



Educaguía  
.com

# ATENCIÓN TEMPRANA

## V. INTERVENCIONES TÉCNICAS EN AT

## V . INTERVENCIONES TÉCNICAS EN AT

### Introducción del tema

El funcionamiento de un Centro de Atención Temprana exige para el cumplimiento de sus objetivos contar con los profesionales con la titulación o cualificación adecuada para el ejercicio de las diferentes funciones que en ellos se recogen. Los recursos humanos, van a depender también de la capacidad presupuestaria que cada Centro tenga; no obstante, se dan unas funciones básicas que recogeremos y analizaremos de una manera breve, (al ser este un curso de iniciación ) para ver y entender el perfil que se necesita para llevar a cabo este trabajo.

El funcionamiento de un Centro de Atención Temprana exige para el cumplimiento de sus objetivos una metodología determinada basada en la programación coordinada. La **programación se define como** la “identificación y especificación de objetivos y de sus correspondientes actividades, así como, asignación de recursos humanos y materiales, teniendo en cuenta las limitaciones de tiempo y presupuesto”. También incluye las técnicas metodológicas idóneas a aplicar y los procedimientos de evaluación y seguimiento de los logros.

Los programas, desde su enfoque individual, implican la elaboración de un diseño de actuación específico con objetivos y pautas adaptadas a cada niño en cada una de las áreas del desarrollo evolutivo: prerrequisitos de aprendizaje, motricidad, cognición, comunicación, sociabilidad y conducta adaptativa y autonomía personal. Estos programas se trabajarán de forma directa con el niño en el Centro con una periodicidad a determinar en cada caso, y mediante la información y formación familiar para su aplicación en el entorno natural del niño. Del mismo modo en los casos que se considere conveniente se desarrollarán programas específicos de intervención con la familia.

Teniendo en cuenta que, como alumnos de este curso, muchos no trabajaréis directamente en los Centros de A.T, sí es necesario que conozcáis cuál es su funcionamiento y el perfil profesional básico de dichos profesionales, sin profundizar en cada uno pues eso sería temario de un curso específico de cada especialidad. En este tema, veremos el trabajo de los logopedas, fisioterapeutas, psicólogos ó psicopedagogos y estimuladores. Como mencionamos con anterioridad, son muchos los Centros que cuentan con más profesionales, como por ejemplo, psicomotricistas o trabajadores sociales o médicos rehabilitadores. En el caso de aquellos Centros que no reúnen recursos económicos suficientes como para tener dichos profesionales dentro del Equipo, las labores de coordinación externa, se vuelven más fuertes si cabe , llevando a cabo los casos de manera conjunta con el hospital de la zona, fundamentalmente para que tanto las familias como los niños reciban dicha asistencia si es necesaria ; de este modo, si el Centro no cuenta con trabajadores sociales, se establecerá contacto de manera extrema con los correspondientes de Ayuntamiento o Sanidad, y así con todos los necesarios.

## ATENCIÓN TEMPRANA

Vamos a dar paso de una manera muy escueta ( repito ) al análisis de los diferentes profesionales centrándonos, como en el resto del temario en el primer año de vida del bebé.

### La intervención logopédica en Atención Temprana:

Los principales objetivos de la intervención logopédica en la A.T son :

- ✚ La intención comunicativa
- ✚ La estructuración de la comunicación
- ✚ La expresión comunicativa funcional

Esto se lleva a cabo mediante el estudio de la observación de las conductas prelingüísticas, éstas son:

#### 1. El llanto

Es el primer signo de vida, luego el primer signo de malestar y dolor. El logopeda, evaluará este signo, cómo es producido por el niño : si es débil, estridente, quejumbroso, constante, con espasmos de sollozo.. el llorar con fuerza exige una coordinación de la respiración que le prepara para la producción de sonidos.



En los niños pre-término, se denota un llanto débil o estridente constante, junto con hipertonia desarrollada.

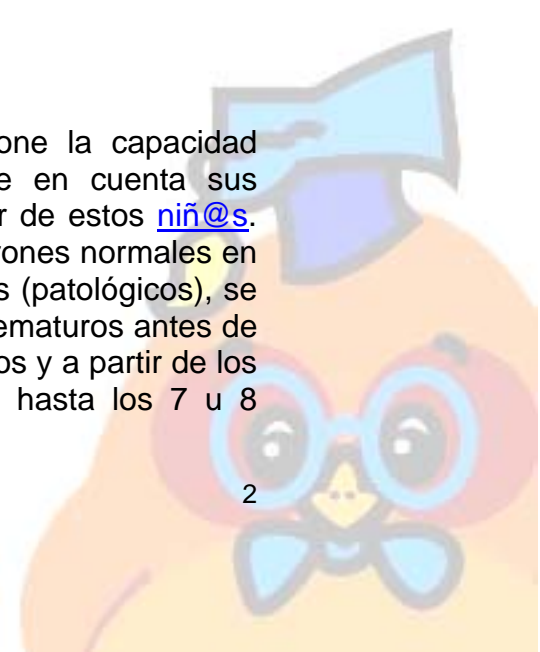
Los niños con crisis convulsivas o lesión cerebral, también tienen un llanto constante y estridente.

Los niños con problemas respiratorios o problemas neurológicos, presentan llanto en apnea, con espasmos de sollozo.

Un bebé de 5 meses, ya sólo utiliza el llanto como signo de dolor, pues tiene desarrolladas otras formas de comunicación. Esto, también nos sirve de signo de alarma en caso de alteraciones.

#### 2. Los movimientos corporales

Es otra de las conductas prelingüísticas y supone la capacidad motora del nuevo niño, por lo que deberán tenerse en cuenta sus posibilidades. Hay que tener en cuenta el tono muscular de estos [niños](#). Ver cómo se dirige a lo que le interesa: si al no tener patrones normales en sus reacciones posturales recurre a patrones sustitutorios (patológicos), se debe de posibilitar la corrección postural. Los grandes prematuros antes de los 3 meses de edad corregida suelen ser muy hipotónicos y a partir de los 3 meses, cambian a hipertónicos durando este patrón hasta los 7 u 8



meses aproximadamente. Tienen unos cambios de tono muy bruscos. También hay que tener en cuenta si se presentan asimetrías en los pliegues de brazos y piernas (se desarrollará en apartado de fisioterapia ) para ver si puede haber una afectación facial que provoque problemas de succión o de deglución atípica )

### 3. Las expresiones faciales

Es necesario tener en cuenta qué posibilidades tiene de poder expresar en cada situación su estado emocional:

#### LA SONRISA REFLEJA:

- + aparece en las primeras semanas de vida
- + aparece por excitación neurofisiológica ( descarga subcortical )



#### LA SONRISA SOCIAL:

- + se da entre las 6 semanas de vida a los 3 meses
- + es exógena, por acontecimientos externos: por ejemplo, estímulos táctiles (cosquilleo), el rostro humano, la mirada humana o la voz: timbre agudo.

#### LA SONRISA INSTRUMENTAL:

- + aparece sobre los 4 – 5 meses
- + La producen los bebés para provocar una respuesta social en otros.
- + Depende del desarrollo perceptivo – cognitivo – social y motor; en los niños ciegos, por ejemplo, la sonrisa refleja, social, e instrumental se encuentran igual pero es menos efusiva que la carcajada.

#### LA CARCAJADA:

- + aparece entre los 4 – 6 meses
- + primero, lo provocan los estímulos táctiles ( cosquilleo )
- + luego, los estímulos auditivos y visuales
- + aparece por algo, que sea contextualizado.
- +



También se convierte en un comportamiento instrumental.

## **EL ASOMBRO O LA SORPRESA:**

### **EI ENFADO O DISGUSTO**

Debe de observarse si el bebé responde al adulto; cómo el adulto responde a estas señales que emite el bebé y si se interpretan adecuadamente. En algunos niños estas expresiones van a ser escasas y poco diferenciadas y más difíciles de interpretar.

#### **4. El acoplamiento corporal**

Es la capacidad del bebé para acoplarse al cuerpo del adulto y viceversa; tenemos que tener en cuenta:

**El sostén:** cómo es sostenido, relajadamente, si ambos están cómodos. Los padres pueden encontrar las posturas cómodas para ambos. Antes del tratamiento, esto nos da información del nivel interactivo entre ellos.

**El diálogo tónico:** se da un proceso de asimilación y acomodación entre niño y adulto. Son signos emocionales que el adulto debe de interpretar.

**La adecuación de los ritmos respiratorios:** junto con los dos apartados anteriores, serán los puntos de referencia para llevar a cabo una buena observación de si existe un buen acoplamiento corporal entre los dos. Será fundamental para el desarrollo de un vínculo afectivo positivo y en los casos en los que los niños nacen con afectaciones importantes, muchas veces se ve alterado por miedo a no saber responder a sus demandas o por rechazo al acogimiento de los bebés. La capacidad de los padres nos va a indicar el grado de aceptación de la nueva situación. Todos los niños perciben la aceleración o relajación de los padres y éstos aprenden a “leer” entre líneas si le duele algo o si está incómodo. Son las primeras pautas imprescindibles de una buena comunicación. El distanciamiento físico, es la distancia física adecuada para poder percibir los estímulos. Debe de observarse la aproximación del adulto, el espacio interpersonal de cada niño, si presenta respuestas aversivas a la invasión y el punto óptimo de distanciamiento según la situación.

#### **5. La respuesta visual**

Se debe de detectar lo antes posible la existencia de problemas visuales, por ejemplo presencia de nistagmus (movimientos oculares incontrolados), estrabismo, incoordinación de los movimientos oculares o

## ATENCIÓN TEMPRANA

defectos de visión. Ver si el niño es capaz de fijar la mirada o de realizar seguimiento sobre los adultos y sobre los objetos. (Esto es muy importante pues puede deberse a problemas de visión o a problemas psicológicos o emocionales donde se evita el contacto con el entorno que les rodea. Este es un signo de alarma precoz de trastornos de comunicación.) Si se lleva a cabo la fijación en la edad correspondiente, debemos de analizar qué tipo de fijación se lleva a cabo: si es despierta, o no muy fascinada por el estímulo o directamente se produce una evitación de contacto visual.

Para lograr una atención correcta, el niño debe de captar el estímulo luminoso, habrá que valorar también el tiempo que atiende al estímulo, el seguimiento que hace del mismo: en qué arco, a qué distancia y a qué niveles de iluminación. No se debe de descuidar el enfoque: de cerca, de lejos ¿dónde consigue un mejor enfoque? Con 2 objetos uno lejos y otro cerca y ver cuál enfoca.

Pero, ¿cómo surge esta evolución en los bebés?

- ✚ Un R.N ve contrastes visuales;
- ✚ En las primeras semanas, el R.N enfocan a una distancia de 20 a 30 cms
- ✚ Hacia las 6 semanas se fija en los ojos de la madre
- ✚ Hacia el 3 mes, muestra atención a caras de frente
- ✚ A finales del 3 mes, sigue desplazamientos de la madre
- ✚ Hacia el 6º mes ya muestra interés por los objetos. Entre el 5º y el 6º mes está decidiendo entre los adultos y los objetos, cambiando alternativamente de interés.

*(Aunque estemos viendo la sección de logopedia, esta estimulación es necesaria para llevar a cabo una buena comunicación y será necesario evaluar mediante los distintos signos hasta ahora valorados, a modo de descartar problemas futuros a este respecto. )*

## 6. la respuesta auditiva

La detección lo más precoz posible de déficits auditivos para prótesis o implantes cocleares para iniciar una enseñanza especial para el lenguaje es fundamental. La reacción ante los sonidos, la búsqueda de la fuente del mismo, las preferencias por unos sonidos u otros así como la discriminación de sonidos, será básico y signos de alarma fundamentales a modo de derivar a un centro de evaluación específico de sordera. En la actualidad afortunadamente cada vez son más precoces las localizaciones en problemas auditivos. Será necesario valorar si emite sonidos, con qué frecuencia y en qué situaciones se dan, la potencia de las emisiones, el diálogo interpersonal que se lleva a cabo así como el feed-back o retroalimentación del sonido. Hay que tener en cuenta que un gran

## ATENCIÓN TEMPRANA

prematureo por ejemplo, tardará al menos 2 meses en emitir los primeros sonidos así como en niños con problemas de comunicación, no suele haber prosodias (variaciones en la melodía de la voz )

La evolución en la imitación de sonidos, se lleva a cabo de la siguiente manera:

- ✚ Vocalizan espontáneamente
- ✚ Emite sonidos cuando se le habla
- ✚ Emite sonidos, si un adulto los imita, el niño los vuelve a emitir ( feed-back )
- ✚ Imita sus propios sonidos
- ✚ Imita la tos ( hacia el 7 – 8 mes )
- ✚ Imita ciertas onomatopeyas de animales
- ✚ Imita los sonidos que pronuncia el adulto
- ✚ Imita una palabra silábica

No obstante, desde hace unos años en casi todos los Hospitales del país se lleva a cabo el screening auditivo en recién nacidos de alto riesgo cuando se den los siguientes signos de alarma:

## SCREENING AUDITIVO EN RECIÉN NACIDOS DE ALTO RIESGO

( JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING; 1992 )

1. Antecedentes familiares de hipoacusia neurosensorial
2. Certeza o sospecha de infección congénita ( TOCH )
3. Malformaciones congénitas craneofaciales
4. Peso al nacimiento inferior a 1.500 gramos
5. Hiperbilirrubinemia hasta cifras en sangre subsidiarias de exanguino-transfusión
6. Medicación ototóxica
7. Meningitis bacteriana
8. Depresión neonatal grave con Apgar inferior o igual a 3 al quinto minuto
9. Ventilación mecánica durante 10 o más días

## ATENCIÓN TEMPRANA

### 10. Estigmas o hallazgos asociados a síndromes que conllevan hipoacusia

La exploración auditiva, debe hacerse cuanto antes. Sólo en los pretérminos habrá que aguardar a que cumplan 40 semanas de edad postconcepcional.

### la evolución de las vocalizaciones: 0-12 meses

<b>1-2 meses:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ llantos</li><li>✚ gritos diversos</li><li>✚ diversos ruidos al succionar y deglutir</li></ul>
<b>3 meses:</b>	el adulto distingue los llantos y gritos del bebé: hambre, dolor o llamadas de atención. <b>BALBUCEO:</b> e,ee / a, aa / a, o / eeaeeh Brr. Gr..grv  Feed-back ( 6 meses )
<b>7-8 meses:</b>	comienza a cambiar consonantes y vocales : ya / ye / kooga / bee..  la mayoría de los sonidos no tienen que ver con el movimiento de la lengua
<b>10-11 meses:</b>	balbuceo gana en claridad y precisión e identifican la serie de sonidos producidos las vocalizaciones son más cortas y numerosas el control de la respiración es mejor producen las primeras repeticiones intencionales los sonidos que se oye a sí mismo y le agradan, los repite reproduce la entonación del adulto o prosodia



## 7. la succión

Es el resultado de la coordinación de los músculos: lengua, mandíbula y paladar blando. Cuando hay suficiente líquido, se retiene la respiración, se cierra el velo del paladar y la laringe y se pasa al esófago.



Tiene una doble función: por un lado, nutritiva ( el bebé es alimentado ), pero también de contacto afectivo emocional: contactos táctiles, visuales y auditivos.. el recién nacido, se limita a dormir y a comer, en la alimentación es cuando se relaciona con los demás. La alimentación debe ser un momento lo más placentero posible para los padres y para el bebé.

En los casos que, por diferentes motivos al niño se le coloca una sonda gasogástrica o nasogástrica, éste no moviliza los órganos orofaciales y si la situación perdura, estos se atrofian. No identifican la sensación de hambre.

## 8. los reflejos orofaciales

En las UAT, el logopeda evalúa además los reflejos orofaciales:

**ROOTING:** la estimulación de los cuatro puntos cardinales

**SUCCIÓN:** colocando el dedo índice sobre la lengua del niño éste debe de realizar el movimiento de succión. Si se presenta más allá de 6 meses, se presenta como conducta patológica

**BÚSQUEDA:** se estimula las mejillas del niño y éste mueve la cara hacia el lado estimulado ( presente entre 0 a 6 meses, más de 6 m. Patológico )

**BABKING:** se presionan las palmas de ambas manos del niño a la vez para producir una respuesta de apertura de boca “ boca pez”. Sin cambios de mímica facial. ( más de 6 semanas, patológico )

**ACÚSTICO FACIAL:** con un “clap” súbito el niño cierra los ojos. ( este reflejo no desaparece )

**ÓPTICO FACIAL:** al acercar la mano hacia los ojos del niño, la respuesta debe ser pestañear. (persiste durante meses )

**OJOS DE MUÑECA:** al mover el niño la cabeza, los ojos se mueven al mismo eje. ( desaparece a los 2-3 meses )

Otro de los aspectos que se trabajan en las Unidades por parte del logopeda (entre otros, recordamos que el argumento del temario no es la logopedia) es el estudio del mecanismo de la deglución, pues ésta, será fundamental para poder desarrollar un lenguaje correcto y debemos de recordar que después de los 9 meses de edad, es muy difícil de corregir. La deglución es fundamental para evitar el babeo, entre otros trastornos.

Por último, la evaluación de las praxias también se hace necesario para llevar a cabo cualquier programa de intervención logopédica. Es decir, la capacidad de mover el maxilar, la lengua, las praxias bucales, el tipo y modo de alimentación así como la capacidad sensitiva de la zona oral. Se descartarán además la existencia de fisuras (labial, palatina..) pues en caso de que existan, los problemas de alimentación van a depender del tipo de éstas. En casos de cirugía, también se tendrán en cuenta las estimulaciones táctiles, así como el análisis de degluciones atípicas o casos de hipersensibilidad orofacial.

### **La intervención del fisioterapeuta en Atención Temprana:**

Para poder hablar de la intervención fisioterápica en la Atención Temprana debemos primero saber:



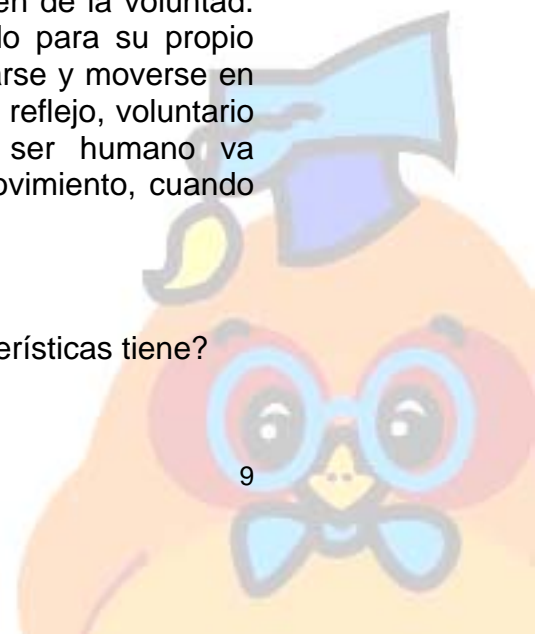
*¿qué es la fisioterapia?*

Es un conjunto de técnicas diversas puestas en activación a través del fisioterapeuta. Dichas técnicas se utilizan cuando el movimiento funcional de un niño está alterado, en forma total o parcial, en cantidad o en calidad. Este movimiento puede alterarse prenatalmente, perinatalmente y post-natalmente. El fisioterapeuta habilita esa función a través del profundo conocimiento de las diversas técnicas.

*¿qué es el movimiento?*

Es un fenómeno reflejo (innato ) realizado por un arco sensitivo motor, en un primer estadio, para luego depender también de la voluntad. El movimiento es esencial en todo animal y es utilizado para su propio desarrollo orgánico. Este movimiento le permite desplazarse y moverse en el medio ambiente. Hay diferentes clases de movimiento: reflejo, voluntario , automático y motilidad automática secundaria. El ser humano va aprendiendo e integrando estas diferentes formas de movimiento, cuando este se altera, predominan las formas más primitivas.

*¿ cuándo comienza este movimiento y qué características tiene?*



## ATENCIÓN TEMPRANA

Gracias a las ecografías ( aparato que surgió en la década de los 70 ) sabemos que existe una motricidad intrauterina. Esta motricidad nos permite saber:

1. el comportamiento del embrión
2. la calidad de este comportamiento como se desarrolla
3. como se relaciona y se integra en ese medio.

Los seres humanos, nos movemos en 3 planos:

1. plano frontal
2. plano sagital
3. plano transversal, donde se da una unión de los dos anteriores ( es la posibilidad de la rotación sobre el eje del cuerpo )

El estudio de estos tres planos, es lo que determinará la calidad del movimiento. En los niños con patologías, necesitamos desarrollar y alcanzar en muchos casos el plano transversal.

Para poder hacer un movimiento, tenemos que tener un control automático de la postura. Cuanto más controlemos la postura, más fino será el movimiento. Este, es el medio para poder llegar al objetivo y el programa del movimiento, también tiene una base genética.

Los fisioterapeutas que trabajan con niños en los centros de Atención Temprana, se sirven de diferentes signos y métodos que ponen de manifiesto de una manera precoz las alteraciones del movimiento y su función. Daremos un breve repaso por éstos:

Las lesiones del SNC, se manifiestan claramente en su forma clínica en el 3º trimestre. Esta progresiva manifestación de los distintos tipos de parálisis cerebral, aparece por el deseo del niño de comunicarse con el entorno, por lo tanto la fijación de los patrones motores se produce antes en el niño normal que en el retrasado mental. De esa detección precoz se podrá hacer una intervención precoz o temprana. En la alteración motora los mecanismos de enderezamiento y los apoyos están retrasados y alterados.

En un primer estadio, hay dos cuadros clínicos distintos:

### **HIPERTÓNICO:**

- ✚ Ataques distónicos
- ✚ Reflejos propioceptivos exaltados



## ATENCIÓN TEMPRANA

- ✚ Opistótonos
- ✚ Movimientos en masa, como respuesta a los estímulos

### HIPOTÓNICO:

- ✚ Comprometido con el desarrollo mental
- ✚ No hay enderezamiento
- ✚ El desarrollo de la ontogénesis se retrasa
- ✚ Distrofias

En el niño patológico, todos los sentidos como la vista, el oído, etc, despiertan como en el niño sano, respuestas motoras. En el niño patológico estas respuestas motoras se manifiestan con un patrón en masa y tiene que recurrir a patrones de coordinación que no corresponden a los normales; son los llamados patrones sustitutorios o patológicos; está alterada la movilidad física, el enderezamiento, el mantenimiento postural y el equilibrio.

Vamos a ver un cuadro resumen de signos que, durante su permanencia en el tiempo, se convierten en patológicos:

REFLEJOS	TIEMPO DE ACTUACIÓN	SÍNTOMAS PATOLÓGICOS
BABKIN	0 A 4 SEMANAS	DESPUÉS DE 6 SEMANAS
ROOFTING	0 A 3 MESES	DESPUÉS DEL 6º MES
SUCCIÓN	0 A 3 MESES	DESPUÉS DEL 6º MES
OJOS DE MUÑECA	0 A 4 SEMANAS	DESPUÉS DE 4 SEMANAS
MORO	0 A 3 MESES	DESPUÉS DE 3 MESES
MARCHA AUTOMÁTICA	0 A 4 SEMANAS	DESPUÉS DE LA 6ª SEMANA
PRENSIÓN PALMAR	0 A 6 MESES	DESPUÉS DE 6 MESES

## ATENCIÓN TEMPRANA

PRENSIÓN PLANTAR	0 A 9 MESES	DESPUÉS DE 9 MESES
GALANT	0 A 4 MESES	DESPUÉS DE 4 MESES
RAF ( reflejo acústico facial )	A PARTIR DE 10 DÍAS	DESPUÉS DEL 4º MES
ROF ( reflejo óptico facial )	DESPUÉS DEL 3 MES	DESPUÉS DEL 6º MES
EXTENSIÓN PRIMITIVA DEL BRAZO	0 A 4 SEMANAS	DESPUÉS DEL 3º MES
SUPRAPÚBICO	0 A 4 SEMANAS	DESPUÉS DEL 3º MES
CRUZADO	0 A 6 SEMANAS	DESPUÉS DEL 3º MES

Lo que ocurre con las patologías, es que no existe una inhibición sobre la corteza cerebral y no quedan encubiertos estos reflejos, por lo que no desaparecen y se mantienen en el tiempo. Por separado, no significa que la observación de lugar a una patología pero sí nos indican la necesidad de estar alerta a modo de signos de alarma.

Al igual que con la especialidad anterior, no entraremos de manera profunda en las intervenciones del fisioterapeuta en AT, pero sí analizaremos el desarrollo motor patológico durante el primer año de vida, con el fin de entender desde la observación cómo evoluciona o puede evolucionar una patología desde muy temprano, lo cual justifica la necesidad, una vez más de llevar a cabo una intervención lo más temprana posible;

### *DESARROLLO MOTOR PATOLÓGICO DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE:*

Los niños con síntomas de riesgo presentan, durante el primer trimestre, una movilidad espontánea normal o más pobre que los niños normales. Al final del trimestre, todos ellos presentan un retraso en la aparición de los mecanismos de enderezamiento ( fallan los apoyos ) y en la estabilidad postural. Las necesidades internas y externas del niño (orientación óptica, toma de contacto motor con el entorno, etc) se encuentran a un nivel postural deficiente y con unos mecanismos insuficientes. Para poder expresarse, necesitan recurrir a patrones posturales y motores

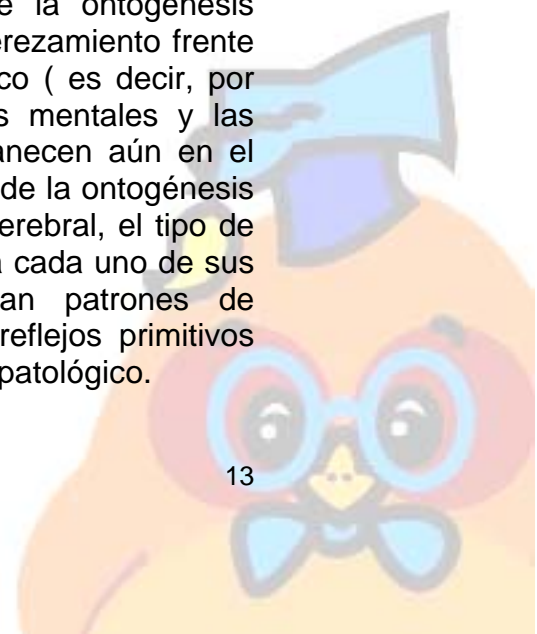
compensadores, que pertenecen a un nivel de funcionamiento cerebral “arcaico”, quedando estancado en los patrones reflejos del período neonatal. Las respuestas anormales muestran patrones que se repetirán posteriormente en la patología: extremidades en flexión o extensión y en rotación interna con abducción; manos en puño, pies en equino, tronco en hiperextensión o hipotonía.

### *DESARROLLO MOTOR PATOLÓGICO DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE:*

Desde el punto de vista cinesiológico, durante el segundo trimestre se puede apreciar más claramente las deficiencias posturales y motoras ya presentes en el trimestre anterior, manifestado además con respuestas motoras masivas, incontroladas, ante estímulos repentinos o excitación psíquica, aparición clara de una alteración central del tono muscular; no aparecen los mecanismos musculares y posturales para el volteo ( si éste se realiza, es en bloque y a partir de opistótonos ); el decúbito dorsal no se ha alcanzado como postura estable, por lo que no es posible que aparezca la coordinación mano-mano, dentro de su patrón normal. No hay diferenciación postural de las extremidades superiores, por lo que no puede aparecer la función de dirigir la mano hacia un objeto para cogerlo. En decúbito ventral no se desarrollan los mecanismos posturales para el enderezamiento sobre los codos y la extensión axial (cabeza-cuello) de la columna cervical; el giro para el seguimiento visual de un objeto se realiza con reclinación o inclinación lateral del cuello. Los reflejos primitivos persisten en la intensidad del primer trimestre. Ya en este trimestre aparecen signos que orientan hacia un tipo u otro de desarrollo motor patológico, posibilitando un diagnóstico diferencial entre los distintos síndromes de la parálisis cerebral.

### *DESARROLLO MOTOR PATOLÓGICO DURANTE EL TERCER TRIMESTRE:*

Se hace evidente la alteración de los mecanismos motores en sus tres vertientes: el retraso o defecto de la ontogénesis postural, la alteración de los mecanismos de enderezamiento frente a la gravedad y la alteración del movimiento fásico ( es decir, por fases ), dirigido. El abismo entre las demandas mentales y las posibilidades motoras, que en su mayoría permanecen aún en el primer trimestre, es muy claro. Aunque el bloqueo de la ontogénesis postural es común a todos los tipos de parálisis cerebral, el tipo de alteración de la movilidad fásica es lo que define a cada uno de sus síndromes. Las reacciones posturales muestran patrones de configuración anormal y la permanencia de los reflejos primitivos muestran claramente la instauración del desarrollo patológico.



Al trabajar en un equipo, aunque no seamos especialistas de todo, debemos de acostumbrarnos a manejar un lenguaje común y por ello debemos familiarizarnos con algunos de los síntomas más claros con los que vamos a trabajar; así, debemos hacer una mención especial dentro de los trastornos motores a la parálisis cerebral, por ser una de las más comunes en nuestro trabajo, aunque no analizaremos las variedades que puede presentar. Esta progresiva manifestación, aparece por el deseo del niño de comunicarse con el entorno, por lo tanto la fijación de los patrones motores se produce antes en el niño normal que en el retrasado mental.

### **La intervención del estimulador en Atención Temprana:**

Dentro de los miembros que forman el equipo, cabe mencionar la figura del estimulador cuya función es llevar a cabo un conjunto de técnicas, cuyo fin es la estimulación del niño con déficits o riesgo de padecerlos, facilitando así las suplencias en su proceso de maduración. La detección de los primeros indicadores de trastorno, permiten realizar un diagnóstico y una intervención en un momento de máxima plasticidad y por tanto de mayor eficacia terapéutica. Sin embargo, no se trata de una mera estimulación, sino de todo un proceso de acompañamiento a los padres en su interacción con el bebé, para que, a pesar de sus dificultades pueda crearse el lugar que le corresponde como persona. La elección de los estímulos que hace el terapeuta, se caracteriza por ser planificada, secuencial y cuantificada. El niño aprende a expensas de sus propias acciones, por lo que toda estimulación debe estar dirigida a impulsar una acción. Cabe hacer una llamada de atención en el sentido de que resulta tan nocivo una ausencia de estimulación como la hiperestimulación.



Establecido el nivel funcional por áreas de desarrollo durante el proceso de evaluación, el terapeuta tendrá que alentar y reforzar el aprendizaje de aquellas habilidades que los “niños normales” aprenden por sí solos. De acuerdo al nivel de partida, se evalúan los progresos, evitando en todo momento las comparaciones con otros niños de igual edad de desarrollo. Aunque resulta imprescindible conocer la patología de base, que explica algunas de las dificultades del niño, lo que realmente es importante para llevar a cabo una buena calidad en la estimulación, es que se pueda ubicar la singularidad de cada niño en el seno de su entorno familiar, así como el lugar que ocupa el trastorno entre los padres.

### OBJETIVOS DE LA ESTIMULACIÓN:

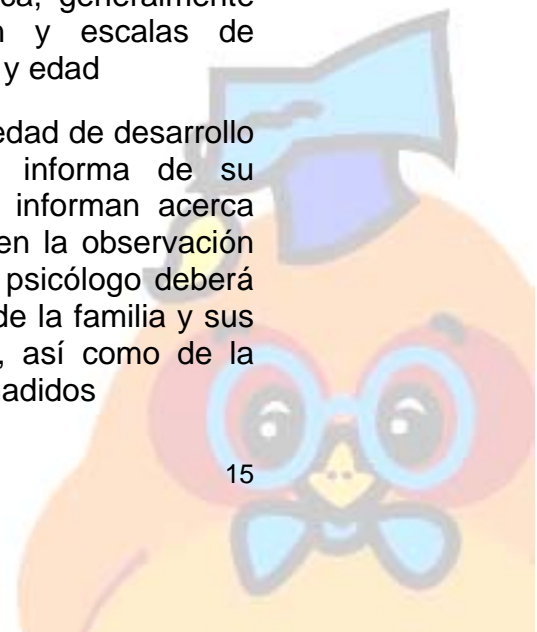
Para potenciar el desarrollo integral del niño y lograr la máxima adaptación a su entorno, la estimulación temprana pretende:

- ✚ reducir los efectos de un déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño
- ✚ optimizar en lo posible, el curso del desarrollo, estimulándolo en todas las capacidades
- ✚ introducir los mecanismos compensatorios y de eliminación de barreras, para conseguir la mayor adaptación posible a las necesidades
- ✚ evitar reducir la aparición de efectos secundarios a un trastorno
- ✚ atender y cubrir las necesidades y demandas del entorno sociofamiliar, proporcionando estrategias y apoyos útiles
- ✚ considerar en todo momento al niño como sujeto activo de la intervención, para favorecer el mayor grado de autonomía y adaptación posible

### FUNCIONES DEL TERAPEUTA:

Antes de que el terapeuta comience con el programa de tratamiento propiamente dicho, ha de disponer de una información indispensable que procede del equipo con el que trabaja:

- ✚ el informe médico : donde figura el diagnóstico ( si lo hay ) y grado de afectación
- ✚ los datos de la evaluación psicológica, generalmente mediante pruebas de observación y escalas de desarrollo adecuadas para cada caso y edad
- ✚ interesa conocer la edad del niño, la edad de desarrollo y el cociente de desarrollo, que informa de su desarrollo funcional. Estas técnicas, informan acerca del desarrollo psico-motor, y favorecen la observación de interacción diádica madre-hijo. El psicólogo deberá informar también antes de la actitud de la familia y sus expectativas respecto al tratamiento, así como de la existencia o no de otros problemas añadidos





- ✚ la información del fisioterapeuta resulta de especial importancia en trastornos motores
- ✚ la asistente social, aportará datos sobre el estado socioeconómico de la familia, en los casos que interviene, que no son todos.

**VALORACIÓN:** *(este apartado se desarrollará en el siguiente tema )*

Superado el período de adaptación, el terapeuta realiza una evaluación sistemática de las capacidades ( habilidades adaptativas ) del niño y de su familia, para después elaborar el programa de intervención. La valoración se prolonga durante varias sesiones en las que el niño es considerado como un sujeto activo. En el caso de los niños afectados por déficits sensoriales o motóricos tenemos que tener especial cuidado de no valorar por debajo de su nivel de desarrollo evolutivo.

### EL PROGRAMA QUE DESARROLLA:

Se caracteriza fundamentalmente por su carácter único y personalizado para cada niño, tratando de recoger sus características como un ser integral, sin olvidar a la persona en su conjunto.

En el programa el terapeuta especifica con todo detalle cuales van a ser los objetivos generales y específicos que se pretenden conseguir en un momento determinado y en las distintas áreas de desarrollo, así como los ejercicios, la metodología y los materiales que va a emplear, siendo consensuado por los miembros del equipo.

Dentro de los objetivos prioritarios con los que empieza a trabajar, suelen ser los siguientes:

- ✚ eliminar conductas inadecuadas: tirar cosas, estereotipias, falta de atención..no siempre se dan pero si aparecen será prioritario su control.
- ✚ Mejorar conductas como por ejemplo la mirada, el mantenimiento de la atención.....es importante escoger conductas que le resulten útiles para el desarrollo global
- ✚ Mejorar un área concreta; por ejemplo, en los niños con desarrollo disarmónico, el objetivo inicial se centra en el área manipulativa, ya que aunque existen problemas específicos, suelen manejar mal las manos y hacer uso inadecuado de los dedos.

## ATENCIÓN TEMPRANA

En cuanto a **la duración del programa** no es posible establecerlo a priori, dado que la pauta de progreso de cada niño es diferente. En cuanto a la progresión de las sesiones, hay que mostrar una actitud flexible en el sentido de que en ocasiones conviene olvidarse del programa, por circunstancias del momento, y resulta adecuado revisarlo periódicamente, para evaluar la progresión. En el caso de que no exista evolución, conviene revisar de nuevo la línea base y la secuencia establecida en la consecución de objetivos. Es muy importante evitar la frustración, dado el esfuerzo que supone para estos niños.

Para el adecuado desarrollo de los tratamientos, en una sesión de estimulación se requiere un material y condiciones ambientales adecuadas. Resulta imprescindible disponer de adecuado espacio con buena iluminación, exento de ruidos, y mobiliario sencillo pero adecuado. Junto con la repetición, la motivación constante, la imitación, el reforzamiento y el aprendizaje vivenciado en su propio cuerpo, son las herramientas fundamentales en estimulación, creando un ambiente familiar agradable.

El especialista, se vale de materiales como: objetos fáciles de agarrar, con y sin sonido, cubos, coches de plástico pequeños, cilindros de colores, recipientes de varios tamaños como cajas, botes de distintos tamaños, anillas, tableros con punzón, barrilitos....todo lo que la imaginación del estimulador y la necesidad de cada caso, nos exija.

### CONCLUSIÓN:

A lo largo de este tema, nos hemos acercado a la parte del equipo que de una manera directa trabaja con los niños. Como hemos repetido a lo largo de estos apuntes, no se trata de volvernos especialistas de cada materia, sino de acercarnos a cada una de las disciplinas más importantes, que **no las únicas**, que intervienen en los equipos de AT. Son los profesionales de atención directa y, cada uno necesita saber en qué consiste el trabajo del otro, a modo de potenciar una intervención de equipo sin invadir el campo profesional del compañero. El tipo de intervención, es evidente que vendrá proporcionado por el tipo de problema que tenga cada niño así como el entorno específico en el que vive.

En el siguiente tema, veremos de una manera más amplia cómo la figura del psicólogo, o psicopedagogo se hace imprescindible dentro del equipo de trabajo, pues la toma de contacto con la familia, el trabajo con las mismas así como la evaluación psicopedagógica del desarrollo de ese niño, serán los puntos de partida de cada intervención junto con los diagnósticos médicos correspondientes.

