presentará algún tipo de enfermedad o los signos de una alteración del desarrollo.

Esta pregunta se perfiló como una de las más importantes para nuestro proyecto de investigación, debido a que impulsó la idea de trabajar con un producto audiovisual para informar a los adultos de cómo manejar los casos de enfermedades y los de alteraciones del desarrollo en niñas y niños en edades comprendidas entre los tres (3) y ocho (8) años de edad; además el hecho de que cada médico estuviese de acuerdo con que la televisión juega un papel significativo dentro de la sociedad, apoya nuestra propuesta.

5.- ¿Conoce UD algún programa de reportajes para la televisión que se encargue de orientar a los padres y representantes sobre las enfermedades y alteraciones del desarrollo que afectan a los niños menores de ocho años de edad? ¿Cuáles?

Solo uno de los cuatro expertos mencionó un espacio televisivo dedicado al área de la salud, “A su salud”. El resto de los entrevistados aseguraron que no conocen un programa que esté basado sobre enfermedades y alteraciones del desarrollo en niños; aún así afirmaron que si han visto noticias o secciones de programas que tratan estos temas pero que no profundizan en ellos, los describen como generales y que no se dedican, específicamente, a los infantes.

6.- ¿Cree UD que un reportaje semanal en televisión sobre alguna enfermedad o alteración del desarrollo en los niños podría orientar a padres y representantes sobre estos padecimientos y sus consecuencias? ¿Por qué?

Los entrevistados estuvieron de acuerdo con que un reportaje semanal de televisión sobre enfermedades y alteraciones del desarrollo en niños podría orientar a padres y representantes sobre estos padecimientos y sus consecuencias; esta es otra de las preguntas claves para nuestro proyecto, pues con la afirmación de cada uno de los médicos se vio parte de la factibilidad de la propuesta presentada.

CAPÍTULO V

LA PROPUESTA

5.1 Objetivos de la propuesta

5.1.1 Objetivo General

Diseñar la pre, pro y post producción del reportaje piloto “**Una pieza por descubrir**”.

5.1.2 Objetivos específicos

Orientar a los padres y representantes de niñas y niños con el Espectro Autista sobre esta alteración, sus causas y consecuencias.

Facilitar a la comunidad un producto audiovisual que informe a padres, representantes o familiares sobre el espectro autista en niños de 3 a 8 años de edad

Describir las actividades terapéutico- educativas aplicadas en CEDIAD para la disminución de los signos y síntomas del Espectro Autista

5.2 Ficha técnica

Nombre de la serie: Bienestar Infantil

Nombre del piloto: Una pieza por descubrir

Género: Reportaje Audiovisual

Duración: 10 minutos

Cantidad de negros: Uno (1)

Síntesis: El piloto “Una pieza por descubrir” es un reportaje audiovisual para televisión realizado en el Centro de Evaluación y Desarrollo Integral de las Alteraciones del Desarrollo (CEDIAD) ubicado en Caracas, Venezuela que está enfocada en mostrar la realidad social y medico asistencial que viven los niños y niñas de tres a ocho años de edad con el espectro autista.

Temas: Reportaje audiovisual, Autismo, CEDIAD, niños

Idioma: Español

Fecha de Producción: Noviembre de 2011

Formato Original:

Producción: María Rosales – Nataly Zambrano

Dirección: María Rosales – Nataly Zambrano

Conducción: Oswald Marval, María Rosales – Nataly Zambrano

Cámara: Charles Méndez

Editor: Richard Borges

Edición: Caracas – Venezuela

5.3 Idea: Una pieza por descubrir es un reportaje interpretativo para la televisión que explica el Espectro Autista en los niños y la atención especial que estos reciben en CEDIAD.

5.4 Sinopsis: El producto audiovisual para televisión titulado “Voces en el Silencio” es una investigación periodística del género reportaje interpretativo que define y engloba las características de un Trastorno Generalizado del Desarrollo denominado Espectro Autista, mejor conocido como Autismo. Esta alteración psicosocial aparece en los niños entre los 18 y 30 meses de nacidos y no puede ser catalogada como enfermedad debido a que carece de cura. El Autismo presenta tres grandes signos: dificultades en el lenguaje, comprensión y expresión de emociones y finalmente intereses particulares en los juegos que son de tipo repetitivos o estereotipados. El niño autista puede ser tratado a través de múltiples terapias (de lenguaje, Educación ABA, psicopedagogía, entre otras) a fin de que logre desenvolverse y cumplir con sus objetivos.

Una de las instituciones venezolanas que brinda ayuda en el tratamiento del Autismo es el Centro de Evaluación y Diagnóstico Integral de las Alteraciones del Desarrollo, CEDIAD. Esta organización sin fines de lucro, ubicada en Caracas, ofrece la atención terapéutico – educativa necesaria para que los niños Autistas mejoren sus condiciones de aprendizaje y puedan ingresar en los centros educativos regulares.

5.5 Etapa de producción del piloto “Una pieza por descubrir”

Para la ejecución y desarrollo del reportaje audiovisual piloto “Voces en el Silencio” se llevaron a cabo las tres fases por la que debe pasar todo proyecto de esta categoría, audiovisual:

5.5.1 Pre-producción:

Durante esta primera etapa se realizó un diagnóstico de los posibles lugares donde se podría hacer la filmación, pues en Caracas existen varias instituciones no gubernamentales que tratan el autismo. Además se elaboró un cuadro con los objetivos planteados, así como los recursos necesarios y con los que se contaban.

Previo a esto se hizo un esquema que se usó como guía para elaborar un guión literario, que sería el soporte técnico del reportaje audiovisual. Se alquiló una cámara y se contó con personas familiarizadas en esta área. Se hizo una visita a las locaciones, se obtuvieron los permisos de los padres con el propósito poder grabar a los niños; y se reservó el estudio de televisión de la Escuela de Comunicación Social.

5.5.2 Producción:

En esta segunda etapa se inició con el plan de grabación tanto en el estudio como en exteriores. Las grabaciones duraron 3 días, siguiéndolas pautas del guión literario y el guión técnico, previamente establecidos.

Durante todo este proceso se realizaron entrevistas a las especialistas; y de igual forma se tomaron fotografías para material de apoyo.

5.5.3 Post-producción

Al culminar todo el plan de grabación, iniciamos por la modificación del guión, digitalización y pietaje de las escenas que se llevaron al editor. Esta persona, Richard Borges, se encargó de unir todo el proyecto en una sola maqueta, así como la inclusión de los inserts. Este proceso se realizó con el programa de computadoras Final Cup.

Simultáneamente se consultó con los diseñadores Rafael Alcalá, Ana Ng y Vanessa Baptista sobre la realización de un logo que se incluyó como tapa del reportaje.

5.6 Lista de necesidades de Producción:

5.6.1 Escenarios o Sets

- Instalaciones de CEDIAD
- Estudio de la Escuela de Comunicación Social de la Universidad Central de Venezuela

5.6.2 Arte y utilería

- Mesas
- Sillas
- Adornos
- Juguetes
- Carteleras

5.6.3 Efectos de Sonido

- Música de ambiente

5.6.4 Música

- Dos secretos versión acústica de la banda venezolana Viniloversus. Este tema se extrae de la segunda producción discográfica de este grupo titulado “El día es hoy” (2008).

5.7 Descripción del reportaje:

5.7.1 Duración y cantidad de bloques

Reportaje audiovisual de diez (10) minutos de duración, que serán continuos formando así un bloque.

5.7.2 Target y horario propuesto

“**Una pieza por descubrir**” es un reportaje audiovisual dirigido a padres y representantes, sin embargo, dentro de la categorización de la Ley de Responsabilidad Social en Radio y Televisión está clasificado como sección “A” que puede ser visto por niños, niñas y adolescentes sin la presencia de sus padres. Por esta razón la transmisión de este puede ser cualquier día de la semana en el horario de 7:00 am a 7:00 pm. Aunque nuestro horario propuesto es el de las 6:00pm.

5.7.3 Estructura del reportaje

El reportaje piloto está formado por un bloque continuo que contiene desde la presentación en el estudio, entrevistas, imágenes de apoyo, voces en off y presentaciones en CEDIAD, hasta la musicalización y demás efectos de sonidos y visuales.

5.8 En relación con el reportaje

5.8.1 Escenografía

El reportaje piloto “**Una pieza por descubrir**” fue grabado en las instalaciones de CEDIAD y en el estudio de la Escuela de Comunicación Social de la Universidad Central de Venezuela. CEDIAD no fue posible cambiar el decorado de la institución, pero si se pudo hacer uso de la utilería que se tenía disponible, pues allí los juguetes y algunos cuadros son de colores llamativos.

En el estudio de la UCV se utilizó la escenografía elaborada por las tesistas, la misma constó del logo de la serie “Bienestar Infantil”, superpuesto sobre un fondo de color azul.

5.8.2 Estética

El set se armó con un fondo de color azul para la entrada y salida del presentador en el estudio, para posteriormente agregarle efectos de textura, color y dinamismo en el proceso de edición. En los exteriores se trató de no grabar con paredes blancas de fondo para que no saliera un efecto de contra luz, no obstante CEDIAD es mayormente blanco por lo cual, algunas tomas resultaron saturadas.

5.8.3 Fotografía

Para iluminar las locaciones del reportaje audiovisual “Una pieza por descubrir” y obtener un buen registro de luz en los objetos y en las personas se empleó al máximo la luz natural y la de la institución al igual que la del estudio de televisión. Las salidas de luz de CEDIAD se redujeron con un set de filtros básicos.

Asimismo, se recurrió al uso de fotografías de archivo ubicadas en internet para acompañar los offs del reportaje.

5.8.4 Tratamiento de la imagen

El reportaje fue grabado con dos cámaras independientes, la cual registró un encuadre real con angulación normal.

- Planos de la cámara uno: esta cámara se colocó en un trípode de frente al set de grabación y registró planos medios y primer plano del presentador del reportaje, así como plano americano.

- Planos de cámara dos: Esta cámara, al igual que la uno, se colocó de frente a las reporteras y se movió de izquierda a la derecha para hacer varias tomas y simular la presencia de otra cámara. Mientras se ubicaba en el centro registró planos medios y americanos; cuando estaba en el lado derecho registró planos medios y primeros planos de la conductora y el entrevistado. Del mismo modo se realizaron planos generales mientras la cámara estuvo en ambos alados.

Nota: La cámara uno fue empleada en el estudio de la Escuela de Comunicación Social de la Universidad Central de Venezuela y la número dos se alquiló para las tomas en las instalaciones de CEDIAD, ubicada en la California Sur de Caracas.

5.8.5 Sonido

Para la grabación de las voces en la institución se utilizó un micrófono inalámbrico y una balita conectada a la cámara, mientras que en el estudio sólo se usó una balita. Las voces en off se grabaron en una computadora a la cual se le adaptó un micrófono.

5.8.6 Presupuesto

Recursos de Producción

Equipo Técnico	Costo (Bsf)	Total (Bsf)
Diseño del logo	600	600
Alquiler de Cámara Standard	1300 por día	2600
Alquiler de estudio de	500	500

televisión		
Edición	100 por Minuto editado	1000
Gastos varios (utilería, desayunos, almuerzos)	400 por día	1600
TOTAL		6.300

Análisis de costos

Equipo Técnico	Costo (Bsf)	Total (Bsf)
Diseño del logo	200	200
Alquiler de Cámara Standard	500	1000
Alquiler de estudio de televisión	0	0
Edición	500	500
Gastos varios (utilería, desayunos, almuerzos)	300 por día	1200
TOTAL		2900

5.8.7 Elementos gráficos

Logo:

El logo de la serie de reportajes, Bienestar Infantil, está formado por una imagen que tiene a dos niños, uno de color azul y otro de color naranja; una niña de color rojo con una un lazo. Este dibujo se encuentra en el medio, mientras que en la parte superior se puede leer la palabra “Bienestar” pintada de color verde y en el inferior “Infantil” con un tono naranja:



<p>OFF 1 NATALY VTR SILENTE</p>	<p>GABRIEL FORMA PARTE DE LA ORQUESTA SINFÓNICA DE INFANTIL Y COMO ÉL DECENAS DE NIÑOS HOY EN DIA SON DIAGNOSTICADOS CON ESPECTRO AUTISTA</p>
<p>LOC 2. CAM. MARÍA</p>	<p>NOS ENCONTRAMOS DESDE EL CENTRO DE EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE LAS ALTERACIONES DEL DESARROLLO, CEDIAD, UNA ORGANIZACIÓN SIN FINES DE LUCRO CREADA EN SEPTIEMBRE DE 2004, ENCARGA DE EVALUAR, DIAGNOSTICAR Y BRINDAR ASISTENCIA TERAPEÚTICA EDUCATIVA A LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON AUTISMO Y SÍNDROME DE ASPERGER.</p>
<p>OFF2: NATALY VTR SILENTE</p>	<p>CEDIAD NACIÓ DE LA MANO DE LA LIC MARGIE GARCÍA, QUIEN EN COMPAÑÍA DE UN GRUPO DE ESPECIALISTAS HA CONTINUADO LA LABOR DE LA FUNDACIÓN NUEVO DIA PARA PRESTAR ATENCIÓN PSICO EDUCATIVA A LOS NIÑOS CON TRASTORNOS DEL DESARROLLO SIGUE VTR SILENTE</p> <p>CONTINÚA VTR SILENTE</p>

<p>CONTINUA OFF2: NATALY</p> <p>VTR SILENTE</p>	<p>CADA DOS DE ABRIL SE CELEBRA EL DIA MUNDIAL DEL AUTISMO, UN TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO QUE NO ENTRA EN LA CATEGORÍA DE ENFERMEDAD POR NO TENER CURA PERO QUE SIN EMBARGO PUEDE SER TRATADO POR LOS EXPERTOS.</p>
<p>LOC 3.CAM.NATALY</p>	<p>EL PRIMER CASO DE AUTISMO FUE DESCUBIERTO POR EL PSIQUIATRA AUSTIACO LEO KANNER, EN 1938, CUANDO EVALUÓ A UN NIÑO DE DOS AÑOS Y MEDIO DE EDAD QUIEN PODÍA NOMBRAR TODOS LOS PRESIDENTES DE ESTADOS UNIDOS PERO ERA INCAPAZ DE RELACIONARSE Y JUGAR CON OTROS NIÑOS.</p>
<p>LOC 3.CAM.NATALY</p>	<p>ES HASTA 1943 CUANDO EL MISMO KANNER ACUÑÓ EL TÉRMINO AUTISMO INFANTIL PRECOZ, PARA DEFINIR ESTA ALTERACIÓN DEL DESARROLLO.</p>
<p>OFF 3: NATALY</p> <p>VTR SILENTE</p>	<p>EN SUS PRIMERAS INVESTIGACIONES KANNER ATRIBUYÓ LA APARICIÓN DEL AUTISMO A UNA FALTA DE AFECTO POR PARTE DE LOS PADRES DURANTE EL PROCESO DE LA CRIANZA. Y LLEGÓ A DENOMINARLOS “PADRES CONGELADORES”</p> <p>CONTINÚA LOC CAM</p>

<p>LOC 3. CAM. NATALY</p>	<p>HOY EN DÍA LA TEORÍA QUE COBRA MAYOR FUERZA ES LA QUE EXPLICA QUE EL AUTISMO ES UNA PATOLOGÍA DE CAUSA MULTIFACTORIAL ASOCIADA A LOS EFECTOS DE CIERTOS AGENTES AMBIENTALES.</p>
<p>OFF4: NATALY</p>	
<p>VTR SILENTE</p>	<p>SEGÚN LA FEDERACIÓN IBEROAMERICANA PARA LA INVESTIGACIÓN Y TRATAMIENTO BIOMÉDICO DE LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO, LA INGESTA Y EL CONTACTO DIRECTO DE LA MADRE DURANTE LA GESTACIÓN CON MATERIALES PESADOS Y AGENTES QUÍMICOS ES DETERMINANTE EN LA APARICIÓN DEL ESPECTRO AUTISTA. SIGUE VTR SILENTE</p>
<p>OFF4: CONTINÚA NATALY</p>	
<p>VTR SILENTE</p>	<p>ASIMISMO, LA ETIOLOGÍA U ORIGEN DEL TRASTORNO ESTÁ RELACIONADO CON EL ABUSO DE ANTIBIÓTICOS Y LA CARGA VIRAL DE ALGUNAS VACUNAS INFANTILES, ESPECÍFICAMENTE LAS QUE CONTIENEN TIRAMISOL.</p>
<p>VTR SONIDO</p>	<p><u>INSERT 2. ENTREVISTA DIRECTORA DE. CEDIAD. LIC. MARGGIE GARCÍA</u> DESDE: HACEMOS EL DIAGNÓSTICO HASTA: ESTE USO DE VITAMINAS TT: 00:00:17:00</p> <p>CONTINÚA LOC CAM</p>

<p>LOC 2. CAM. NATALY</p>	<p>UNO DE LOS FACTORES MÁS DETERMINANTES EN EL TRATAMIENTO DEL AUTISMO, SON LAS TERAPIAS. CEDIAD UNA DE LAS INSTITUCIONES EN TODO EL PAÍS QUE PRESTA ASISTENCIA A NIÑOS Y ADOLESCENTES CON AUTISMO, CUENTA CON UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO QUE LES PRESTA SU ATENCIÓN</p>
<p>VTR SONIDO</p>	<p><u>INSERT 2. ENTREVISTA TERAPISTA CONDUCTUAL DE CEDIAD LIC IRENE RODRÍGUEZ</u> DESDE: ES LA TERAPIA ABA HASTA: CUANDO NO LA HAY TT: 00:02:00:00</p>
<p>VTR SONIDO</p>	<p><u>INSERT 3. ENTREVISTA PSICOPEDAGOGA DE CEDIAD LIC MIRTHA SOJO</u> DESDE: LA PARTE DE LA PSICOPEDAGOGÍA HASTA: RESULTADO DE ESA EVALUACIÓN. TT: 00:01:28:00</p>
<p>OFF6: NATALY VTR SILENTE</p>	<p>EN CONJUNTO, TERAPISTAS DE LENGUAJE, PSICOPEDAGOGAS Y DOCENTES DE AULA TRABAJAN POR UN FIN COMÚN: EL BIENESTAR Y DESARROLLO PAULATINO DEL NIÑO AUTISTA, QUIEN CON LA DEBIDA ATENCIÓN LLEGARÁ A CUMPLIR SUS METAS</p> <p>CONTINÚA VTR SILENTE</p>

<p>LOC 2. CAM.MARÍA</p>	<p>COMO PADRES Y REPRESENTANTES EL RASGO FÍSICO QUE DESPIERTA MAYOR INQUIETUD ES VER COMO A PARTIR DEL PRIMER AÑO DE VIDA, EL NIÑO NO PRONUNCIA PALABRA ALGUNA. ES ENTONCES CUANDO LOS PADRES BUSCAN ASISTENCIA MÉDICA Y EN LA OBSERVACIÓN CLÍNICA LA FALTA DE ELENUAJE LE PERMITE AL EXPERTO SOSPECHAR DE LA PRESENCIA DEL AUTISMO</p>
<p>VTR SONIDO</p>	<p><u>INSERT 6. ENTREVISTA TERAPISTA DE LENGUAJE CECILIA GARCÍA</u> DESDE: OJOS AL OTRO NIÑO HASTA: CON OTROS NIÑOS. TT: 00:00:34:00</p>
<p>LOC 2. CAM. MARÍA:</p>	<p>CONJUNTAMENTE AL AISLAMIENTO SOCIAL Y A LA CARENCIA DE LENGUAJE, COEXISTEN OTROS SIGNOS DE INTERÉS QUE SON TOMADOS EN CONSIDERACIÓN PARA DIAGNOSTICAR A UN NIÑO COMO PACIENTE CON ESPECTRO AUTISTA</p>
<p>VTR SONIDO</p>	<p><u>INSERT 7. ENTREVISTA JEFA DEL DEP DE EVALUACIÓN</u> DESDE: DEPENDIENDO DEL NIÑO HASTA: NIVELES DE FUNCIONAMIENTO TT: 00:00:39:00</p> <p>CONTINÚA LOC CAM</p>

<p>LOC 3. CAM. NATALY</p>	<p>PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS CON AUTISMO ES NECESARIO CUMPLIR CON UNA SERIE DE INDICACIONES QUE INTEGRAN EL TRATAMIENTO. DENTRO DE ÉL SE ECNUENTRAN CUATRO (4) COMPONENTES BÁSICOS QUE SON LA DIETA, LAS VITAMINAS,EL ROL DE LA FAMILIA Y LAS TERAPIAS</p>
<p>OFF 6: NATALY</p> <p>VTR SILENTE</p>	<p>LAS RESTRICCIONES ALIMENTICIAS INCLUYEN UNA DIETA LIBRE DE GLUTEN Y CASEÍNA QUE SON COMPUESTOS LOCALIZADOS PRINCIPALMENTE EN LAS HARINAS DE TRIGO Y LOS LÁCTEOS. PARTE DE LOS ALIMENTOS RESTRINGIDOS SON: CEREALES, PASTAS DE SÉMOLA, MALTA, SALCHICHAS, DULCES CAFÉ Y EN ESPECIAL LECHE Y QUESO</p>
<p>LOC2. CAM. MARÍA</p>	<p>AL IGUAL QUE OCURRE CON OTROS TRASTORNOS Y ALTERACIONES GENERALIZADOS DEL DESARROLLO, EL AUTISMO NECESITA DEL CUARTO COMPONENTE TERAPEÚTICO, LA FAMILIA</p>
<p>VTR SONIDO</p>	<p><u>INSERT 7. ENTREVISTA DOCENTE</u> <u>LORENA BARRETO</u> DESDE: ES IMPORTANTE EN TODO NIVEL HASTA: UN BUEN DESARROLLO. TT: 00:00:25:00 CONTINÚA LOC CAM</p>

<p>LOC2.CAM. MARÍA</p>	<p>NIÑOS DIFERENTES PERO NO POR ESO MENOS VALIOSOS, PEQUEÑOS QUE DÍA A DÍA VIVEN DENTRO DE PROPIO MUNDO</p>
<p>LOC2.CAM. MARÍA</p>	<p>CON LARGOS Y PROFUNDOS SILENCIOS QUE NOS PIDEN A GRITOS COMPRENSIÓN Y UN POCO DE AYUDA PARA FORMAR JUNTOS UN SOLO UNIVERSO</p>
<p>LOC3.CAM. NATALY</p>	<p>LOS NIÑOS CON AUTISMO NOS NECESITAN</p>
<p>SALIDA: ESTUDIO LOC1.CAM.PM: OSWALD</p>	<p>LUEGO DE VER COMO ESTOS NIÑOS LLENOS DE CAPACIDADES POR MOSTRAR Y SUEÑOS POR CUMPLIR SUPERAN LOS OBSTÁCULOS DE UNA CONDICIÓN PSICOSOCIAL, NOS PREGUNTAMOS ¿PUEDEN NUESTRA ACEPTACIÓN Y NUESTRO ENTENDIMIENTO AYUDARLES EN EL ALCANCE DE SUS METAS? GRACIAS POR SU ATENCIÓN Y SERÁ HASTA UNA PRÓXIMA OPORTUNIDAD, AQUÍ EN BIENESTAR INFANTIL</p>

5.9.2 Guión Técnico

<p>Tapa D:00:00:00:00 H:00:00:01:00</p>	<p>LOGO UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA</p>
<p>Fondo blanco y en letras negras D:00:00:02:00 H:00:00:03:00</p>	<p>LA ESCUELA DE COMUNICACIÓN SOCIAL</p>
<p>Fondo blanco y en letras negras D:00:00:03:00 H:00:00:04:00</p>	<p>PRESENTA</p>
<p>Logo Bienestar Infantil Música: “Dos Secretos” Versión acústica de Viniloversus. Disco: El día es hoy (2008) D:00:00:04:00 H:00:00:14:00</p>	
<p>Loc1 en Cam Oswald D:00:00:14:00 H:00:00:38:00</p>	<p>HOLA QUÉ TAL AMIGOS SEAN BIENVENIDOS A OTRA ENTREGA DE BIENESTAR INFANTIL, HOY LES TRAEMOS UN TRABAJO ESPECIAL ACERCA DE UNA CONDICIÓN DE VIDA Y UNA FORMA DE SER DISTINTA A LA QUE MUCHOS CONOCEMOS; SE TRATA DEL MUNDO DE UN GRUPO DE NIÑOS QUE INMERSOS DENTRO DE SU REALIDAD NOS DEMUESTRAN QUE, SER DIFERENTE ES UNA OPCIÓN. ACOMPañEMOS A NUESTRAS ENVIADAS ESPECIALES NATALY Y MARÍA EN SU TRABAJO INVESTIGACIÓN SOBRE EL ESPECTRO AUTISTA</p>
<p>Tapa: Una pieza por descubrir Música: “Dos Secretos” Versión acústica de Viniloversus. Disco: El día es hoy (2008) D:00:00:39:00 H:00:00:43:00</p>	<p>Imagen de un rompecabezas</p>

<p>Toma apoyo Gabriel Báez haciendo una actividad D:00:00:44:00 H:00:00:45:00</p>	
<p>Entrevista 1 Gabriel Báez D:00:00:46:00 H:00:00:52:00</p>	<p>YO TOCO VIOLÍN, GUSTAVO TOCA VIOLA Y MELANI TOCA CHELO</p>
<p>OFF 1 Nataly Toma Gabriel tocando el violín y cartelera de CEDIAD D:00:00:52:00 H:00:01:00:00</p>	<p>GABRIEL FORMA PARTE DE LA ORQUESTA SINFÓNICA DE INFANTIL. Y COMO ÉL DECENAS DE NIÑOS HOY EN DIA SON DIAGNOSTICADOS CON ESPECTRO AUTISTA</p>
<p>Loc2 en Cam María Rosales D:00:01:01:00 H:00:01:19:00</p>	<p>NOS ENCONTRAMOS DESDE EL CENTRO DE EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE LAS ALTERACIONES DEL DESARROLLO, CEDIAD, UNA ORGANIZACIÓN SIN FINES DE LUCRO CREADA EN SEPTIEMBRE DE 2004, ENCARGA DE EVALUAR, DIAGNOSTICAR Y BRINDAR ASISTENCIA TERAPEÚTICA EDUCATIVA A LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON AUTISMO Y SÍNDROME DE ASPERGER</p>
<p>OFF 2 Nataly Toma Margie García hablando. Docentes realizando su labor. Imágenes día mundial del autismo D:00:01:20:00 H:00:01:48:00</p>	<p>CEDIAD NACIÓ DE LA MANO DE LA LIC MARGGIE GARCÍA, QUEIN EN COMPAÑÍA DE UN GRUPO DE ESPECIALISTAS HA CONTINUADO LA LABOR DE LA FUNDACIÓN NUEVO DIA PARA PRESTAR ATENCIÓN PSICO EDUCATIVA A LOS NIÑOS CON TRASTORNOS DEL DESARROLLO.</p>

	<p>CADA DOS DE ABRIL SE CELEBRA EL DIA MUNDIAL DEL AUTISMO, UN TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO QUE NO ENTRA EN LA CATEGORÍA DE ENFERMEDAD POR NO TENER CURA, SIN EMBARGO PUEDE SER TRATADO POR LOS EXPERTOS.</p>
<p>Loc3 en Cam Nataly D:00:01:48:00 H:00:02:09:00</p>	<p>EL PRIMER CASO DE AUTISMO FUE DESCUBIERTO POR EL PSIQUIATRA AUSTIACO LEO KANNER, EN 1938, CUANDO EVALUÓ A UN NIÑO DE DOS AÑOS Y MEDIO DE EDAD QUIEN PODÍA NOMBRAR TODOS LOS PRESIDENTES DE ESTADOS UNIDOS PERO ERA INCAPAZ DE RELACIONARSE Y JUGAR CON OTROS NIÑOS.</p> <p>ES HASTA 1943 CUANDO EL MISMO KANNER ACUÑÓ EL TÉRMINO AUTISMO INFANTIL PRECOZ, PARA DEFINIR ESTA ALTERACIÓN DEL DESARROLLO.</p>
<p>OFF 3 Nataly Tomas de niña que es ignorada por los padres Extraído del videoclip “Because of you” de Kelly Clarkson. Disco: Breakaway (2006)</p> <p>D:00:02:10:00 H:00:02:22:00</p>	<p>EN SUS PRIMERAS INVESTIGACIONES KANNER ATRIBUYÓ LA APARICIÓN DEL AUTISMO A UNA FALTA DE AFECTO POR PARTE DE LOS PADRES DURANTE EL PROCESO DE LA CRIANZA. Y LLEGÓ A DENOMINARLOS “PADRES CONGELADORES</p>
<p>Loc3 en cam Nataly D:00:02:23:00 H:00:22:31:00</p>	<p>HOY EN DÍA LA TEORÍA QUE COBRA MAYOR FUERZA ES LA QUE EXPLICA QUE EL AUTISMO ES UNA PATOLOGÍA DE CAUSA MULTIFACTORIAL ASOCIADA A LOS EFECTOS DE CIERTOS AGENTES AMBIENTALES.</p>

<p>OFF 4 Nataly Imágenes de niños con autismo, madre embarazo, niños vacunandose</p> <p>D:00:02:32:00 H.00:03:00:00</p>	<p>SEGÚN LA FEDERACIÓN IBEROAMERICANA PARA LA INVESTIGACIÓN Y TRATAMIENTO BIOMÉDICO DE LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO, LA INGESTA Y EL CONTACTO DIRECTO DE LA MADRE DURANTE LA GESTACIÓN CON MATERIALES PESADOS Y AGENTES QUÍMICOS ES DETERMINANTE EN LA APARICIÓN DEL ESPECTRO AUTISTA.</p> <p>ASIMISMO, LA ETIOLOGÍA U ORIGEN DEL TRASTORNO ESTÁ RELACIONADO CON EL ABUSO DE ANTIBIÓTICOS Y LA CARGA VIRAL DE ALGUNAS VACUNAS INFANTILES, ESPECÍFICAMENTE LAS QUE CONTIENEN TIRAMISOL.</p>
<p>Entrevista 2 Lic. Margie García Directora de CEDIAD</p> <p>D:00:03:01:00 H.00:03:18:00</p>	<p>DESDE: HACEMOS EL DIAGNÓSTICO HASTA: ESTE USO DE VITAMINAS</p>
<p>Loc3 en cam Nataly</p> <p>D:00:03:19:00 H:00:03:31:00</p>	<p>UNO DE LOS FACTORES MÁS DETERMINANTES EN EL TRATAMIENTO DEL AUTISMO, SON LAS TERAPIAS. CEDIAD UNA DE LAS 4 INSTITUCIONES EN TODO EL PAÍS QUE PRESTA ASISTENCIA A NIÑOS Y ADOLESCENTES AUTISTAS, CUENTA CON UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO QUE LES PRESTA SU ATENCIÓN</p>
<p>Entrevista 3 Irene Rodríguez Terapista conductual Con tomas mientras realiza su trabajo</p> <p>D:00:03:32:00 H:00:04:42:00</p>	<p>DESDE: ES LA TERAPIA ABA HASTA: CUANDO NO LA HAY</p>

<p>Entrevista 4 Mirtha Sojo Psicopedagoga D:00:04:43:00 H:00:05:16:00</p>	<p>DESDE: LA PARTE DE LA PSICOPEDAGOGÍA HASTA: LAS CARACTERÍSTICAS QUE ÉL TENGA.</p>
<p>OFF 6 Nataly Tomas de apoyo de un niño con autismo realizando actividades de aula con la docente D:00:05:17:00 H:00:05:30:00</p>	<p>EN CONJUNTO, TERAPEUTAS DE LENGUAJE, PSICOPEDAGOGAS Y DOCENTES DE AULA TRABAJAN POR UN FIN COMÚN: EL BIENESTAR Y DESARROLLO PAULATINO DEL NIÑO AUTISTA, QUIEN CON LA DEBIDA ATENCIÓN LLEGARÁ A CUMPLIR SUS METAS</p>
<p>Entrevista 5 Niño con autismo: Luis David Álamo Da Silva D:00:05:31:00 H:00:05:55:00</p>	<p>DESDE: LORENA: ¿CÓMO TE LLAMAS TÚ? HASTA: ESTÁS EN CEDIAD</p>
<p>OFF 7 Nataly Toma de Luis David D:00:05:56:00 H:00:06:02:00</p>	<p>LUIS DAVID POSEE AUTISMO MODERADO Y GRACIAS A LAS TERAPIAS YA RECONOCE A LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA.</p>
<p>Loc 2 en cam María D:00:06:03:00 H:00:06:16:00</p>	<p>EL ESPECTRO AUTISTA ES DIAGNOSTICADO DURANTE LOS PRIMEROS TRES AÑOS DE VIDA E INCLUYE DIFICULTADES EN EL LENGUAJE, Y EN LA CAPACIDAD EN ENTABLAR RELACIONES SOCIALES HECHOS QUE CONLLEVAN AL AISLAMIENTO.</p>

<p>Entrevista 2 Lic Margie García D:00:06:17:00 H:00:06:46:00</p>	<p>DESDE: CUANDO HABLAMOS DE AUTISMO</p> <p>HASTA: ALTERADOS LOS SENTIDOS.</p>
<p>Loc 2 en cam María D:00:06:47:00 H:00:07:05:00</p>	<p>COMO PADRES Y REPRESENTANTES EL RASGO FÍSICO QUE DESPIERTA MAYOR INQUIETUD ES VER COMO A PARTIR DEL PRIMER AÑO DE VIDA, EL NIÑO NO PRONUNCIA PALABRA ALGUNA. LOS PROGENITORES BUSCAN ASISTENCIA MÉDICA Y EN LA OBSERVACIÓN CLÍNICA LA FALTA DE ELENQUAJE LE PERMITE AL EXPERTO SOSPECHAR DE LA PRESENCIA DEL AUTISMO</p>
<p>Entrevista 6 Terapista de Lenguaje Cecilia García con tomas mientras realiza su terapia a una niña D:00:07:06:00 H:00:07:40:00</p>	<p>DESDE: OJOS AL OTRO NIÑO</p> <p>HASTA: INTERACTUAR CON OTROS NIÑOS.</p>
<p>Loc 2 en cam María D:00:07:41:00 H:00:07:51:00</p>	<p>CONJUNTAMENTE AL AISLAMIENTO SOCIAL Y A LA CARENCIA DE LENGUAJE, COEXISTEN OTROS SIGNOS DE INTERÉS QUE SON TOMADOS EN CONSIDERACIÓN PARA DIAGNOSTICAR A UN NIÑO COMO PACIENTE CON ESPECTRO AUTISTA</p>
<p>Entrevista 7 Violeta López Jefa del Dep. de Evaluación D:00:07:52:00 H:00:08:30:00</p>	<p>DESDE: QUE DEPENDIENDO DEL NIÑO..</p> <p>HASTA: NIVELES DE FUNCIONAMIENTO</p>

<p>Loc 3 en cam Nataly D:00:08:31:00 H:00:08:43:00</p>	<p>PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS CON AUTISMO ES NECESARIO CUMPLIR CON UNA SERIE DE INDICACIONES QUE INTEGRAN EL TRATAMIENTO. DENTRO DE ÉL SE ECNUENTRAN CUATRO (4) COMPONENTES BÁSICOS QUE SON LA DIETA, LAS VITAMINAS, EL ROL DE LA FAMILIA Y LAS TERAPIAS</p>
<p>OFF 8 Nataly Imágenes de niño comiendo, cereales, quesos, pastas, dulces, niño con un vaso de leche, doctor , bebé D:00:08:44:00 H:00:09:07:00</p>	<p>LAS RESTRICCIONES ALIMENTICIAS INCLUYEN UNA DIETA LIBRE DE GLUTEN Y CASEÍNA QUE SON COMPUESTOS LOCALIZADOS PRINCIPALMENTE EN LAS HARINAS DE TRIGO Y LOS LÁCTEOS. PARTE DE LOS ALIMENTOS RESTRINGIDOS SON: CEREALES, PASTAS DE SÉMOLA, MALTA, SALCHICHAS, DULCES CAFÉ Y EN ESPECIAL LECHE Y QUESO.</p>
<p>Loc 2 en cam María D:00:09:08:00 H:00:09:17:00</p>	<p>AL IGUAL QUE OCURRE CON OTROS TRASTORNOS Y ALTERACIONES GENERALIZADOS DEL DESARROLLO, EL AUTISMO NECESITA DEL CUARTO COMPONENTE TERAPEÚTICO, LA FAMILIA.</p>
<p>Entevista 8 Lorena Barreto Docente D:00:09:18:00 H:00:09:43:00</p>	<p>DESDE: EL PAPEL DE LOS PADRES ES IMPORTANTE EN TODO NIVEL... HASTA: CONJUNTAMENTE CON NOSOTROS PARA LOGRAR UN BUEN DESARROLLO.</p>
<p>Loc 3 en cam Nataly D:00:09:44:00 H:00:09:48:00</p>	<p>NIÑOS DIFERENTES PERO NO POR ESO MENOS VALIOSOS, PEQUEÑOS QUE DÍA A DÍA VIVEN DENTRO DE SU PROPIO MUNDO.</p>

<p>Loc 2 en cam María D:00:09:49:00 H:00:09:54:00</p>	<p>CON LARGOS Y PROFUNDOS SILENCIOS QUE NOS PIDEN A GRITOS COMPRENSIÓN Y UN POCO DE AYUDA PARA FORMAR JUNTOS UN SOLO UNIVERSO</p>
<p>Loc 3 en cam Nataly D:00:09:55:00 H:00:09:58:00</p>	<p>LOS NIÑOS CON AUTISMO NOS NECESITAN.</p>
<p>Loc 1 en cam Oswal Música: “Dos secretos” versión acústica de Viniloversus. Disco: El Día es hoy (2008) D:00:09:55:00 H:00:10:17:00</p>	<p>LUEGO DE VER COMO ESTOS NIÑOS LLENOS DE CAPACIDADES POR MOSTRAR Y SUEÑOS POR CUMPLIR SUPERAN LOS OBSTÁCULOS DE UNA CONDICIÓN PSICOSOCIAL, NOS PREGUNTAMOS ¿PUEDEN NUESTRA ACEPTACIÓN Y NUESTRO ENTENDIMIENTO AYUDARLES EN EL ALCANCE DE SUS METAS? GRACIAS POR SU ATENCIÓN Y SERÁ HASTA UNA PRÓXIMA OPORTUNIDAD, AQUÍ EN BIENESTAR INFANTIL</p>
<p>Logo Bienestar Infantil Música: “Dos secretos” versión acústica de Viniloversus. Disco: El Día es hoy (2008) D:00:10:17:00 H:00:10:26:00</p>	
<p>Fondo de varios colores Con sonido D:00:10:27:00 H:00:10:30:00</p>	
<p>Bloopers D:00:10:30:00 H:00:11:02:00</p>	

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

El estudio o investigación teórica permitió conocer cómo es la producción de un reportaje audiovisual para televisión, específicamente en el área de la salud, lo que ayudó a que se cumplieran los objetivos específicos de este Trabajo de Grado. Igualmente se pudieron conocer los requerimientos y equipos apropiados para cada etapa de la producción, con la intención de ejecutar el proyecto.

Con base en los resultados obtenidos del instrumento de recolección de datos utilizado en este Trabajo Especial de Grado, como lo fue la entrevista abierta, aplicada a la muestra, se determinó la carencia de reportajes televisivos venezolanos sobre padecimientos que afectan a los niños menores de ocho años, a fin de orientar a padres y representantes sobre prevención y atención especial infantil.

En conjunto, investigación e instrumento de recolección de datos aplicado en este Trabajo Especial de Grado, como todo el desarrollo de la producción del seriado Bienestar Infantil, reafirmaron que la propuesta es una vía comunicacional informativa y de atractivo visual para la sensibilización humana. Además favorece el acercamiento entre padres e hijos, en la medida en que los primeros contribuyen en los tratamientos asignados por los expertos.

Por la extensión en el número de reportajes propuestos para crear un seriado, se consideró oportuno la asignación de un nombre sencillo a la serie, Bienestar Infantil, pues abarca la idea central contribuir a estabilidad y buen estado físico y mental de los niños. El logo se realizó considerando colores y formas didácticas que representen a la población infantil.

Para la presentación de la estructura del seriado se procedió a elaborar un reportaje piloto “**Una pieza por descubrir**”, acerca del Espectro Autista, como modelo de producción para el resto de las temáticas sugeridas en materia de enfermedades y alteraciones del desarrollo en niños de tres a ocho años de edad.

Este Trabajo Especial de Grado, nos ayudó a explorar las bondades de la televisión para la concienciación social frente al tema de la salud y los cuidados que requieren los niños no sólo cuando contraen una enfermedad, sino también cuando padecen alguna alteración del desarrollo que más allá del físico afecta el estilo de vida y las capacidades psicosociales del niño.

Recomendaciones

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación y con base en las conclusiones se recomienda:

Estimular la investigación y divulgación de información concerniente a la situación de salud infantil en Venezuela, así como de las instituciones donde los padres pueden llevar a sus hijos para que las alteraciones del desarrollo sean diagnosticadas y tratadas a tiempo, por tratarse de condiciones especiales.

De igual forma, se sugiere emplear reportajes cortos pero de profundidad, como lo es el de tipo interpretativo para la mejor contextualización de los padecimientos físicos y psicosociales que afectan a los niños menores de ocho años; añadiéndole otros géneros periodísticos según lo amerite la temática.

Se propone realizar futuras investigaciones sobre esta temática de los reportajes audiovisuales para televisión y su uso para la sensibilización venezolana ante una cultura preventiva y de concienciación social.

Por último, el Marco Teórico y la estructura de nuestra propuesta, para la producción de un reportaje audiovisual, constituyen un modelo para la ejecución de este tipo de materiales televisivos.

REFERENCIAS

Fuentes Bibliográficas:

- Adorno, T; Holzer H, Esslin M, Esteva G, Mattelart A, Cremoux R, Vezquez M, Garcia G, Wimer J. (1976). **El Estado y la Televisión**. Editorial Nueva Política. México: D.F.
- Aguirre, A; Bisbal, M. (1998). **El Consumo Cultural del Venezolano**. Caracas, Fundación Centro Gumilla - Consejo Nacional de la Cultura.
- Alvares, R. (1998). **Salud pública y Medicina preventiva**. Segunda Edición. Editorial Manual Moderno S.A México Distrito Federal.
- Aragón, L. (2001). **Hacia una teoría conductual de la dislexia**. México: Editorial Trillas
- Arias, F. (2006). **El proyecto de investigación: Introducción a la mitología científica**. 5ta edición. Caracas. Editorial: Episteme.
- Balestrini, M (2001). **Cómo se elabora un proyecto de investigación**. BL Consultores Asociados. Servicio Editorial. Caracas, Venezuela
- Barroso J. (2008). **Realización audiovisual**. Editorial Síntesis. Madrid – España.
- Barroso J. (1996). **Realización de los géneros televisivos**. Editorial Síntesis. Madrid – España.
- Benjamín, L. (1987). **El asma y su terapéutica**. Editorial Panapo.
- Bettelheim, B. (1967). **La fortaleza vacía**. Editorial Paidós.
- Brito, D. (2001). **La Reforma de Salud en Venezuela**. Caracas, Venezuela: Fundación Polar.
- Cantavella, J; Serrano, J. (2004). **Redacción para Periodistas: Informar e Interpretar**. Barcelona, España. Editorial Ariel.
- Cañizales, A (1991). **Los medios de comunicación social**. Editorial Centro Gumilla. Caracas – Venezuela.
- Del Río, J. (1978). **Periodismo interpretativo: El reportaje**. México: Editorial Época.
- Del Río (1997) (1997). **Periodismo Interpretativo. El Reportaje**. Editorial Época
- Díez N, (1969). **Sociología entre el funcionalismo y la dialéctica**. Editorial Guadiana de Publicaciones S,A. Madrid – España.
- Diccionario Mosby de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud (2002). Sexta Edición. Elsevier Science. España.
- Galindo C. (1998). **Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación**. Compilación. México. Editorial: Addison Wesley Longman
- González, J (1994). **Televisión y comunicación: Un enfoque práctico**. Primera edición. Longman de México editores. México.
- Grú, K; Pereira, M (1996). **Actualización en síndromes autistas y otros trastornos del desarrollo**. Desarrollando destrezas sociales en autistas: Vol 8. N°1. Caracas, Fundación Paso a Paso.

- Guber, R. (2001). **La etnografía: método, campo y reflexibilidad**. Colombia. Editorial Norma.
- Harrison, T. (2005). **Principios de medicina interna**. España. McGraw- Hill. 16ava edición.
- Hernández, G. (2008). **Aprender a ver televisión en la escuela**. (1ra ed.). Venezuela: Monteávila Editores Latinoamérica C.A.
- Hernández, R. (2010). **Metodología de la Investigación**. (5ta ed.). D.F, México: Mc Graw Hill.
- Kemp J, (1973). **Planificación y producción de materiales audiovisuales**. Segunda edición. Editorial Representaciones y Servicios de Ingeniería S, A. México
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). **Investigación del comportamiento: Métodos de Investigación en Ciencias Sociales**. Editorial McGraw-Hil México
- León, O. G. y Montero, I. (2003). **Métodos de investigación en Psicología y Educación**. (3ª ed.). Madrid: McGraw-Hill
- Lewis, Carolyn (1994). **El Reportaje por Televisión**. México: Publigráficos S.A.
- Ley Orgánica de Telecomunicaciones** (2000). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Número 36.970 del 12 de junio de 2000
- Maza, M. (1994). **Guión para medios audiovisuales, cine radio y televisión**. (1ra ed.). México: Editorial Logman.
- Mifsud T, (1985) **El pensamiento de Jean Piaget sobre la Psicología Moral: presentación crítica**. Editorial Limusa. México D.F.
- Morín M (2005). **Metodología de la Investigación**. México. Editorial Me Graw Hill, Tercera Edición.
- Parella,S. y Martins,F. (2003).**Metodología de la investigación cuantitativa**. Fondo Editorial de la UPEL, (FEDEUPEL) Caracas: Venezuela.
- Pasquali, A. (1980). **Comunicación y Cultura de Masas**. Editorial Monteávila
- Pérez I, Martínez M, (1986). **Nutrición y diarrea aguda**. Editorial Equinoccio. España.
- Piaget J, Inhelder B, Premack D, Woodruff G, Perner J, Leekam S, Wimmer H. (1997). **Construir una mente**. Editorial Paidós. Barcelona, España.

Pueschel, S. (2002). **Síndrome de Down. Hacia un futuro mejor.** España. 2da Edición.

Ramírez, C (Sin Fecha). **Guías de clases: Periodismo Televisivo.** Escuela de Comunicación Social. Universidad Católica Andrés Bello. Caracas – Venezuela.

Ramírez, T. (1999). **Como hacer un proyecto de investigación.** Guía Práctica. Caracas: Editorial Panapo de Venezuela.

Ritzer, G (2001). **Teoría sociológica clásica.** Quinta edición. Editorial McGraw Hill. Madrid - España.

Ritzer, G (2002). **Teoría sociológica moderna.** Quinta edición. Editorial McGraw Hill. Madrid - España.

Sabino, C. (1987). **Cómo hacer una tesis.** Caracas, Venezuela: Editorial Panapo.

Sabino, C. (1991). **El proceso de investigación.** Caracas, Venezuela: Editorial Panapo.

Schaefer R, (2006). **Introducción a la sociología.** Sexta edición. Editorial Mc Graw Hill. Madrid – España.

Simpson R, (1999). **Manual práctico para producción audiovisual.** Editorial Gedisa. Barcelona – España.

Tamayo, M. (2001). **Metodología formal de la investigación científica.** Segunda edición. Editorial Limusa. México D,F

Universidad Pedagógica Experimental Libertador. (2002). **Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales.** Caracas. Editorial: FEDUPEL.

Valdivieso, L. (Sin fecha). **Guía de clases: Reportaje Audiovisual.** Escuela de comunicación Social. Universidad Católica Andrés Bello. Caracas – Venezuela.

Vivaldi, M. (1987). **Géneros periodísticos.** Madrid, España. 4ta Edición.

Viya, M. (1994). **El director de televisión.** (1ra ed.). México: Editorial Trillas

Wagner F. (1972). **La televisión, técnica y expresión dramática.** (1ra ed.). Barcelona: Editorial Labor S.A.

Yorke I. (1990). **Principios básicos del reportaje televisivo.** Primera edición. Ediciones IORTV. España.

Fuentes Electrónicas:

- Asociación Española Síndrome de Rett. Síndrome de Rett. [Página web en línea] [Fecha de consulta 11/10/2011]. Disponible en <http://www.rett.es/queesrett.asp?cod=62>
- Benguigui, J. (2007). Investigaciones sobre otras causas de enfermedad y problemas de salud en los niños. [PDF en línea] [Fecha de consulta: 30/04/2011]. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/aiepi-27-8.pdf>
- Benguigui, J. (2007). Investigaciones sobre otras causas de enfermedad y problemas de salud en los niños. [PDF en línea] [Fecha de consulta: 30/04/2011]. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/aiepi-27-8.pdf>
- Canal Down 21. (2005). Síndrome de Down. [Página web en línea] [Fecha de consulta 27/08/2011] Disponible en <http://www.down21.org/salud/diagnosticos/maindiag.htm>
- Cenave. [Página web en línea]. [Fecha de Consulta 30/08/2011]. Disponible en <http://www.cenave.gob.mx/dengue/default.asp?id=41>
- Cererols, R (s.f). Descubrir el Asperger. [PDF en línea]. [Fecha de consulta 24/08/2011]. Disponible en <http://www.psicodiagnosis.es/downloads/asperger-espa.pdf>
- Dmedicina. (2009). La diabetes. [Página web en línea]. [Fecha de consulta 14/08/2011] Disponible en <http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/diabetes>
- Díez A, y et al. (2005). Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. [PDF en línea]. [Fecha de consulta: 05/06/2011]. Disponible en http://www.psicomed.net/articulos/diag_autismo.pdf
- Dugdale, D. (2011). Translocación. [Página web en línea]. [Fecha de consulta 24/08/2011] Disponible en http://www.umm.edu/esp_ency/article/002330.htm
- Fanjul, P. (2008). La importancia de la Comunicación no Verbal en la configuración de la Imagen Corporativa. . Revista de Comunicación y Nuevas Tecnologías. [PDF en línea]. [Fecha de consulta: 15 de marzo de 2011]. Disponible: <http://www.icono14.net/revista/num11/141104.pdf>
- Gayán, J. (2001). La evolución del estudio de la dislexia. Anuario de psicología. Vol 32. [PDF en línea]. [Fecha de consulta 2/09/2011]. Disponible en <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61563/88426>
- Hernández, A. El Proyecto Factible como Modalidad en la Investigación Educativa. (UPEL-IPRGR). [PDF en línea]. [Fecha de consulta: 15/04/2011]. Disponible en: <http://www.ucla.edu.ve/dmedicin/departamentos/medicinapreventivasocial/SEB/investigacion/factible.pdf>
- Linca. (2010). Autismo. [Página web en línea]. [Fecha de consulta 02/04/2011]. Disponible en : <http://www.linca.org/Tratamiento.html>

Medline Plus. Diábetes. Enciclopedia médica. [Página web en línea]. [Fecha de consulta 14/08/2011]. Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/aboutmedlineplus.html>

Medline Plus. Ecografía abdominal- Enciclopedia médica. [Página web en línea]. [Fecha de consulta 14/08/2011]. Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003777.htm>

Medline Plus. Síndrome de Asperger. Enciclopedia médica. [Página web en línea]. [Fecha de consulta 12/08/2011]. Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001549.htm>

Moles, A. (1986). Modelos teóricos de comunicación. [Página web en línea]. [Fecha de consulta 3 de febrero de 2011]. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos5/modte/modte.shtml>

Organización Mundial de la Salud. (2009). Dengue y Dengue Hemorrágico. [Página web en línea]. [Fecha de consulta 23/08/2011]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2004). Tratamiento Clínico de la Diarrea Aguda. [PDF en línea]. [Fecha de consulta 2/09/2011] Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_FCH_CAH_04.7_spa.pdf

Pinto, M (2006). Géneros Televisivos. [Página web en línea]. [Fecha de consulta 15 de marzo de 2011]. Disponible en <http://www.who.int/peh-emf/research/agenda/es/index.html>

ANEXOS

ANEXO A:

Entrevista abierta

1.- De los siguientes grupos por rango de edad, ¿Cuál considera UD es el más propenso a contraer una enfermedad o a mostrar signos de alguna alteración o trastorno del desarrollo?

0 – 3 años _____

4 – 07 años _____

2.- Como especialista en niños, podría decirnos ¿Cuáles son las enfermedades más comunes en niños de tres a ocho años de edad?

3.- ¿Cuáles son las alteraciones o trastornos del desarrollo más frecuentes en niños de tres a ocho años de edad?

4.- A su juicio, es la televisión el medio idóneo para difundir información en el área de la salud infantil? ¿Por qué?

5.- ¿Conoce UD algún programa de reportajes para la televisión que se encargue de orientar a los padres y representantes sobre las enfermedades y alteraciones del desarrollo que afectan a los niños menores de ocho años de edad? ¿Cuáles?

6.- ¿Cree UD que un reportaje semanal en televisión sobre alguna enfermedad o alteración del desarrollo en los niños podría orientar a padres y representantes sobre estos padecimientos y sus consecuencias? ¿Por qué?

ANEXO B:

Fuentes Informativas

Tipo de Fuente:	Personales	Documentales	Bases de Datos	Revistas Especializadas
Agencias de Información	Associated Press (Estados Unidos) (http://www.ap.org) Reuters (América, Asia, Europa/Medio Este y África, Alemania y Reino Unido) (http://about.reuters.com/media/) EFE (España) (http://www.efe.es)			
Manuales de Referencia: Dictionarios		Diccionario de la Lengua Española/Real Academia Española. 22ed, Madrid, España, 2001 Diccionario General de Sinónimos y antónimos: Lengua Española, José Manuel Blecua, Barcelona, 1999		
Manuales de Referencia: Enciclopedias		Gran Enciclopedia Larousse. Barcelona. Planeta. Gran Larousse Universal. Barcelona. Plaza & Janés, 1995		
Bases de Datos: Numéricos			Instituto Nacional de Estadística (INE) (http://www.ine.es/) Centro de Investigaciones Sociológicas: (http://www.cis.es)	
Bases de Datos: Portales para periodistas			Periodistadigital.com (http://www.periodistadigital.com/) Periodismo científico	

Fuente: Cantavella y Serrano