

Cuaderno de Terapia Ocupacional en Atención Temprana

Colección manuales ueex - 125

María
Alcalá Cerrillo

Sabina
Barrios Fernández

125

CUADERNO DE TERAPIA OCUPACIONAL
EN ATENCIÓN TEMPRANA

MANUALES UEX

125

MARÍA ALCALÁ CERRILLO
SABINA BARRIOS FERNÁNDEZ

CUADERNO DE TERAPIA OCUPACIONAL
EN ATENCIÓN TEMPRANA

UNIVERSIDAD  DE EXTREMADURA

2024



Esta obra ha sido objeto de una doble evaluación, una interna, llevada a cabo por el consejo asesor del Servicio de Publicaciones de la Universidad de Extremadura, y otra externa, efectuada por evaluadores independientes de reconocido prestigio en el campo temático de la misma.

1ª edición, 2024

Edita:

Universidad de Extremadura. Servicio de Publicaciones
Plaza de Caldereros, 2. 10003 Cáceres (España)
Tel. 927 257 041; Fax 927 257 046
publicac@unex.es
<https://publicauex.unex.es/>

ISSN 1135-870-X

E-ISBN: 978-84-9127-227-4

Maquetación: Control P. 927 233 223. estudio@control-p.eu

Cáceres, 2024

Dehesa Repositorio
Institucional

Acceso abierto en el Repositorio Institucional de la Universidad de Extremadura



*A mis hijas por hacer que todo cobre sentido
y a todos los niños y niñas que me dan su cariño a diario.*

María Alcalá Cerrillo.

Por los niños y niñas con los y las que vais a trabajar.

Sabina Barrios Fernández.

PRESENTACIÓN



En este manual se le ofrece al alumno la posibilidad de un estudio teórico-práctico de los contenidos trabajados en la asignatura Terapia Ocupacional en Atención Temprana, optativa en el cuarto curso del Grado en Terapia Ocupacional de la Universidad de Extremadura.

Su objetivo es favorecer la comprensión sencilla con diferentes actividades teórico-prácticas que ayuden al alumnado el entendimiento y estudio de conceptos claves para el desarrollo de la actividad asistencial especializada de Atención Temprana en la profesión de terapeuta ocupacional.

Los capítulos se componen de una explicación teórica de los temas abordados en los grupos grandes de clase, así como de los seminarios y laboratorios de la asignatura según la ficha 12-a publicada. Posteriormente, se les ofrece la realización de actividades sencillas e intuitivas que ayudarán a fijar los conceptos necesarios para obtener los conocimientos básicos del manejo de los niños de entre 0 y 6 años.

ÍNDICE

ÍNDICE

	PRESENTACIÓN	9
TEMA 1	MARCO Y ESTRUCTURACIÓN DE LA ATENCIÓN TEMPRANA	13
	1. Definición	14
	2. ¿A quién va dirigida la Atención Temprana?	14
	3. Objetivos de la Atención Temprana	16
	4. Principios básicos de la Atención Temprana	17
	5. Niveles de intervención en Atención Temprana	18
	6. Principales ámbitos de actuación	18
	7. Centros y equipos inter-transdisciplinares	20
	8. Terapia Ocupacional en los equipos de Atención Temprana	21
	9. Aproximación a la Atención Temprana en Europa y España	22
	10. Actividades de repaso	25
TEMA 2	CRECIMIENTO Y DESARROLLO INFANTIL	27
	1. Crecimiento y desarrollo de 0 a 6 años	28
	2. Desarrollo psicomotor	32
	3. Ontogénesis de la motricidad	33
	4. Signos de alerta de necesidades de Atención Temprana	37
	5. Actividades de repaso	42
TEMA 3	EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN OCUPACIONAL EN ATENCIÓN TEMPRANA	45
	1. Introducción	46
	2. Principios de evaluación en la infancia	47
	3. Entrevista y observación ocupacional en niños de 0 a 6 años	47
	4. Instrumentos de evaluación ocupacional en niños de 0 a 6 años	48
	5. Áreas que frecuentemente evaluadas en Atención Temprana e instrumentos más usados	51

Í N D I C E

TEMA 4

6.	Diagnóstico funcional del desarrollo del primer año según el método Munich	54
7.	Diagnóstico de los diferentes trastornos del desarrollo	54
8.	Intervención de Terapia Ocupacional en Atención Temprana	58
9.	Actividades de repaso	64
	CONTEXTO FAMILIAR	67
1.	La familia, parte activa de la Atención Temprana	68
2.	Intervención de Terapia Ocupacional en la familia y su entorno. Cómo informar y guiar a los padres.	71
3.	Actividades de repaso	80
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

TEMA 1

MARCO Y ESTRUCTURACIÓN DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

1. DEFINICIÓN
2. ¿A QUIÉN VA DIRIGIDA LA ATENCIÓN TEMPRANA?
3. OBJETIVOS
4. PRINCIPIOS BÁSICOS
5. NIVELES DE INTERVENCIÓN/PREVENCIÓN
6. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN
 - 6.1. Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT)
 - 6.2. Servicios Sanitarios
 - 6.3. Servicios Sociales
 - 6.4. Servicios Educativos
7. CENTROS Y EQUIPOS INTER-TRANSDISCIPLINARES.
8. TERAPIA OCUPACIONAL EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN TEMPRANA
9. APROXIMACIÓN A LA ATENCIÓN TEMPRANA EN EUROPA Y ESPAÑA
10. ACTIVIDADES DE REPASO

1. DEFINICIÓN

Para la definición de Atención Temprana utilizaremos la presentada en el Libro Blanco de Atención Temprana por haber sido consensuada por diferentes profesionales de distintas disciplinas y Comunidades Autónomas (1):

Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0- 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

2. ¿A QUIÉN VA DIRIGIDA LA ATENCION TEMPRANA?

Va dirigida a toda la población infantil y trata de detectar. Lo antes posible, aquellos factores que pueden incidir negativamente en el desarrollo del niño/a y poder intervenir rápidamente para minimizar sus efectos (1).

Guralnick y Bennett (1989) distinguen distintas poblaciones susceptibles de recibir Atención Temprana (2)

- a. **Niños en situación de riesgo ambiental.** Son aquellos que viven en condiciones sociales poco favorecedoras, resultando en cuidados o interacciones con sus padres y familia que puedan alterar su proceso madurativo e incluyendo:
 - Acusada deprivación económica.
 - Embarazo no deseado.
 - Convivencia conflictiva familiar.
 - Separación traumática de los progenitores.
 - Padres con bajo cociente intelectual.
 - Entorno no estimulante.
 - Enfermedades graves.
 - Alcoholismo/ drogadicción/prostitución.
 - Delincuencia/encarcelamiento.
 - Padres adolescentes.
 - Sospecha de malos tratos.
 - Niños acogidos en hogares infantiles.
 - Familias que no cumplimentan los controles de salud repetidamente.

b. Niños/as en situación de riesgo biológico. Son aquellos niños/as que durante el periodo pre, peri y postnatal han estado sometidos a situaciones que podrían alterar su proceso madurativo, como puede ser el nacimiento prematuro, el bajo peso o la anoxia al nacer. Es evidente que este factor no se suele dar de forma aislada, aunque por sí mismo no implica que se vaya a producir un retraso madurativo.

- Recién nacido de riesgo neurológico:
 - Recién nacido (RN) con peso muy bajo peso (menos de 1.500 gramos).
 - Periodo gestacional inferior a 32 semanas.
 - Test de Apgar (evaluación de la vitalidad del RN) por debajo de 3 al minuto o menor 7 a los 5 minutos.
 - RN con respiración asistida durante más de 24 horas.
 - Convulsiones neonatales.
 - Sepsis, meningitis o encefalitis neonatal.
 - Disfunción neurológica (más de 7 días).
 - Daño cerebral evidenciado por ecografía (ECO) o tomografía axial computarizada (TAC).
 - Malformaciones del Sistema Nervioso Central (SNC).
 - Cromosopatías y otros síndromes dismórficos.
 - Hijos de madre con patología mental, infecciones y/o drogas que puedan afectar al feto.
 - RN con hermano con patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia.
 - Gemelo, si el hermano presenta riesgo neurológico.
 - Siempre que el pediatra lo considere oportuno.
- Recién nacido de riesgo sensorial – visual:
 - Respiración asistida prolongada.
 - Gran prematuridad.
 - RN con peso por debajo a los 1500 gramos.
 - Hidrocefalia.
 - Infecciones congénitas del SNC.
 - Patología craneal detectada por ECO/TAC.
 - Síndrome malformativo con compromiso visual.
 - Infecciones postnatales del SNC.
 - Asfixia severa.
- Recién nacido de riesgo sensorial – auditivo:
 - Gran prematuridad.

- RN con peso menor a 1500 gramos.
- Infecciones congénitas del SNC.
- Ingesta de aminoglucósidos (antimicrobianos de uso habitual y eficaz en la práctica clínica) durante un periodo prolongado o con niveles plasmáticos elevados durante el embarazo.
- Síndromes malformativos que puedan influir a la audición.
- Antecedentes familiares de hipoacusia.
- Infecciones postnatales del SNC.
- Asfixia severa.

3. OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

El principal objetivo de la Atención Temprana (1) es que los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos reciban todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal. De lo anteriormente citado se desprende los siguientes objetivos:

- Reducir los efectos de un déficit sobre el desarrollo del niño/a.
- Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño/a.
- Introducir los mecanismos de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
- Evitar o reducir la aparición de efectos o déficit secundario o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
- Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño/a.
- Considerar al niño/a como sujeto activo de la intervención.

Desde el punto de vista más funcional, según Isidoro Candel(3) programa de Atención Temprana debe:

- 1º. Proporcionar a los padres y a toda la familia la información, el apoyo y el asesoramiento necesarios, con el fin de que puedan adaptarse a la nueva situación y mantengan unas adecuadas relaciones afectivas con el/la niño/a.
- 2º. Enriquecer el medio en que se va a desenvolver proporcionando estímulos adecuados en todos los aspectos para favorecer su desarrollo.
- 3º. Fomentar la relación padres-hijo/a, evitando la aparición de estilos interactivos inadecuados.

- 4º. Elevar al máximo los progresos del niño/a para lograr su independencia en las diferentes áreas del desarrollo.
- 5º. Emplear estrategias de intervención en un contexto natural y a través de las situaciones rutinarias del niño/a, evitando fórmulas demasiado artificiales.
- 6º. Llevar a cabo una acción preventiva, ya que los programas de Atención Temprana permiten, de alguna manera, frenar el deterioro progresivo de los niveles de desarrollo, evitando que los/as niños/as presenten alteraciones más graves en los distintos aspectos evolutivos. Esta fase preventiva se extiende también a todo el ámbito familiar, instaurándose desde el principio comportamientos adecuados, más adaptados a la realidad.

4. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

Según el Libro Blanco de Atención Temprana (1), los principios básicos son los siguientes:

- **Diálogo, inclusión y participación:** a inclusión desde todos y cada uno de los entornos que rodean al niño (familiar, escolar, sanitario, entorno próximo...) implica la aceptación y respeto hacia su condición y es aquí donde la Atención Temprana juega un papel de vital importancia, trabajándose ésta desde el diálogo y la aceptación de las diferencias. Señalar que en la actualidad se habla más de inclusión que de integración, ya que se pretende fomentar la participación de las personas con discapacidad en cualquier actividad en igualdad de condiciones, con los apoyos necesarios, siendo una responsabilidad de toda la sociedad.
- **Gratuidad, universalidad e igualdad de oportunidades, responsabilidad pública:** la Atención Temprana debe ser un servicio público, universal y gratuito para todas aquellas personas que lo necesiten, facilitando la igualdad de oportunidades en los diferentes ámbitos de la persona que necesita de este servicio (eliminar barreras que excluyen a los niños con discapacidad).
- **Interdisciplinariedad y alta cualificación profesional:** los profesionales que trabajen en Atención Temprana deben estar formados en una disciplina específica, así como en un marco conceptual común a todas ellas:
 - Desarrollo psicomotor infantil.
 - Psicología de dinámicas familiares.
 - Conocimiento marco legal.
 - Formación y experiencia suficiente de trabajo en equipo.
- **Coordinación:** cuando se planifica una actuación se debe tener en cuenta el conjunto global de la situación de un individuo. Esta actuación debe estar protocolizada.

- **Descentralización:** implica la inserción de la Atención Temprana en las redes de atención primaria de salud, servicios sociales, escuelas infantiles y en el entorno social más cercano a la familia.
- **Sectorización:** es necesario delimitar el campo de actuación de los servicios para que exista una correlación equilibrada entre ellos.

5. NIVELES DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA (GAT, 2000)

- **Prevención primaria en Atención Temprana:** consiste en evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en cualquier aspecto del desarrollo infantil. Los servicios de los que dependen estas acciones son, principalmente, los de salud, servicios sociales y educación. Otros departamentos como trabajo y medio Ambiente tienen también importantes responsabilidades en este sentido.
- **Prevención secundaria en Atención Temprana:** detección y el diagnóstico precoz de los trastornos en el desarrollo y de situaciones de riesgo.
- **Prevención terciaria en Atención Temprana:** se refiere a todas aquellas actividades dirigidas al niño/a y su entorno para así poder mejorar las condiciones de su desarrollo. Va dirigida tanto al niño/a, a su familia, como a su entorno. Se deben evitar, reducir o superar los trastornos o disfunciones en el desarrollo, prevenir trastornos secundarios y modificar los factores de riesgo en su entorno.

6. PRINCIPALES ÁMBITOS DE ACTUACIÓN (1)

6.1. CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL Y ATENCIÓN TEMPRANA (CDIAT):

Son servicios autónomos cuyo objetivo es la atención a la población infantil de 0 a 6 años que presenta trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlos.

- **Prevención primaria y secundaria:** sensibilización, prevención y detección (programas dirigidos a familias y futuros padres y programas dirigidos a profesionales).
- **Prevención terciaria:**
 - Proceso de valoración inicial: recogida de información, evaluación del sujeto y de su entorno, elaboración de hipótesis de diagnóstico y de un plan de intervención y entrevista de devolución.
 - Intervención terapéutica: atención al niño/a, atención a la familia, atención a la escuela e intervención en el entorno.
 - Evaluación y seguimiento: evaluación continuada y final.

- Derivación: informe escrito de la evolución del niño/a y la situación actual, así como las necesidades que se consideren precisas.

6.2. SERVICIOS SANITARIOS:

- **Servicios de obstetricia:** labor preventiva esencial, básicamente en prevención primaria.
- **Servicios de neonatología:** importante labor de prevención primaria y secundaria. Actuaciones en el ámbito clínico, ecológico y social.
- **Unidades de seguimiento madurativo o de desarrollo:** unidades vinculadas a los servicios de Neonatología y Neuropediatría, en los CDIAT o en centros de la red de servicios de salud, educación y servicios Sociales.
- **Atención primaria:** la prevención primaria se realiza por medio de los controles de salud del programa del bebé sano, en los que el equipo pediátrico realiza una función de consultor y educador de las familias y promueve actitudes preventivas de trastornos en el desarrollo. Su intervención se extiende a la comunidad a través de actuaciones en asociaciones de padres, escuelas infantiles o colegios.
- **Servicios de neuropediatría:** intervienen en diversos ámbitos. El neuropediatra establece el diagnóstico funcional, sindrómico y etiológico de los/as niños/as con trastornos en su desarrollo y de forma específica en aquellos procesos de base orgánica.
- **Servicios de rehabilitación infantil:** se han vinculado en España a través de la experiencia hospitalaria, la experiencia desde los servicios sociales y la derivada desde el movimiento asociativo.
- **Servicios de salud mental:** intervienen en todos los niveles de la Atención Temprana.
- **Otras especialidades médicas:** Oftalmología, Otorrinolaringología, Cirugía Ortopédica, Cardiología, Radiología, Neurofisiología, Bioquímica, Genética, entre otras, que intervienen con frecuencia en el proceso de diagnóstico y prevención de complicaciones.

6.3. SERVICIOS SOCIALES:

Intervienen en todos y en cada uno de los niveles de la atención primaria, y su actuación en Atención Temprana se considera de vital importancia y se realiza a través de la promoción del bienestar social de las familias y de la elaboración de programas de prevención e intervención.

- Promoción del bienestar social de las familias.
- Programas de prevención.
- Programas de intervención temprana en el ámbito psicosocial.
- Diagnóstico e intervención social en el equipo de Atención Temprana.

6.4. SERVICIOS EDUCATIVOS:

Partiendo del principio de que todas las personas tienen el derecho a participar en la sociedad, la escuela se convierte en un lugar importante en el proceso de desarrollo y socialización de los niños/as.

7. CENTROS Y EQUIPOS INTER-TRANSDISCIPLINARES

La atención adecuada al niño con dificultades en su desarrollo y a su familia requiere de una estrecha colaboración de todos los profesionales y servicios. Por ello es necesaria la creación de equipos multidisciplinares que incluyan, además de psicólogos, médicos y educadores, a profesionales de terapia física, rehabilitación del lenguaje y asistencia social, entre otros. Los profesionales que forman parte de los equipos interdisciplinares han de poseer una formación especializada que les proporcione una alta cualificación para ejercer sus funciones con la máxima eficacia. Al mismo tiempo, dadas las circunstancias que envuelven a los niños/as y sus familias cuando existen problemas en el desarrollo, el perfil de quienes trabajan en este campo debe tener, además de los conocimientos científicos necesarios, una especial predisposición vocacional y actitudinal, ya que trabajan con seres humanos en unas circunstancias especialmente complejas. Debido a esta diversidad de profesionales que trabajan en los equipos de Atención Temprana, las funciones y objetivos deben estar bien definidos y coordinados pues serán elementos claves para la mejora de la situación del niño/a y su entorno (4)

Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario desglosar los tipos de equipos que podemos encontrar en los centros, si bien hay que tener en cuenta que dependiendo de las necesidades del niño y su familia se puede dar en un mismo centro distintos métodos de trabajo tanto interactuando entre ellos como de manera aislada.

En los equipos multidisciplinares la interacción se limita a un simple intercambio de información entre los miembros del equipo (5). Las decisiones se toman individualmente y cada miembro del equipo elabora sus informes. En estos equipos las reuniones se centran en la información relativa a los objetivos y tareas a realizar por los distintos profesionales, quienes pueden aportar gran experiencia e información sumamente útil. Sin embargo, se corre el peligro de falta de coordinación, de no alcanzar acuerdos respecto a decisiones importantes que hay que tomar y de repeticiones innecesarias tanto al solicitar información, como al proporcionarla.

El equipo interdisciplinar es el formado por profesionales de distintas disciplinas, en el que existe un espacio formal para compartir la información, las decisiones se toman a partir de la misma y se tienen objetivos comunes.

El equipo transdisciplinar es aquel en el que sus componentes adquieren conocimiento de otras disciplinas relacionadas y las incorporan a su práctica. Un solo profesional del

equipo asume la responsabilidad de la atención al niño y/o el contacto directo con la familia.

Hasta ahora venimos hablando de la coordinación interdisciplinar, pero no menos importante es la coordinación interinstitucional (sobre todo entre sanidad, educación y servicios sociales), lo que supone que las propias instituciones deben dotarse de un modelo de funcionamiento que, de modo flexible, funcional y coordinado, ofrezca una respuesta eficaz para mejorar la calidad de la atención, separando así las deficiencias que se originan a causa de la descoordinación. Esta coordinación entre las instituciones es necesaria no sólo para la optimización y eficiencia de los recursos, sino también para ofrecer desde la Administración una respuesta de calidad a quienes padecen trastornos en su desarrollo y a sus familias, posibilitando la igualdad de oportunidades y evitando tanto los solapamientos como las lagunas. En definitiva, las instituciones deben ofrecer una respuesta integrada que garantice su salud, su desarrollo intelectual, emocional y sus capacidades adaptativas.

Es necesaria la elaboración de planes regulares formativos y la exigencia de experiencia profesional supervisada y continua. Para ello conviene habilitar las Unidades de Atención Temprana de los centros como Unidades Docentes cualificadas para participar en la formación aplicada y práctica supervisada de estos futuros profesionales(6)

8. TERAPIA OCUPACIONAL EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN TEMPRANA

La Terapia Ocupacional dentro de los equipos de Atención Temprana estimula y favorece la adquisición de las destrezas y habilidades requeridas para el desempeño cotidiano del niño, con el objetivo de lograr una óptima independencia y autonomía (7)

8.1. OBJETIVOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN ATENCIÓN TEMPRANA

El objetivo general de la Terapia Ocupacional en Atención Temprana es el de maximizar el potencial individual de cada niño/a en su domicilio, en la escuela y en otros ambientes mediante el uso de actividades terapéuticas (8) Esta intervención se dirigirá al:

- Niño/a, logrando el mayor grado posible de independencia en sus ocupaciones diarias tales como el juego, las relaciones con sus iguales y adultos, en sus actividades de la vida diaria (desplazamientos, aseo, vestido-desvestido, alimentación, uso de los juguetes, uso del material escolar...) teniendo en cuenta las necesidades, características e intereses de cada niño/a.
- Entorno, favoreciendo un entorno lo más seguro, accesible y facilitador posible, informando y asesorando a la familia y al contexto más inmediato del niño/a sobre las pautas de manejo ante determinadas circunstancias, sobre las adaptaciones y ayudas técnicas necesarias, eliminando o minimizando las posibles barreras.

9. APROXIMACIÓN A LA ATENCIÓN TEMPRANA EN EUROPA Y ESPAÑA

La intervención temprana constituye uno de los temas de trabajo seleccionados por los representantes de los países que forman la Agencia Europea de Atención Temprana. Cuando la Agencia comenzó su tarea en noviembre de 1996, los representantes de los distintos países miembros expresaron su deseo de trabajar más intensamente en tres materias que a su parecer eran particularmente interesantes dentro del campo de las necesidades educativas especiales. Estos temas incluyeron la financiación de las necesidades educativas especiales, el apoyo a los profesores y la intervención temprana (9) Los centros de Atención Temprana existentes en los distintos países europeos fueron establecidos sobre la base de una serie de disposiciones legales relativas a la educación, sanidad o servicios sociales. Estas disposiciones marcan los criterios de funcionamiento de las instituciones, la organización y papel a desempeñar por los servicios, así como los derechos de las familias.

En el territorio español existen grandes diferencias, debidas posiblemente a las políticas de descentralización y a la historia sociocultural propia de cada Comunidad Autónoma. Por ello se creó el GAT, que debía coordinar a las distintas regiones y dar respuesta a las dificultades que las familias con niños/as con necesidades de intervención temprana iban encontrando. En el caso de Extremadura, la Atención Temprana se regula en El Marco de Atención a la Discapacidad de Extremadura (MADEX), Decreto 151/2006, de 31 de julio (10). El Servicio de Atención Temprana viene recogido en el Capítulo II de dicho marco, comprendiendo los artículos del 8 al 11.

Artículo 8. El servicio de Atención Temprana (10).

1. Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños/as con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos.
2. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño/a, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.
3. A través de estas actuaciones se facilitará a las familias estrategias y herramientas necesarias para garantizar una intervención más eficaz.

Artículo 9. Usuarios del servicio de Atención Temprana (10).

1. Serán usuarios del servicio de Atención Temprana los niños/as de 0 a 6 años a los que se les detecte algún tipo de discapacidad o riesgo de presentar una deficiencia motriz y/o sensorial y/o cognitiva, distinguiéndose dos grupos de población objeto de intervención:
 - Niños/as en situación de mayor riesgo biológico.
 - Niños/as con retrasos o discapacidades de desarrollo establecidas.

2. Se entenderán incluidos en el grupo de niños/as en situación de mayor riesgo biológico aquellos niños/as prematuros, de bajo peso, procedentes de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y niños/as a término que han sufrido procesos de asfixia u otros procesos de alarma. Entre otros se entenderán incluidas en este apartado las siguientes situaciones:
 - Niños con bajo peso al nacer (<1.500 gramos).
 - Niños con desnutrición intra-útero.
 - Niños con asfixia neonatal, con Apgar inferior a 3 a los 5 minutos.
 - Niños que han sufrido infecciones del sistema nervioso central.
 - Síndromes polimalformativos.
 - Metabolopatías y cromosomopatías.
 - Patología cerebral en ECO o TAC.
 - Recién nacido de madre alcohólica o drogodependiente.
 - Distress respiratorio con ventilación mecánica.
 - Largas estancias hospitalarias (>1 mes).
 - Niños con antecedentes de patología neurológica.
3. Se entenderán incluidos en el grupo de niños/as con retrasos o discapacidades de desarrollo establecidas los niños/as con retrasos, alteraciones o discapacidades diagnosticadas de tipo cognitivo, de movilidad, de comunicación o sensoriales.
4. Se establece como factores complementarios de riesgo socioambiental a tener en cuenta como signos de alarma añadidos, entre otros, los relacionados con la familia o el entorno, pudiéndose incluir entre los mismos los siguientes:
 - Dependencia del alcohol y otras drogas.
 - Conflictos en la relación de pareja.
 - Padres adolescentes.
 - Antecedentes de malos tratos en la familia.
 - Problemas de salud mental.
 - Inmigración.
 - Situaciones de marginalidad (prostitución, mendicidad, delincuencia).
 - Deficiencia mental de los progenitores.

Artículo 10. Objetivos del servicio de Atención Temprana (10).

1. El servicio de Atención Temprana tiene como objetivo:
 - Facilitar la implicación de la familia en todo proceso de intervención, promover la cooperación de los padres, alentar la participación activa y apoyar el bienestar.

- Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño/a.
 - Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño/a.
 - Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y de adaptaciones a necesidades específicas.
 - Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
 - Atender y cubrir las necesidades y demandas de las familias y el entorno en el que vive el niño/a.
 - Considerar al niño/a como un sujeto activo de la intervención.
2. Desde un punto de vista más funcional, un programa de Atención Temprana pretende:
- Proporcionar a los padres y a toda la familia la información, el apoyo y el asesoramiento necesarios, con el fin de que puedan adaptarse a la nueva situación, y mantengan unas adecuadas relaciones afectivas con el niño.
 - Enriquecer el medio en el que se va a desenvolver el niño proporcionando estímulos adecuados en todos los aspectos para favorecer su desarrollo.
 - Fomentar la relación padres-hijo, evitando la aparición de estilos interactivos inadecuados.
 - Elevar al máximo los progresos del niño para lograr su independencia en las distintas áreas del desarrollo.
 - Emplear estrategias de intervención en un contexto natural y a través de las situaciones rutinarias del niño, evitando fórmulas demasiado artificiales.
 - Llevar a cabo una acción preventiva, ya que los programas de Atención Temprana permiten, de alguna manera, frenar el deterioro progresivo de los niveles de desarrollo, evitando que los niños presenten alteraciones más graves en los distintos aspectos evolutivos.

Esta faceta preventiva se extiende también a todo el ámbito familiar, instaurándose desde el principio comportamientos adecuados, más adaptados a la realidad.

Artículo 11. Prestación del servicio de Atención Temprana (10).

1. El servicio de Atención Temprana se prestará en jornada de mañana y/o tarde durante todo el año, ateniéndose a la normativa laboral vigente en nuestra comunidad en cuanto a horarios, festivos y periodos vacacionales.
2. Los niños escolarizados recibirán el tratamiento fuera del horario escolar.
3. La metodología de intervención, los medios personales, materiales y requisitos mínimos de los que deberán disponer las entidades para el desarrollo de este servicio serán los establecidos en el Anexo II del presente Decreto.

10. ACTIVIDADES DE REPASO

Actividad 1: Unir cada término con su definición correspondiente:

1. Evaluación del desarrollo	A. Proceso mediante el cual se identifican las necesidades del niño y se planifica su Atención Temprana.
2. Atención temprana	B. Identificación de las necesidades del niño a través de la observación, la entrevista y la evaluación formal.
3. Evaluación inicial	C. Servicios para niños de 0 a 6 años que presentan retrasos en su desarrollo o riesgos de presentarlos.
4. Servicios de Atención Temprana	D. Evaluación del desarrollo del niño en diferentes áreas, como el lenguaje, la cognición, la motricidad y la adaptación social.
5. Evaluación del riesgo	E. Evaluación que se realiza al principio del proceso de Atención Temprana para determinar si un niño tiene riesgos de presentar retrasos en su desarrollo.

Respuestas: 1-D, 2-C, 3-A, 4-B, 5-E

Actividad 2: Coloca en orden lógico los siguientes pasos que conforman la evaluación inicial:

1	Identificación de necesidades y planificación de la Atención Temprana.
2	Observación del niño y su interacción con el entorno.
3	Evaluación formal en diferentes áreas de desarrollo, como el lenguaje, la cognición, la motricidad y la adaptación social.
4	Entrevista con la familia y los cuidadores del niño

Respuesta: 2-4-3-1

TEMA 2

CRECIMIENTO Y DESARROLLO INFANTIL

1. CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE 0 A 6 AÑOS.
 - 1.1. Características generales del recién nacido sano
 - 1.1.1. Antropométricos
 - 1.1.2. Estado Vegetativo
 - 1.1.3. Estado Neurológico
2. DESARROLLO PSICOMOTOR
 - 2.1. Leyes del desarrollo psicomotor
3. ONTOGÉNESIS DE LA MOTRICIDAD
 - 3.1. Desarrollo del control de la cabeza
 - 3.2. Desarrollo del movimiento
 - 3.2.1. Reflejos Primitivos
 - 3.2.2. Reacciones Automáticas
 - 3.2.3. Reacciones Posturales
 - 3.2.4. Patrones de movimiento
 - 3.3. Desarrollo locomotor
 - 3.4. Desarrollo cognitivo
 - 3.5. Desarrollo perceptivo
4. SIGNOS DE ALERTA EN ATENCIÓN TEMPRANA
5. ACTIVIDADES DE REPASO

1. CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE 0 A 6 AÑOS

El desarrollo humano desde el momento de la fecundación hasta la organización de un individuo maduro es la consecuencia de un conjunto de procesos genéticamente regulados que ocurren en un estricto orden cronológico y espacial, es decir, que la actividad de los diferentes genes varía tanto en el tiempo como en el lugar.

Mientras que por crecimiento físico entendemos un aumento de la talla, el desarrollo conlleva la mejora de la función y la capacidad. Ambos procesos dependen de factores genéticos, nutricionales y ambientales (11). Al conjunto de acontecimientos para llegar al organismo maduro con todas sus funciones y potencialidades se denomina ontogenia.

1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL RECIÉN NACIDO SANO (12)

Según la Asociación Española de Pediatría. (AEP), el RN sano es aquel que nace a término (≥ 37 semanas de gestación) y su historia (familiar, materna, gestacional y perinatal), su examen físico y su adaptación lo garanticen. Es RN a término es aquel que nace entre la semana 37 y 42, siendo el promedio la semana 40.

Hay que tener en cuenta que un niño no es un adulto en miniatura sino un organismo en crecimiento y desarrollo. El desarrollo del niño, hasta llegar a alcanzar la madurez como ser humano pasa por una serie de cambios que comienzan en la fase embrionaria y no cesan hasta completar su desarrollo físico, mental, emocional y social.

1.1.1. Antropométricos

- Peso: 2,800-3,500 gramos.
- Talla: 49-52 centímetros.
- Perímetro craneal: 34 centímetros.
- Apertura fontanela anterior: la fontanela de mayor superficie y, por consiguiente, de mayor utilidad médica. Tiende a cerrarse sobre los dos años de vida: 3-4 centímetros (13)

1.1.2. Estado vegetativo

- Ictericia fisiológica.
- Grito fuerte, agudo y constante en su emisión.
- Bostezo ligado a funciones fisiológicas.
- Vitalidad: muecas y movimientos generalizados en estado de vigilia no llamativos (pataleo).

1.1.3. Estado neurológico

TONO:

Hipertonía fisiológica con los cuatro miembros en flexión (hasta el punto de que en prono las cinturas no contactan con el plano). La cabeza en prono rotada hacia un lado, a unos 70 grados.

REFLEJOS PRIMITIVOS O ARCAICOS EN EL RN:

Son respuestas motoras estereotipadas a maniobras sistematizadas que revelan la prioridad de los centros subcorticales coordinadores del tono y del movimiento durante la situación transitoria de inmadurez cortical(14). La mayor parte de reflejos normales presentes en el RN se integran en el movimiento voluntario y constituyen los cimientos de la movilidad activa y funcional.

- Reflejo de succión: estando el bebé relajado en supino se le introduce el índice moviéndolo ligeramente entre los labios, se obtiene una respuesta automática de succión.
- Reflejo de orientación o búsqueda: consiste en estimular la zona peribucal con el dedo; los labios fruncidos buscan el dedo del explorador.
- Reflejo de prensión palmar: con el bebé en decúbito supino se coloca el índice de manera transversal en la palma de la mano del niño, que cierra la mano. Este reflejo se agota muy pronto, entre el 2º y 3º mes, integrándose en la manipulación activa.
- Reflejo de prensión plantar: presionando en el primer espacio interóseo en la planta del pie se obtiene una respuesta flexora de los dedos. Este reflejo se encuentra en niños normales hasta el 6º-7º mes.
- Reflejo de bipedestación y marcha automática: se sostiene al niño con los pies sobre la mesa y el niño responde enderezando sus piernas y manteniéndose en pie. Aunque necesita sostén ya que no ha desarrollado sus reacciones de equilibrio si su cuerpo se inclina hacia delante, dará algunos pasos, levantando las piernas y apoyando sus pies firmemente sobre la mesa. Estos reflejos se ven en el RN y pueden obtenerse, aunque con una disminución de la respuesta, hasta la 4ª-6ª semana de edad.
- Reflejo del escalón o de salvar un obstáculo: estimulando los dorsos de los pies con el borde de la camilla de exploración se obtiene como respuesta la flexión sucesiva de ambos miembros inferiores que ascienden a la camilla.
- Reflejo de moro: el examinador sostiene al niño por la cabeza y el tronco. Al retirar el apoyo de la cabeza, se deja caer el niño hacia atrás. La súbita pérdida de control en la cabeza sobresalta al niño, que responde extendiendo los brazos en un amplio movimiento de abrazo, con las manos abiertas y los dedos en abducción. También puede extender las piernas, aunque esta respuesta varía. El movimiento va habitualmente acompañado de llanto. El reflejo se obtiene al nacimiento. Después de las primeras semanas, los brazos se extienden y abducen con menor amplitud y por lo general se pierde pasados los dos o tres primeros meses de vida.
- Reflejo de apoyo: sujetando al bebé por los costados con nuestras dos manos por debajo de las axilas, lo elevamos y a continuación descendemos buscando apoyo en postura de bipedestación sobre el plano. La respuesta prevista es la extensión de los miembros inferiores. Este reflejo desaparece entre el 2-5 mes.

- Reflejo de Galant: el niño se examina en decúbito prono o en suspensión ventral. El examinador desliza un dedo a lo largo del lado externo del tronco desde la última costilla hasta la cresta iliaca. El niño responde flexionándose lateralmente hacia el estímulo. Este reflejo está presente al nacimiento y puede mantenerse hasta las 6^a-8^a semanas de edad.
- Reflejo de extensión cruzada: se examina con el niño en decúbito supino. El examinador sostiene una pierna extendida y frota firmemente la planta del pie desde el talón hasta los dedos. El niño responde flexionando la pierna contralateral en abducción y realizando entonces una abducción y extensión de la pierna. Esta respuesta está presente desde el nacimiento hasta las 4-6 semanas de edad y desaparece a los 2-3 meses por completo.
- Reflejo tónico asimétrico: se explora con el niño en supino estando en reposo y con los miembros alineados. Al girar la cabeza bruscamente hacia un lado se obtiene una respuesta extensora de los miembros hacia los que mira y flexora de los miembros de la nuca. En los niños con desarrollo típico, durante sus dos primeros meses de vida puede verse a menudo esta posición de esgrima durante algunos periodos cortos, pero es algo transitorio y no una respuesta persistente, por lo que no puede considerarse como un reflejo. Desaparece a los 3-4 meses.

REACCIONES POSTURALES (15).

- Reacción a la tracción: traccionando de los antebrazos, partiendo de supino hacia sedestación. Se debe atender a la respuesta de cabeza y MMII.
- Reacción de Vojta: detrás del niño, sujeto por el tronco, se le gira rápidamente de la vertical a la horizontal.
- Reacción de Landau: se examina sosteniendo al niño ventralmente elevándolo y deteniéndolo bruscamente.
- Reacción de suspensión axial: colocándose detrás del niño y partiendo de la suspensión axial, sujetándole por los costados se le eleva verticalmente deteniéndose a la altura del rostro del explorador e insinuando un descenso.
- Reacción a la suspensión lateral horizontal de Collis: partiendo del decúbito prono y agarrando al niño firmemente del brazo y el muslo del mismo lado, se le separa bruscamente de la camilla elevándolo.
- Reacción a la suspensión vertical de Peiper: partiendo del decúbito prono se le eleva bruscamente agarrándole de los muslos.
- Reacción a la suspensión vertical de Collis: igual que la anterior, pero sujetándolo de un solo muslo.

REACCIONES DE ENDEREZAMIENTO (16)

Ayudan a ajustar la postura, a mantener la posición normal de la cabeza en el espacio y de la cabeza sobre el cuerpo y viceversa y al normal alineamiento del cuerpo y de los miembros.

Estas reacciones en niños/as con alteraciones a nivel del SNC no están desarrolladas lo suficiente, o están exageradas, o no aparecen, o las realizan con mala coordinación.

Existen cinco grupos de reacciones de enderezamiento. Estos grupos interactúan unos con otros y no pueden verse aisladamente. Tipos:

- Reacción de enderezamiento cervical. Existe desde el nacimiento. Exploración: con el niño en decúbito supino, al volverle la cabeza hacia un lado observaremos como la columna rota de forma refleja en la misma dirección que la cabeza. Si mantenemos fija la pelvis, la cintura escapular y el tronco siguen a la cabeza. Si mantenemos fijo el tórax, la pelvis rota en dirección contraria a la rotación de la cabeza.
- Reacción de enderezamiento laberíntico que actúa sobre la cabeza. En RN es débil o no aparece y a partir del 2º mes en adelante se hace más patente ya consigue llevar la cabeza a la posición normal (cara vertical-boca horizontal) tanto en decúbito supino como en prono. Exploración: 1º tapar los ojos del niño (excluir enderezamiento óptico) y sostenerlo al aire (excluir enderezamiento corporal que actúa sobre la cabeza). Después sostener al niño con ambas manos en torno a la pelvis, moverlo lentamente a través de distintas posiciones en el espacio: vertical, supino, prono, y lateral. Respuesta: Al desplazar el cuerpo, la cabeza vuelve a su posición.
- Reacción de enderezamiento corporal que actúa sobre la cabeza. No se puede estudiar de forma aislada porque el reflejo de enderezamiento laberíntico actúa en estrecha armonía con él. El reflejo se suscita por el contacto asimétrico de la superficie corporal con el suelo, de forma que la cabeza en el acto adoptará la posición normal necesitando para ello del enderezamiento rotatorio del tronco hacia la alineación con la cabeza y el cuello (R.E. del cuello). Actúa sobre el cuerpo y su alineación sobre la cabeza.
- Reacción de enderezamiento corporal sobre el cuerpo. De 0-6 meses: con el bebé en supino, al estar un tiempo en esta posición al volver la cabeza hacia un lado poco después todo el cuerpo seguirá a la cabeza. A partir del 6º mes: con la maduración podrá mantener el cuerpo en posición normal, aunque la cabeza no esté alineada con el cuerpo.
- Reacción de enderezamiento óptico. En los mamíferos superiores los ojos contribuyen a la orientación de la cabeza en el espacio. Es la dominante en el hombre. En el recién nacido están ausentes. El R. E. óptico se torna activo cuando las demás reacciones han logrado la posición normal de la cabeza en el espacio y en alineación con respecto al cuerpo.

REACCIONES DE EQUILIBRIO (15)

Son reacciones automáticas a los cambios de postura y de movimiento que tienen como finalidad mantener el equilibrio o bien recuperarlo cuando está alterado. Estas reacciones las vamos adquiriendo nada más nacer. Al desplazarse el cuerpo en el espacio y desplazar el eje corporal y el centro de gravedad, el hombre reacciona consiguiendo no caerse y restablecer su postura. Están estrechamente ligadas a las reacciones de enderezamiento y

se integran en el cerebro de un niño de 3 o 4 años. Las primeras reacciones de equilibrio aparecen alrededor del 6º mes en decúbito prono y más tarde aparecen en decúbito supino, sentado y en bipedestación.

REACCIONES DE PARACÁIDAS (REACCIONES DE DEFENSA) (15)

Son reacciones que se dan si el desequilibrio ocurre de manera muy brusca. Se encuentran en el niño a partir del 6º mes. En sedestación aparecen en tres direcciones: anterior (7º mes), lateral (9º-10º mes) y posterior (10º-11º mes).

2. DESARROLLO PSICOMOTOR

El desarrollo psicomotor se puede considerar como la evolución de las capacidades para realizar una serie de movimientos corporales y acciones, así como la representación mental y consciente de los mismos (17). El desarrollo psicomotor se manifiesta a través de la función motriz. La motricidad es protagonista desde el comienzo del desarrollo del niño, hasta el punto de que los movimientos son las únicas manifestaciones psicológicas que se pueden encontrar en el bebé. Posteriormente, el movimiento seguirá desempeñando un papel fundamental en el desarrollo del niño.

Se distingue entre motricidad fina, especialmente refiriéndose a manos y uso de los dedos, con la prensión y un gran número de movimientos derivados de ésta; y motricidad gruesa, constituida por movimientos de conjunto, y que permite la coordinación de grandes grupos musculares que intervienen en los mecanismos del control postural, el equilibrio y los desplazamientos, entre otros.

2.1. LEYES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.

Tal y como recoge Ana Briolotti en su estudio de análisis de la psicología como disciplina de saber-poder, las leyes del desarrollo psicomotor vinieron dadas por Gesell (1969) e incluyen: (18,19)

- ■ Ley o gradiente céfalo-caudal. Se refiere a que el desarrollo sigue un patrón regular, conforme al cual las partes superiores del cuerpo comienzan a funcionar antes que las inferiores. Esto quiere decir que se controlan antes los movimientos de la cabeza que los de las piernas.
- ■ Ley o gradiente próximo-distal. Las funciones motrices tienden a madurar antes en las zonas más cercanas a la línea media del cuerpo que en las zonas más alejadas de esa línea. Así, el control de los hombros se adquiere antes que el de los brazos y éste antes que el de las manos.
- ■ Ley o gradiente general-específico. Los movimientos globales o generales aparecen antes que los más localizados, precisos y coordinados. Así, cuando un bebé quiere alcanzar un objeto, realiza movimientos amplios y poco coordinados con todo el

cuerpo. Posteriormente, conforme se vaya desarrollando la capacidad de acercamiento de la mano al objeto, los movimientos serán más precisos y económicos.

3. ONTOGÉNESIS DE LA MOTRICIDAD

El desarrollo motor y sensorial del niño en el primer año de vida se puede dividir en cuatro etapas correspondientes a cuatro trimestres:

- 1^{er} trimestre: periodo de adaptación. Situación de flexión.
- 2^o trimestre: desarrollo de la extensión.
- 3^{er} trimestre: movilidad contra la gravedad. Gran juego de flexión-extensión. Rotación.
- 4^o trimestre: marcha y equilibrio. Refinamiento.

Las funciones manipulativa, locomotora, visual y oral evolucionan conjuntamente, dependen las unas de las otras y que todos estos aspectos del desarrollo se relacionan, a su vez, a ciertos factores básicos como el desarrollo del control de la cabeza, extensión contra la gravedad, simetría y la desaparición de los primitivos modelos de movimientos registrados en el recién nacido (20)

3.1. DESARROLLO DEL CONTROL DE LA CABEZA.

El control de la cabeza es un requisito previo para el desarrollo de todas las funciones. Hasta que la posición de la cabeza en el espacio y contra la gravedad no esté establecida, el lactante no consigue el control ojo-mano, agudeza visual o del equilibrio contra la gravedad no puede volverse o llevarse las manos a la boca, comer adecuadamente o vocalizar de forma eficaz.

El desarrollo del control de la cabeza señala la evolución de las reacciones laberínticas de enderezamiento. Estas aparecen primero en prono y después en supino. Al nacer existe algún elemento de enderezamiento de la cabeza, como se aprecia en el giro lateral protector de la cabeza en prono, al girar antes de la cabeza cuando es levantada momentáneamente, y la pequeña corrección de la cabeza apreciada cuando el niño se coloca sentado.

Antes de que el desarrollo del lactante pueda pasar de la primitiva conducta refleja del periodo neonatal a la conducta relativamente compleja del primer año de edad, la actividad primitiva predominantemente motora debe ser inhibida, siguiendo el desarrollo de la extensión, que permitirá al niño conseguir la antigraavitación. Esta extensión comienza en la cabeza y avanza en dirección caudal. Una parte importante del desarrollo se produce durante los seis primeros meses. Hay que destacar la rapidez con que ocurre el desarrollo de la actividad extensora en comparación con la flexora. Para conseguir movimientos de la cabeza contra la gravedad el niño necesita pasar tiempo en decúbito prono (tummy time) ya que esta posición favorece la adquisición del control cefálico en prono a los dos meses aproximadamente, mientras que en para que se adquiera en decúbito supino es necesario que la madurez del niño sea mayor, dándose aproximadamente a los seis meses (21).

3.2. DESARROLLO DEL MOVIMIENTO (21)

3.2.1. Reflejos primitivos

El bebé nace con una serie de reflejos primitivos que dominan el funcionamiento y estado de las reacciones y respuestas del RN, poniendo de manifiesto el estado de maduración del SNC. Son respuestas involuntarias a un estímulo, por lo tanto, inconscientes.

Existen tres etapas importantes:

- Funcionamiento espinal del nacimiento al mes.
- A nivel de tallo del mes a los 3 meses.
- Mesencefálico de los 3 a los 6 meses (inicia la posición sedente).

3.2.2. Reacciones automáticas.

Después de este nivel, es decir de que los reflejos primitivos se integren en funciones maduras, se inician las reacciones automáticas, por lo que se pasa de acciones subcorticales a trabajar a nivel cortical (22)

3.2.3. Reacciones posturales

El sistema postural es el conjunto de estructuras anatomofuncionales, órganos y aparatos dirigidos a mantener las relaciones del cuerpo con respecto al espacio y a procurar posiciones que permitan una actividad definida y útil. Para su estudio se dividen en reacciones de enderezamiento y reacciones de equilibrio, que ya han sido explicadas en el apartado de características del recién nacido.

Patrones de movimiento

Al conjunto de reacciones automáticas se le denomina “patrones de movimiento”. Es la unión de reacciones posturales que se presentan de la misma manera en todos los individuos. Este patrón es psicomotor, es decir, interviene la voluntad.

- Patrones básicos de movimiento:
 - Cambio de decúbitos.
 - De decúbito a posición sedente.
 - De posición sedente a 4 puntos.
 - De cuatro puntos a posición de hincado.
 - De hincado a bipedestación.
 - De bipedestación a marcha.
- Patrones maduros:
 - Marcha.
 - Carrera.
 - Salto.
- Patrones manipulativos:
 - Arrojar.
 - Atajar.
 - Patear.

- Gateo:
 - A través de la motricidad y de la visión el niño descubre el mundo de los objetos, el mundo de los otros y su propio mundo (20). Hay un gateo homólogo (brazos y pies del mismo hemisferio) y cruzado (un brazo y el pie contrarios).
- Gateo en la visión:
 - Proporciona las bases para el desarrollo de la binocularidad, constancia de forma, constancia de tamaño y fundamentalmente el desarrollo de la estereopsis.

3.3. DESARROLLO DE LA LOCOMOCIÓN (17,21)

Al nacer si el niño es puesto en pie se sostiene y si se le inclina el cuerpo hacia delante, camina (reflejo bipedestación y marcha automática). Son movimientos estereotipados y primitivos, pero indican que, a un nivel reflejo, el potencial para la bipedestación y la marcha está presente en su cerebro y que evolucionará paralelamente al desarrollo del control de la cabeza y de las reacciones de equilibrio, y a la desaparición de los patrones primitivos, dando lugar a movimientos voluntarios, o sea, una marcha controlada completamente en el niño mayor. Este desarrollo tardará alrededor de cinco años en ser completo e incluso entonces los aspectos más delicados de la marcha requerirán un perfecto control del equilibrio.

El reflejo de bipedestación y marcha se observa hasta las ocho semanas aproximadamente y desaparece al entrar el niño en las fases:

- Abasia: incapacidad de tenerse en pie.
- Astasia: incapacidad de caminar.

Entonces el niño al ponerlo de pie dobla sus piernas y no responderá enderezándose y sosteniéndose sobre ellas hasta los cinco meses de edad.

La locomoción no evoluciona como una entidad independiente, sino como un resultado del desarrollo que se produce en otras áreas. Para lograr la bipedestación del niño debe ser capaz de mantenerse derecho por sí mismo contra la fuerza de la gravedad. Debe desarrollar la extensión y esto ocurre desde el nacimiento en dirección cefalocaudal.

3.4. DESARROLLO COGNITIVO (PIAGET)

Período del Lactante (Nacimiento hasta 1,5 -2 años)

- Estadio de los reflejos o montajes hereditarios, tendencias instintivas (nutrición) y primeras emociones.
- Primeros hábitos motores y primeras percepciones organizadas, primeros sentimientos diferenciados.
- La inteligencia sensorio-motriz o práctica (anterior al lenguaje), regulaciones afectivas elementales y primeras fijaciones exteriores de la afectividad.

De 2 Años A 7 años

- Inteligencia intuitiva, sentimientos interindividuales espontáneos, relaciones sociales y sumisión al adulto.

3.5. DESARROLLO DE LA PERCEPCIÓN

La Cuna de la Percepción

Autores como Splitz en 1965 indicaban el ser humano es un animal que nace inmaduro y desamparado (23). Para garantizar su supervivencia no es necesaria la discriminación visual. Por lo tanto, es posible que esta capacidad nunca haya formado parte del equipo hereditario innato. La percepción parece empezar como una totalidad, en el adulto no existe, ha de aprenderse. Al nacer, el infante responde solo a las sensaciones originadas dentro de su cuerpo, estas se hallan protegidas del exterior por una barrera, los “reflejos primitivos”. Solo existe la percepción por contacto y es incapaz de diferenciar entre él y mamá. El cambio de la percepción por contacto a la percepción a distancia se efectúa por medio de la relación con mamá. Al mamar, el bebé mira fijamente a mamá, de esta manera, la visión tiene un significado más fundamental como la modalidad perceptiva guiadora del hombre. Entonces la percepción a distancia se desarrolla después de la percepción por contacto (oral-táctil), la relación con mamá y su separación marcarán definitivamente la percepción del bebé y la manera en que esta se desarrolle (23)

Modelo de Getman

Getman propuso una jerarquía visual-motriz para elaborar el desarrollo visual desde la base de su relación con el movimiento. Sostenía que el desarrollo tiene una secuencia definida. Cada etapa o nivel es alcanzado a medida que el anterior es superado.

Niveles del Modelo de Getman.

1. Sistema de Respuestas Innatas: corresponde a la etapa antes del nacimiento en el cual Getman propone dónde se encuentran los precursores de la coordinación cerebro – mano, identificada por la succión espontánea en el vientre materno. Incluye el análisis de los siguientes reflejos primitivos.
 - Reflejos tónico cervicales.
 - De sobresalto.
 - Recíproco.
 - Estatoquinético.
 - Miotático.
2. Sistema Motor General para la acción: hace referencia a la importancia que tiene el tacto en el sistema ocular y cómo a través de la interacción de ambos se desarrollan ítems de locomoción tan importantes para el ser humano como los que se exponen a continuación:
 - Gatear.
 - Caminar.
 - Correr.
 - Saltar.
 - Deslizarse.
 - Saltar en un pie.

3. Sistema Motor Especial de acción: hace referencia al predominio del sistema manual sobre el visual, donde el niño confía más en el tacto que en su visión.
 - Coordinación ojo-mano.
 - Mano-pie.
 - Relaciones gestuales.
 - Lenguaje.
4. Sistema Motor Especial de acción en el que existe gran interacción entre el sistema ojo-mano sin que exista un predominio de ninguno de ellos
 - Coordinación ojo-mano.
 - Mano-pie.
 - Relaciones gestuales.
 - Lenguaje.
5. Patrones de Comunicación para reemplazar acción: se comienza a dar mayor importancia a la comunicación, primero comprensiva y posteriormente expresiva, pero siempre contando con la visión como sistema de apoyo.
 - Integración auditiva.
 - Visión y procesos del habla: balbuceo, habla imitativa, habla original.
6. Patrones de Visualización para sustituir acción, habla y tiempo: la visión comienza a tener predominio sobre el resto de las habilidades, en este caso principalmente las manipulativas y comunicativas.
 - Interpretación visual de las cosas.
 - Memoria visual.
7. Integraciones Visuales como producto final del desarrollo visual.
 - Las integraciones visuales son las más importantes.

4. SIGNOS DE ALERTA DE NECESIDADES DE ATENCIÓN TEMPRANA (17,21,23)

A continuación, vamos a repasar que signos observables en el niño/a que podrían servirnos como señal para alertarnos sobre posibles dificultades en su desarrollo. Es importante señalar que en los signos de alerta para cada franja de edad ya se ha considerado un margen temporal evolutivo, es decir, no es indica cuándo evolutivamente es esperable la conducta en el niño/a, sino que, teniendo ya en cuenta el intervalo en el que aún podría ser normal la aparición de esa adquisición o conducta, se indica cuándo su presencia o ausencia es señal de que algo puede ir mal en su desarrollo. Por tanto, la acumulación de dos o más de ellas en cualquier periodo evolutivo o la persistencia en uno de esos periodos de algún signo propuesto para un periodo evolutivo anterior, debe considerarse suficiente para requerir la derivación del niño a profesionales de Atención Temprana y solicitar una evaluación más exhaustiva.

4.1. PRIMER MES DE VIDA

- Anomalías en los reflejos, incluyendo exaltación o ausencia de reflejos primarios, por ejemplo, del Reflejo de Moro, del reflejo de retirada en miembros inferiores, ausencia de flexión fisiológica...
- Ausencia en la respuesta global corporal al sonido. Ante la aparición de sonidos, el niño no demuestra su percepción con movimientos corporales.
- Problemas de incoordinación succión-deglución. Dificultad para la alimentación por tener alteradas las funciones de succión, deglución o la coordinación entre ambas.
- Irritabilidad constante. Estado de irritabilidad permanente con llanto, quejido, hipertonía, imposibilidad de calmarse, de conciliar el sueño...

4.2. DOS – TRES MESES

- No fija la mirada y no sigue objetos (90°). No fija la mirada en el rostro, da la impresión de ausencia de visión, no localiza un estímulo que se ha movido (dentro de su campo visual) un recorrido de unos 20-30 centímetros.
- No reacciona al sonido. Permanece sin reaccionar ante el sonido, como ya ocurría en el primer mes.
- No se tranquiliza con la acción de la madre, sin existir un problema fisiológico que justifique el estado de irritabilidad. Persiste el estado de irritabilidad mantenido, sin calmarse ante ninguna maniobra o actividad que realice la madre (la cual ya debe ser conocedora, a esta edad del niño, de cómo satisfacer las necesidades de su hijo).
- Alteraciones en el tono muscular (hipotonía grave, asimetrías...). Tono muscular alterado. Por ejemplo, una hipotonía que impide al niño colaborar mínimamente en la maniobra de tracción de tumbado a sentado, cayendo la cabeza masivamente hacia detrás; o, por el contrario, hipertonía que provoca que, ante un estímulo o manipulación del niño, se percibe rigidez en las extremidades inferiores o en los hombros. En cualquier caso, siempre que aparezca una asimetría en los movimientos o el tono muscular imperante en un hemicuerpo.

4.3. CUATRO – SEIS MESES

- No manifiesta sonrisa social. El niño no sonríe cuando se le habla directamente (es decir, habiéndose establecido contacto visual) con entonación e inflexiones de voz adecuadas.
- No orienta la mirada hacia la voz de la madre o el objeto-persona que se encuentra en su campo visual (seguimiento visual y auditivo completo). No realiza seguimiento visual y auditivo. El niño no gira la cabeza 180° para seguir o localizar un estímulo visual o auditivo.
- No mantiene control cefálico. No es capaz de mantener la cabeza en la verticalidad cuando se le sujeta desde el tronco por un espacio de tiempo largo (que supera los 8

ó 10 minutos); o no es capaz de mantener levantada la cabeza cuando está situado boca abajo sobre una superficie dura.

- No produce sonidos vocálicos y guturales en sus emisiones. No se observan emisiones vocálicas y guturales que deberían aparecer espontáneamente cuando el niño está solo, tranquilo y relajado (por ejemplo, mirándose las manos o tocándose su ropa o chupete...); o que pueden aparecer cuando el niño está participando por turnos en la interacción con el adulto (por ejemplo, le habla la madre y cuando ésta se queda en silencio el niño emite un sonido para “provocar” una nueva interacción).

4.4. SIETE – NUEVE MESES

En esta fase evolutiva el niño debe mostrar una clara actividad motriz:

- No se coge los pies para jugar con ellos. Cogerse los pies supone que el niño explora su cuerpo y que, al elevar los miembros inferiores del plano, su apoyo en la columna vertebral le va a iniciar en el semivolteo (cae para un lado).
- No transfiere peso en prono, al elevar cabeza y hombros. Colocado en prono levanta la cabeza y se apoya en sus miembros superiores. Su posición no debe ser estática, el peso recae sobre uno de sus brazos y luego sobre el otro, alternativamente (transfiere peso de una extremidad a otra) para mirar o pretender coger un objeto.
- No realiza volteos: que el niño/a no se dé la vuelta en ninguno de los dos sentidos. El niño acostumbrado a estar en prono volteará más fácilmente (o en primer lugar) de prono a supino. Si no le es familiar dicha postura puede que realice más fácilmente el volteo de supino a prono o, como mínimo, tenga destreza y muestre placer en el semivolteo (explicado en el primer punto de esta misma franja de edad).
- No dirige las manos a los objetos (déficits en la prensión-manipulación, prensión en la línea media). El niño no dirige las manos hacia los objetos que están a su alcance, o lo hace sólo y siempre con una de ellas que es la que dirige hacia el objeto que se le ofrece en la línea media de su cuerpo, a una altura en la que deba elevar el brazo. Cuando el objeto está en su mano sería un signo de alerta a considerar el que el niño no realice movimientos con el objeto: mirarlo, cambiarlo de mano, chuparlo, etc.
- No reconoce al cuidador principal de otras personas. El niño no busca a su cuidador (persona de referencia) cuando lo coge un extraño, o no llora, o no mira con expresión de desconfianza o expectación a la persona desconocida. Es decir, que el niño no da claras muestras de reconocer entre persona conocida y persona desconocida.

4.5. DIEZ – DOCE MESES

- No rastrea o gatea, ni se observa deseo de desplazamiento al estar en el suelo. No se observan señales o deseo de ningún tipo de desplazamiento al estar en el suelo o los padres comentan su inmovilidad cuando le coloca en el parque (corralito).

- No se mantiene en sedestación. Cuando el niño, al colocarlo sentado, no mantiene la postura con la espalda erguida (sin apoyos) cierto tiempo; o cuando en esa postura de sedestación necesita de las manos para mantenerla y no puede manipular objetos con ellas.
- No soporta el peso de su cuerpo en bipedestación. Al colocarlo de pie, no soporta el peso de su cuerpo (flexiona las piernas sin volver a levantarse) o si para conseguirlo se observan las piernas muy rígidas.
- No muestra interés por los objetos (coger, cambiar de mano, explorar con el dedo índice, sacar de recipientes, etc.). No presta atención a los objetos o no realiza una exploración/juego con ellos: coger, cambiarlos de mano, sacarlos de un recipiente, tocarlos con el dedo índice buscando detalles, buscar algo que se ha caído... A esta edad puede ser un signo de alerta que sólo chupe los objetos, sin realizar ninguna otra actividad con ellos.
- No se observan emisiones vocálicas. El niño no emite sonidos silábicos en cadena ("pa-pa-pa", "ta-ta-ta", etc.).

4.6. TRECE – QUINCE MESES

- No camina con apoyo. El niño no camina ni siquiera llevándole de las manos o apoyándose en los muebles.
- No utiliza pinza digital. El niño no coge objetos pequeños con la punta de los dedos y oposición del pulgar.
- No comprende órdenes sencillas (negación, dame, ven...). El niño da muestras de no entender consignas sencillas y familiares como "dame, ven, no..." o incluso no responde cuando éstas se realizan verbal y gestualmente de forma simultánea.
- No reconoce juegos familiares (palmitas, canciones, adiós...). No presta atención o no da muestras de reconocer canciones o "gracias" familiares (palmitas, lobitos, adiós...).
- No se observan distintas respuestas ante personas conocidas y desconocidas. Mantiene la misma actitud de no dar muestras de diferenciar a personas conocidas de las desconocidas, tal y como se ha indicado ya en el intervalo de 7 a 9 meses.
- No realiza peticiones. No realiza ningún tipo de peticiones. Por ejemplo, mirando al adulto y al objeto alternativamente, o señalándolo con el dedo índice.
- No usa palabras con sentido referencial. No utiliza ninguna palabra con sentido referencial, aunque no estén bien dichas: "papa" o simplemente para referirse al "papá", "agua", "nene", etc.

4.7. DIECISEIS – DIECIOCHO MESES

- No camina de forma autónoma. No camina sólo.
- No realiza cambios posturales. No se agacha a coger los objetos ni realiza cambios posturales (ponerse de rodillas a bipedestación, de sentado a rodillas o posición de gateo, etc.).

- No da muestras de comprender el nombre de objetos muy familiares o habituales para el niño (biberón, zapato, peine...) o no asocia estos objetos con su uso.
- No existen de 5 a 10 palabras con sentido referencial. No emite más de 5 palabras con sentido referencial o terminaciones silábicas de la palabra (como reconociendo la misma, aunque no la diga completa) u onomatopeyas. No señala lo que le interesa.

4.8. VEINTICUATRO – TREINTA MESES

- Inestabilidad en la marcha. Se cae con frecuencia, no muestra agilidad en los cambios posturales, presenta miedos excesivos a la hora de sortear obstáculos, presenta marcha anómala, se observa rigidez en los miembros inferiores.
- Torpeza en la motricidad fina. Muestra visible torpeza en la manipulación de objetos, en la coordinación de la mano con otra parte del cuerpo se evidencia torpeza, temblores, asimetrías, etc.
- No señala personas/objetos familiares cuando se le nombran. No es capaz de señalar personas familiares u objetos que usa habitualmente cuando se le nombran, ni identifica imágenes de éstos cuando se le presentan.
- No ejecuta órdenes habituales. No comprende instrucciones sencillas que impliquen dos elementos (“ven y siéntate”, “coge el pañal”, “dale de comer/beber al muñeco”, “peina a la muñeca”, etc.) ni siquiera cuando se dan con apoyo gestual. No es necesario que ejecute la acción inmediatamente a la orden, ya que puede comprender ésta y realizar la acción de forma diferida.
- No aumenta su vocabulario. No incorpora palabras nuevas a su vocabulario, ni asocia dos palabras.
- No imita acciones sencillas de forma diferida. No presta atención suficiente para imitar una acción ni en el momento que se le muestra, ni se observa que posteriormente lo realice.
- Muestra poco interés hacia las personas/niños de su entorno. No se acerca a ellos, no responde cuando se le llama, incluso ha se han dado sospechas de sordera.
- No utiliza los objetos de manera adecuada. No realiza un juego funcional con objetos (gira las ruedas de un coche de forma estereotipada, como único juego, pero no juega con el coche; golpea con un juego ritual los objetos...).
- Realiza movimientos extraños repetitivos. Realiza estereotipias motrices como giros con las manos, balanceos de todo el cuerpo o parte de él, etc.
- Se resiste a los cambios de rutinas. Muestra gran resistencia ante cualquier cambio de rutinas mostrando rabietas, gran nerviosismo, agresividad...

5. ACTIVIDADES DE REPASO

Actividad 1: Identifica los reflejos que aparecen en las siguientes fotografías:



.....



.....



.....



.....

Ilustración 1. Reflejos infantiles. Extraído del Manual Adam

Respuestas: Tónico del cuello, palmar, marcha y gateo.

Actividad 2: Algunas rutinas y actividades diarias a tener en cuenta son los horarios de llegada y salida, la transición de una actividad a otra, el tiempo de juego, la hora de la comida y la hora del cuento. ¿Qué otras rutinas y actividades se te ocurren?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Respuesta: A continuación, se exponen algunos ejemplos de rutinas.

Fecha: Septiembre 2020	Rutinas de I.											
Rutinas →	Despertar	Cambio de pañal	Vestido	Desayuno	Salir	Comida	Siesta	Merienda	Juego	Baño	Cena	Dormir
OBJETIVOS												
1. Los papás sabrán cómo conseguir que I. haga las cosas sin enfadarse												
2. Los papás tendrán información para gestionar los momentos de espera con I.												
3. I. se parará cuando lo llaman												
4. I. llamará a los papás												
5. I. pedirá especificando lo que quiere												
6. I. centrará su atención en juegos nuevos sin rodar												
7. I. comerá él solo con la cuchara												
8. I. permanecerá sentado en la trona hasta acabar las comidas sin enfadarse												
9. I. jugará con los juguetes dándoles el uso que corresponde												
10. Los papás tendrán información sobre los juegos apropiados a su edad												
11. I. irá a dormir pronto												
12. I. permanecerá tranquilo cuando e corten el pelo												

TEMA 3

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN OCUPACIONAL EN ATENCIÓN TEMPRANA

1. INTRODUCCIÓN
2. PRINCIPIOS DE LA EVALUACIÓN EN LA INFANCIA
3. ENTREVISTA Y OBSERVACIÓN OCUPACIONAL EN NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS
4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN OCUPACIONAL EN NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS.
 - 4.1. Escalas para la evaluación del desarrollo
 - 4.2. Escalas para la evaluación de la inteligencia
 - 4.3. Escalas para la evaluación de lenguaje
 - 4.4. Escalas para la evaluación comportamental
 - 4.5. Escalas para la evaluación neuropsicológica
5. ÁREAS QUE MÁS SE EVALÚAN EN ATENCIÓN TEMPRANA E INSTRUMENTOS MÁS USADOS
 - 5.1. Área de desarrollo motor fino y grueso
 - 5.2. Área perceptivo-cognitiva/intelectual
 - 5.3. Área del lenguaje
 - 5.4. Área social/adaptativa
6. DIAGNÓSTICO FUNCIONAL DEL DESARROLLO DEL PRIMER AÑO SEGÚN EL MÉTODO MUNICH.
7. DIAGNÓSTICO DE LOS DIFERENTES TRASTORNOS DEL DESARROLLO
 - 7.1. Alteraciones del desarrollo motor
 - 7.2. Trastornos sensoriales
 - 7.3. Alteraciones en el desarrollo del lenguaje
 - 7.4. Alteraciones en el desarrollo cognitivo
 - 7.5. Alteraciones en el ámbito de la relación y la comunicación
 - 7.6. Alteraciones en el ámbito de la conducta, del estado de ánimo o de la expresividad emocional
 - 7.7. Diagnóstico de la situación de riesgo
8. INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN ATENCIÓN TEMPRANA
 - 8.1. Proceso de valoración inicial
 - 8.2. Tratamiento de to en atención temprana
 - 8.3. Evaluación y seguimiento
 - 8.4. Derivación
9. ACTIVIDADES DE REPASO

1. INTRODUCCIÓN

La evaluación se puede caracterizar como “el proceso a través del cual se obtiene información clínica con el fin de proporcionar respuestas a las preguntas de tipo evolutivo que se suscitan y de generar estrategias de intervención apropiadas, tanto para el niño como para su familia”. En general, el objetivo de la evaluación en la primera infancia es adquirir información y conocimiento, lo cual va a facilitar el desarrollo del niño y de sus habilidades funcionales en la familia y en la comunidad. La evaluación “es un proceso diseñado para profundizar en el conocimiento de las competencias y recursos de un niño, del cuidador y de los ambientes que más van a ayudar a ese niño a utilizar plenamente su potencial evolutivo” (24)

La evaluación en la primera infancia actualmente está en transformación. En sus comienzos estuvo dominada por los modelos psicométricos y por estrategias de medida creadas para niños mayores y adultos, pero ahora empieza a fraguarse una metodología que es exclusiva para niños muy pequeños (25). La evaluación de la conducta infantil presenta numerosos problemas que se ven magnificados en el caso de niños que presentan algún tipo de déficit o alteración. De ahí que se hayan criticado las líneas de evaluación más tradicionales, entre otras cosas porque la situación de la prueba no puede sacar a flote el verdadero potencial del niño en un momento determinado, o bien, porque da la sensación de que lo único que se busca es una cifra para situar o etiquetar al niño, ya que estos exámenes suelen prescindir de otros aspectos que tienen una influencia decisiva en el desarrollo del niño/a (25)

Cuando iniciamos un proceso de evaluación, además de conocer el nivel evolutivo en el que se encuentra el niño/a, podemos buscar la identificación de aquellos niños/as con un desfase o alteración en el desarrollo para establecer la línea base a partir de la cual organizar la intervención, o bien valorar la eficacia de un programa de tratamiento, aplicando el procedimiento. En este segundo caso, cabe destacar la evaluación final que se realiza en los servicios de Atención Temprana para comprobar si los objetivos se han conseguido o si, por el contrario, necesita continuar la intervención en otro servicio, en cuyo caso se procederá a orientar su derivación.

Todo proceso de evaluación debe ser dinámico y complejo, ya que es necesario (26)

- Aplicar las pruebas, tests o escalas.
- Respetar las variables ambientales.
- Considerar otros aspectos a través de la observación, entrevistas familiares, informes, etc.
- Disponer de un profesional que tenga experiencia en el manejo de niños y tenga conocimientos sobre el desarrollo infantil.
- Que el profesional tenga criterio para interpretar los resultados obtenidos.
- Abordar el proceso desde una perspectiva global, contemplando aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

- Realizar una evaluación funcional, determinando cuantitativa y cualitativamente los trastornos que presenta el niño en cualquiera de las áreas de desarrollo (motora, cognitiva, del lenguaje y social).
- Tener en cuenta la interacción del niño con su familia y el entorno.

2. PRINCIPIOS DE EVALUACIÓN EN LA INFANCIA

Según Greenspan y Meisels existen diez principios de evaluación en niños pequeños (25)

- La evaluación debe basarse en un modelo de desarrollo integrado.
- La evaluación implica múltiples fuentes de información y múltiples componentes.
- Debe seguir una secuencia determinada.
- La piedra angular de la evaluación debe ser la relación y la interacción del niño con su cuidador principal.
- Como sustrato para la interpretación de las diferencias evolutivas entre los niños es esencial un conocimiento de las secuencias y guías del desarrollo típico.
- La evaluación debe subrayar la atención al nivel y patrón de organización de la experiencia y a las capacidades funcionales que tiene el niño, lo cual supone una integración de las habilidades emocionales y cognitivas.
- El proceso de evaluación debe identificar las competencias y puntos fuertes actuales del niño, así como las competencias que constituirán la progresión evolutiva en un modelo de desarrollo de crecimiento continuo.
- La evaluación es un proceso de colaboración.
- El proceso de evaluación debe contemplarse siempre como el primer paso de un potencial proceso de intervención.
- La re-evaluación de la situación evolutiva de un niño debe hacerse en el contexto del día a día familiar, en las actividades de la intervención temprana, o en ambos.

3. ENTREVISTA Y OBSERVACIÓN OCUPACIONAL EN NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS

A la llegada de un niño/a a Atención Temprana, las primeras entrevistas tienen por objetivo, en primer lugar, recoger los motivos de preocupación de la familia, su percepción e interpretación de las posibles dificultades o alteraciones. La anamnesis, que recoge la historia previa o antecedentes personales y los antecedentes familiares, contemplando los ámbitos de la salud y los sociales. Es fundamental la actitud de escucha del profesional, disponer de suficiente tiempo para las entrevistas, evitando las interrupciones a causa de llamadas telefónicas, entrada de personas para consultas diversas, etc. Su número y extensión será variable

en función de las familias. El primer contacto tendrá lugar en el Centro de Atención Temprana mediante una entrevista de acogida.

La primera evaluación del niño o niña constituye, en la mayoría de los casos, el momento de inicio de un proceso que, por sus características, requiere de diversas evaluaciones y varios evaluadores (27). Se intentará conseguir que el niño se encuentre tranquilo y pueda poner de manifiesto sus capacidades, al mismo tiempo que aparecen sus dificultades. En los más pequeños es imprescindible considerar el estado de satisfacción de sus necesidades fisiológicas: hambre, sueño y estado general de salud.

La evaluación se basa en:

- Observación de la conducta espontánea y reactiva ante determinadas situaciones y estímulos presentados.
- Relación con los propios padres y con el profesional que realiza la evaluación.
- Examen físico, valoración neurológica y funcional del niño.

En función de la anamnesis y de las primeras evaluaciones se establecerá la conveniencia o necesidad de:

- Observación en el medio escolar. Relación con los otros niños y con el educador.
- Pruebas estandarizadas.
- Exámenes complementarios.
- Consultas especializadas.

La evaluación debe basarse en un profundo conocimiento del desarrollo infantil, de sus variaciones y de los signos iniciales de los diferentes trastornos. El proceso diagnóstico se debe iniciar ante los primeros signos de un trastorno o ante la presencia de factores de riesgo de presentarlo en cualquier etapa del desarrollo. En todo caso el proceso diagnóstico conlleva una gran complejidad que implica un modelo integrador que, además de variables biológicas, considere todas las dimensiones personales, familiares y sociales.

4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN OCUPACIONAL EN NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS.

Existen múltiples escalas de evaluación que se centran en diferentes aspectos del desarrollo infantil. Enumeraremos algunas y las agruparemos en:

- Escalas para la evaluación del desarrollo.
- Escalas para la evaluación de la inteligencia.
- Escalas para la evaluación del lenguaje.
- Escalas para la evaluación comportamental.
- Escalas para la evaluación neuropsicológica.

4.1. ESCALAS PARA LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO

- **La Escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal (NBAS)** (28) evalúa el comportamiento interactivo y general del bebé. Se aplica a niños de 0 a 2 meses, aunque abarca hasta las 48 semanas en caso de niños prematuros. Permite evaluar y controlar cuatro dimensiones funcionales de la conducta neonatal: fisiológica, motora, estado de conciencia y atención/interacción.
- **La Escala de Desarrollo Motor de Brunet-Lezine** (29) mide el desarrollo psicomotor de la primera infancia. Está formada por dos pruebas distintas, aplicables en niveles de edad diferentes. La primera parte engloba desde el nacimiento hasta los 30 meses y la segunda y tercera parte abarcan desde los 30 meses hasta los 6 años. En general, podemos decir que su objetivo es la evaluación del desarrollo sensorio-motriz, los movimientos posturales, la coordinación y el lenguaje. Es una de las pruebas más utilizadas en Atención Temprana por su facilidad de aplicación y corrección.
- **Las Escalas Bayley de desarrollo infantil (BSID)** (30) son aplicables en niños de entre 2 y 30 meses de edad. Está formada por tres escalas: escala mental, escala de desarrollo psicomotor y registro de comportamiento. Se considera una de las escalas más idóneas para la evaluación del desarrollo hasta los dos años y medio, debido a su cuidadoso estudio estadístico.
- **Inventario de Desarrollo Battelle** (31,32). Tiene un ámbito de aplicación de 0 a 8 años y dispone de instrucciones específicas para niños con discapacidad. Está formada por 341 ítems agrupados en 5 áreas: Personal/Social, Adaptación, Motora, Comunicación y Cognitiva. También presenta una prueba de Screening, mucho más reducida que el inventario, que resulta muy útil en aquellos casos en los que se busca hacer un sondeo rápido, para poder determinar las áreas en las que precisa una evaluación más completa.
- **Las Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad (MSCA)** (33) es aplicable a niños y niñas de 2 años y medio hasta los 8 y medio. Evalúa aspectos cognitivos y psicomotores del desarrollo del niño. La prueba está formada por 18 tests agrupados en seis escalas: Verbal, Perceptivo-manipulativa, Numérica, General-cognitiva, Memoria y Motricidad. Se obtiene a partir de ella un Índice General Cognitivo (IGC), equiparable al CI. Las subescalas numéricas, de memoria y de motricidad son lo novedoso respecto a otras pruebas. Proporciona, además, información sobre la lateralidad.
- **El Inventario de Desarrollo para Atención Temprana IDAT** (34), de 0 a 48 meses. Evalúa a través de ítems distribuidos en 4 grandes áreas o conjunto de habilidades (Motoras; Perceptivo-Cognitivo/Manipulativas; Lenguaje; Autonomía y Relación Social), que a su vez se subdividen en 17 subcategorías. El IDAT se presenta en forma

de cuadernillos por intervalos de edad. Incluye los ítems o habilidades esperadas para cada una de las áreas de desarrollo.

4.2. ESCALAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA INTELIGENCIA

- **Las Escalas de Inteligencia Wechsler para Preescolar y Primaria WPPSI (35)** Son una adaptación del WISC para poder ser aplicada a edades menores, entre los 4 y los 6 años y medio. Está estructurada en dos partes: Serie Verbal (información, vocabulario, aritmética, semejanzas, comprensión y frases) y Serie Manipulativa (casa de los animales, figuras incompletas, laberintos, dibujo geométrico y cuadrado). Se aplica intercalando pruebas verbales y manipulativas. Aporta medidas de CI verbal, CI manipulativo y CI total.

4.3. ESCALAS PARA LA EVALUACIÓN DEL LENGUAJE

- **La Escala para evaluar el desarrollo del lenguaje Reynell (36)** Se utiliza a partir de los 18 meses y hasta los 54 meses. Es una prueba específica del lenguaje y consta de dos escalas independientes: Escala de Comprensión Verbal y Escala de Expresión Verbal.
- **El Test de Illinois de aptitudes psicolingüísticas ITPA (37)** Su aplicación es desde los dos años y medio hasta los diez años y medio y su finalidad es identificar las aptitudes y dificultades específicas de las funciones psicolingüísticas implicadas en el proceso de comunicación (deficiencias en la percepción, interpretación o transmisión) y, por ende, la detección de trastornos de aprendizaje.
- **El Test de vocabulario en imágenes Peabody (38)** Es aplicable a niños, con o sin alteraciones en el desarrollo, entre los 2 años y medio y los 18 años. Sirve para medir la recepción de vocabulario de palabras simples presentadas de forma oral por el examinador. El niño no precisa conocimientos previos de lecto-escritura, aunque sí es necesario que tenga una buena capacidad de discriminación visual o auditiva. Está compuesto por 150 láminas con tres imágenes para seleccionar y 5 láminas de ejemplo. La prueba puede iniciarse en distintos niveles de dificultad.

4.4. ESCALAS PARA LA EVALUACIÓN COMPORTAMENTAL

- **El Inventario IDEA del Espectro Autista (39)** Su objetivo es la evaluación de las personas que presentan espectro autista a través de doce dimensiones que se agrupan en cuatro niveles: trastorno del desarrollo social, trastorno de la comunicación y el lenguaje, trastorno de la anticipación y flexibilidad y trastorno de la simbolización.
- **Prueba ACACIA (40)** Dirigida a niños o adolescentes con una edad cronológica superior a tres años que presentan graves problemas en el desarrollo del lenguaje oral o intelectual un rango de discapacidad intelectual. Su finalidad es analizar y evaluar la conducta comunicativa y social interpersonal en la población que presenta graves

alteraciones en su desarrollo, con el doble objetivo de efectuar una intervención educativa y poder, a la vez, valorarla, realizando registros anuales de la prueba. Está formada por diez situaciones encadenadas de interacción didáctica en un contexto natural, con un tiempo predeterminado y una duración total de catorce minutos.

4.5. ESCALAS PARA LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

- **Cuestionario de madurez neuropsicológica infantil CUMANIN-2.**(41). Se aplica en niños entre edades comprendidas entre los 3 y 6 años. Los distintos elementos que la componen se agrupan en trece escalas y éstas permiten evaluar la madurez neuropsicológica y los posibles signos de disfunción cerebral. La finalidad principal consiste en constatar las consecuencias que tiene el funcionamiento alterado del sistema nervioso sobre la conducta y las funciones cognitivas. Esta prueba puede ser utilizada para valorar el proceso evolutivo del niño a lo largo del tiempo, mediante evaluaciones periódicas, o bien servir como línea base para realizar programas de intervención.

Existen otras muchas pruebas aplicables en Atención Temprana, pero hay que tener en cuenta que no existe una prueba única ni ideal para la evaluación, ninguna es la mejor, sino que todas son importantes siempre que se adecuen a las necesidades de la exploración del equipo interdisciplinar de evaluación y a la realidad del niño y de su entorno. Una misma prueba puede que no sea igual de importante para evaluar a dos niños de características individuales similares si los contextos en los que se produce el desarrollo son distintos; de la misma manera que dos niños que viven en unas mismas condiciones ambientales requerirán instrumentos de evaluación distintos porque sus características individuales son también distintas. Tampoco debemos olvidar que la elección de las pruebas de evaluación siempre deberá estar en función de:

- Las características del niño.
- Las necesidades de la familia.
- De los contextos en los que se produzca el desarrollo.

El equipo interdisciplinar será el que determine qué instrumentos de evaluación van a ser los más adecuados para cada niño, cada familia y cada situación.

5. ÁREAS QUE FRECUENTEMENTE EVALUADAS EN ATENCIÓN TEMPRANA E INSTRUMENTOS MÁS USADOS

Las áreas en que se centra el proceso de evaluación y diagnóstico en Atención Temprana son aquellas que conforman el desarrollo global del niño y serían cuatro:

- Área de desarrollo motor fino y grueso.
- Área perceptivo-cognitiva/ intelectual.
- Área de lenguaje.
- Área social/adaptativa.

5.1. ÁREA DE DESARROLLO MOTOR FINO Y GRUESO

La evaluación del desarrollo psicomotor abarca desde la observación de los reflejos mecánicos y automáticos (26), hasta los movimientos coordinados y complejos.

Uno de los aspectos importantes a evaluar es el tono muscular, para ello se puede utilizar la técnica de Sistematización de Bucher (1970) que se centra en tres aspectos fundamentales como son la pasividad, la relajación y la estabilidad.(42)

En todo caso, algunas de las pruebas psicométricas más comúnmente utilizadas para la evaluación del desarrollo motor fino y grueso son:

- Escala de Desarrollo Motor de Brunet-Lezine (29,30)
- Escalas Bayley de Desarrollo Infantil (30)
- Inventario de Desarrollo Battelle (32)
- Inventario de Desarrollo para Atención Temprana IDAT (34)
- Escala McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad (33)

Todas ellas presentan una o varias escalas que nos permiten evaluar el área motora fina y gruesa del desarrollo del niño. Existen también otras que, si bien no vamos a definir, las enumeramos: Escala de evaluación de la Psicomotricidad o EPP (43) Test Motor de Ozeretski (44) y Perfil Psicomotor de Picq y Vayer (45).

5.2. ÁREA PERCEPTIVO-COGNITIVA/ INTELECTUAL

Los modelos desde los cuales podemos evaluar el desarrollo cognitivo e intelectual del niño son muy diversos (psicofisiológico, genético, etc.). Las pruebas psicométricas más utilizadas para la evaluación del desarrollo perceptivo-cognitivo/ intelectual en Atención Temprana son:

- Escala de Desarrollo Motor de Brunet-Lezine (29)
- Escalas Bayley de Desarrollo Infantil (30)
- Inventario de Desarrollo Battelle (32)
- Inventario de Desarrollo para Atención Temprana IDAT(34)
- Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad (33)
- Escala de Inteligencia de Wechsler para Preescolar y Primaria (35)

Al igual que hemos explicado en el área motora, todas ellas presentan una o varias escalas que nos permiten evaluar el área perceptivo-cognitivo/ intelectual del desarrollo del niño. Existen otras escalas aplicables para esta área como son la Escala de inteligencia Stanford-Binet (revisión de Terman y Merrill) (46) y la Batería de Evaluación de Kaufman para niños K-ABC (47)

5.3. ÁREA DE LENGUAJE

En el proceso de evaluación del lenguaje se debe tener en cuenta tres aspectos fundamentales: por una parte, tenemos una serie de elementos que condicionan el lenguaje, aunque no son propiamente lingüísticos, por otro lado, tenemos los procesos lingüísticos propiamente dichos y por último debemos tener en cuenta también otros aspectos estructurales y funciones del lenguaje. Así serían:

- Niveles de categorización de la experiencia (sensación, percepción, imaginación, simbolización, conceptualización).
- Procesos lingüísticos (lenguaje interior, recepción auditiva, expresión verbal del lenguaje).
- Aspectos estructurales y funcionales del lenguaje (fonológico, sintáctico, semántico y pragmático).

Las pruebas psicométricas específicas más utilizadas para la evaluación del lenguaje son:

- Escalas para evaluar el desarrollo del lenguaje Reynell (36)
- Test de Illinois de aptitudes psicolingüísticas (37)
- Test de vocabulario en imágenes Peabody (38)

También hay pruebas no específicas que resultan útiles en la evaluación del lenguaje:

- Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad (33)
- Escala de Inteligencia de Wechsler para Preescolar y Primaria (35)
- Inventario de Desarrollo Battelle (32)
- Inventario de Desarrollo para Atención Temprana IDAT (34)

5.4. ÁREA SOCIAL/ ADAPTATIVA

El desarrollo social se entiende como el nivel de adquisición alcanzado por el niño en una serie de hábitos comportamentales que posibilitan su adaptación a las exigencias del medio social. En tales hábitos se encontrarían, tanto los relacionados con la autonomía e independencia personal (ase, vestido, alimentación, etc.), como los que tienen que ver con la conducta interpersonal (saludar, pedir ayuda, iniciar una conversación, etc.). Existen una serie de escalas específicas de evaluación del desarrollo social:

- Escala de Madurez Social de Vineland (48). Proporciona edades de madurez social desde 0-1 año hasta edades superiores a 25. Fue el primer instrumento ideado para la evaluación del desarrollo social. Consta de 117 elementos referidos a: Ocupación, Comunicación, Locomoción y Socialización.
- Cuadrados para la evaluación del desarrollo social PAC (49). Esta escala intenta fundamentalmente hacer una evaluación cualitativa del sujeto y no proporciona una puntuación. Se trata realmente de un inventario de desarrollo que presenta tres formas: PPAC, para niños menores de tres años con discapacidad intelectual o mayores

de 13-14 con discapacidad intelectual profunda, PAC-1 dirigido a niños con discapacidades intelectuales de 3 a 8 años y PAC-2 dirigido a la evaluación de personas con discapacidades psíquicas moderadas, medias y ligeras. Las áreas que componen esta escala son: Ayuda a sí mismo, Comunicación, Socialización y Ocupación.

También existen (y son más utilizadas) escalas de desarrollo que incluyen el área social/adaptativa:

- Escala de Desarrollo Motor de Brunet-Lezine.(29)
- Escalas Bayley de Desarrollo Infantil (30)
- Inventario de desarrollo Battelle (32)
- Inventario de Desarrollo para Atención Temprana IDAT (34)

6. DIAGNÓSTICO FUNCIONAL DEL DESARROLLO DEL PRIMER AÑO SEGÚN EL MÉTODO MUNICH

Este método permite reconocer precozmente el estado en que se encuentran las funciones psicomotoras más importantes del lactante. El diagnóstico se basa en que el desarrollo de estas funciones queda reflejado en unos característicos modelos de conducta que el niño sano domina a determinadas edades. No se trata de un diagnóstico morfológico o psicológico del desarrollo, sino que es etológico. Es un sistema útil para el diagnóstico precoz de trastornos psicomotores, en el que se incluyen por primera vez el desarrollo preverbal y social (50).

Este método tiene como particularidad la atención específica del área motora y valoración independiente de la:

- Edad del gateo.
- Edad de la sedestación.
- Edad de la marcha.
- Edad de la prensión.
- Edad de la percepción.
- Edad del habla.
- Edad de la comprensión del lenguaje.
- Edad social.

7. DIAGNÓSTICO DE LOS DIFERENTES TRASTORNOS DEL DESARROLLO

Establecer un diagnóstico de certeza de un trastorno del desarrollo en los primeros años de la vida puede ofrecer importantes dificultades, desiguales para los diferentes trastornos. El diagnóstico y clasificación de los trastornos motores y sensoriales en los primeros años goza

de consenso entre los profesionales y las posibles dudas diagnósticas se resuelven habitualmente en pocos meses, siendo algunos exámenes complementarios definitivos para ello.

En el ámbito de los trastornos del lenguaje, la cognición, y especialmente en los de la comunicación, la conducta, la expresión emocional y las alteraciones del ánimo aparecen sin embargo importantes dificultades debido a diferentes causas:

- Los límites de la normalidad son imprecisos, no hay una línea que separe la normalidad de la patología. En los primeros años de la vida puede ser difícil establecer de forma segura si algunas desviaciones tienen carácter patológico, si estamos ante una variación en la normalidad, o si las manifestaciones que preocupan, aunque poco comunes, van a tener un carácter transitorio y benigno. De esta forma, es necesario considerar el curso evolutivo espontáneo y/o el observado ante las diferentes propuestas terapéuticas y modificaciones del entorno.
- Puede ser difícil valorar el significado de algunas alteraciones por la necesidad de referirnos inicialmente al relato de los padres en aspectos que pueden ser altamente subjetivos y no reproducibles con facilidad en la consulta.
- Gran parte de los signos o síntomas son inespecíficos, pudiendo presentarse en diferentes trastornos y ser fruto de condiciones del entorno y/o de alteraciones neurológicas.
- Cuadros clínicos muy similares pueden evolucionar de manera diferente en función del propio niño/a y también porque (especialmente por algunos trastornos o patologías de la comunicación y de la conducta) una intervención en los primeros 2 años de la vida, cuando el posible “trastorno” no está todavía definitivamente instaurado, puede modificar algunas tendencias patológicas y ser definitiva para el pronóstico de los niños.
- Las clasificaciones diagnósticas utilizadas habitualmente no se pueden aplicar con facilidad a estas edades, al basarse en signos y alteraciones propias de edades superiores a las contempladas.

En lo referente a clasificaciones diagnósticas la aparición y difusión de la Clasificación Multiaxial Específica para Psicodiagnóstico de 0-3 años (CMEP 0-3) ha sido una importante aportación en el ámbito del diagnóstico en Atención Temprana, al redefinir y describir algunas entidades clínicas en términos aplicables al menor de 3 años y definir algunas que hasta este momento no estaban contempladas.

7.1. ALTERACIONES EN EL DESARROLLO MOTOR.

El retraso y/o alteración en las adquisiciones motoras constituye el principal motivo de consulta para la derivación a Atención Temprana en el primer año de vida permite el diagnóstico de las diferentes formas de parálisis cerebral y trastornos periféricos, así como la detección de retrasos evolutivos de los que a menudo el retraso motor constituye tan solo un aspecto que se convierte en signo guía y permite la evaluación y diagnóstico interdisciplinar posterior que identifica posibles trastornos acompañantes: cognitivos, atencionales, etc. (17)

7.2. TRASTORNOS SENSORIALES

En el ámbito de los déficits sensoriales, especialmente en la sordera congénita, se han producido importantes avances al disponer de instrumentos como las otoemisiones acústicas para el screening de la población general de recién nacidos. Sería deseable que, en edades posteriores, fundamentalmente en el segundo y tercer año de la vida (etapa de desarrollo del lenguaje y también de frecuentes infecciones de oído medio), existieran más facilidades para identificar correctamente las hipoacusias, que pueden cursar afectando no solo al lenguaje oral sino también a la comunicación y la conducta. La audiometría lúdica, utilizada por personas experimentadas, está actualmente en disposición de obtener datos fiables en la mayoría de los niños y niñas en los primeros 3 años de la vida, y hace innecesario recurrir de forma sistemática a la realización de Potenciales evocados auditivos tronco cerebral (PEATC) ante la sospecha de hipoacusia, reservando esta exploración para niños con trastornos graves que imposibilitan el registro de respuestas a los estímulos auditivos presentados. La escasez de equipos limita la utilización de este método de diagnóstico sencillo y no invasor.

7.3. ALTERACIONES EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE

Son diversos los factores que pueden determinar un retraso o alteración del lenguaje verbal: puede tratarse de un trastorno específico de lenguaje, pero también y con mayor frecuencia puede ser debido a déficit sensorial, trastorno de comunicación, trastorno del espectro del autismo, trastornos motores, trastornos cognitivos, factores emocionales, déficit de atención auditiva, etc. Actualmente se reconoce que todas estas causas deben considerarse, constituyendo probablemente esta entidad el modelo paradigmático que apoya la necesidad en Atención Temprana de un equipo interdisciplinar, para un correcto diagnóstico y orientación terapéutica. A pesar de haberse realizado sin duda un importante avance en este ámbito, todavía se pospone el diagnóstico (y por tanto la ayuda terapéutica), de forma innecesaria y negativa para el desarrollo del niño, especialmente en los ámbitos de la comunicación, del desarrollo emocional y de la conducta. La utilización como instrumento de screening para el desarrollo de lenguaje de escalas adecuadas, como Early Language Milestones (51) que contempla aspectos comprensivos y expresivos de lenguaje verbal y gestual podría facilitar de forma importante la detección y el diagnóstico.

7.4. ALTERACIONES EN EL DESARROLLO COGNITIVO

Detectar de forma temprana la dificultad global para aprender (learning difficulties en terminología anglosajona o discapacidad intelectual en todos sus grados en terminología clásica) o la específica para determinadas áreas (trastornos del aprendizaje/learning disabilities), así como la etiología y patogenia subyacente a dichas dificultades es sin duda una asignatura pendiente en el ámbito de la psicología y de las neurociencias. Se han realizado progresos en la identificación de la base genética de algunos síndromes que asocian esta dificultad, como los síndromes de fragilidad del cromosoma X, síndrome de Prader Willi,

síndrome de Williams o síndrome de Angelman. Sin embargo, en gran parte de la población afectada no existen marcadores biológicos que puedan identificarse.

Es importante utilizar test o escalas de desarrollo actualizadas y adecuadamente baremadas. La edición revisada del Bayley (30), y el KBC de Kaufman (47) se constituirán probablemente en los próximos años como instrumentos de ayuda en la identificación de estos niños y niñas.

7.5. ALTERACIONES EN EL ÁMBITO DE LA RELACIÓN Y COMUNICACIÓN

El diagnóstico en este ámbito plantea más problemas si cabe que el diagnóstico de los trastornos cognitivos por la importante variación en la normalidad, ausencia habitual de cualquier tipo de marcador biológico y la dificultad de valorar estos aspectos en el marco de la consulta pediátrica. Sin embargo, la detección precoz, antes de que el trastorno se manifieste por un retraso o alteración en el desarrollo del lenguaje verbal, es la que puede llevar a un mejor pronóstico y en algunos casos a superar o compensar las dificultades en la comunicación y relación, que cada vez con mayor frecuencia detectamos.

Existe acuerdo desde todos los ámbitos en la necesidad y beneficio de una intervención terapéutica precoz en estos trastornos en los primeros 2 años de la vida, tras descartar alteraciones sensoriales. Se inicia la atención habitualmente en estas edades con el diagnóstico funcional de trastorno en la comunicación y relación social y con el diagnóstico sindrómico de posible trastorno del espectro del autismo. La evolución ayuda a establecer un diagnóstico de certeza.

La valoración más detenida de los aspectos de comunicación en el primer año, con ítems específicos o la posible aplicación de los cuestionarios como el M-CHAT (52) a los 18 meses en las consultas de pediatría constituirían importantes instrumentos de ayuda para la detección de estos trastornos.

7.6. ALTERACIONES EN EL ÁMBITO DE LA CONDUCTA, DEL ESTADO DE ÁNIMO O DE LA EXPRESIVIDAD EMOCIONAL

Es importante conocer que las alteraciones de la conducta en los niños pueden responder a causas muy diversas. En los menores de 1 año son frecuentes las alteraciones en el sueño o en la alimentación, periodos de irritabilidad... y estas alteraciones pueden corresponder a patología pediátrica, neurológica o ser la respuesta a un entorno inadecuado. El diagnóstico en Atención Temprana debe contemplar las diferentes posibilidades.(28)

Realizar un adecuado diagnóstico de los trastornos de la conducta, alteraciones del estado de ánimo o de la expresividad emocional es fundamental, por cuanto:

- La mayor parte de los niños y niñas con discapacidad van a presentar trastornos en estos ámbitos o están en riesgo de presentarlos.

- Un amplio sector de la población infantil los presenta, ya sea de forma permanente o transitoria, estando a menudo asociados y/o en la base de posibles dificultades en la relación social, lenguaje y dificultades de aprendizaje en etapas posteriores.
- Una intervención terapéutica adecuada, habitualmente centrada en asesoramiento a la familia, puede ser muy eficaz.

La CMEP 0-3 introduce el concepto de “trastornos de la regulación” para definir algunas alteraciones en la conducta específicas de los primeros años, encontrándose en este grupo alteraciones de la conducta que sin duda son los precursores o equivalentes de los trastornos de conducta hiperactiva o desatenta diagnosticada posteriormente.

7.7. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DE RIESGO

Una parte de la población infantil presenta mayor probabilidad estadística de presentar TD que la población infantil general, refiriéndonos habitualmente a ellos como niños de alto riesgo de presentar TD. Desde Atención Temprana se consideran que los factores biológicos y sociales pueden originar alteraciones en cualquier ámbito del desarrollo: motor, cognitivo, lenguaje, comunicación y relación social, emocional y de la conducta.

Es importante distinguir, tanto en los casos en que el factor de riesgo es un elemento de tipo biológico como social entre cuando se trata de un antecedente de riesgo (algo que pasó) que cuando nos encontramos en una situación de riesgo (algo que está pasando).(53)

Cuando la consideración de los antecedentes nos lleve al diagnóstico de alto riesgo en función de los antecedentes, si la evaluación no indica alteración en el niño ni en su entorno familiar y social, la conducta adecuada será un seguimiento evolutivo mientras consideremos posible la aparición del trastorno. Cuando el diagnóstico nos lleve a considerar unas situaciones presentes que pueden actuar alterando el desarrollo del niño/a, deberemos intentar modificarlas, sean éstas de origen biológico (malnutrición, inadecuada atención sanitaria...) o social (deprivación social, hostilidad del entorno, etc.).

8. INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN ATENCIÓN TEMPRANA

La Terapia Ocupacional usa la Ocupación y la Actividad Propositiva para intervenir en las actividades de la vida diaria, educación y actividades productivas, actividades lúdicas y de ocio y participación social y como propósito final mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas que presenten cualquier disfunción ocupacional o riesgo de padecerla. Esta disciplina, bajo un enfoque holístico, entiende al ser humano, en este caso al niño/a, como un ser en interacción constante con su medio centrándose en la educación de las habilidades adaptativas de dicho niño y en la rehabilitación de su contexto para promover el mayor grado de inclusión y participación posibles. De esta manera, con una concepción global, multidimensional y ecológica de la persona, la Terapia Ocupacional cobra verdadero sentido en la

Atención Temprana, como un tipo de apoyo dentro de la red existente que pretende garantizar la obtención de niveles máximos de calidad de vida y de bienestar (54)

8.1. PROCESO DE VALORACIÓN INICIAL

El proceso de valoración inicial supone un estudio global y en profundidad del desarrollo del niño, de su historia individual y familiar y de su entorno. Para realizar de una forma adecuada y completa la valoración se necesitará la colaboración de los profesionales de las diferentes disciplinas que componen el equipo, así como la colaboración y coordinación de las instituciones que hayan derivado el caso, o bien de aquellas que participen en exploraciones o exámenes complementarios.

En la valoración inicial podemos distinguir estos cuatro momentos: la recogida de información, la evaluación del niño y su entorno, la elaboración de hipótesis diagnósticas y elaboración de un plan de intervención y la entrevista de devolución a la familia.

8.1.1. Recogida de información

La adecuada recogida de información constituye, sin duda, el elemento más importante del proceso diagnóstico, el instrumento que va a guiar los pasos posteriores del proceso de evaluación. Obtenemos la información a través de la acogida, de la recogida sistemática de información y de las aportaciones de otros profesionales.

A. Acogida:

El primer contacto con la familia constituye el momento de acogida, en el que el profesional, a través de una actitud de escucha, va a ir recogiendo las preocupaciones, los recuerdos, los proyectos, las expectativas, las dificultades, que los padres van a ir exponiendo con respecto a su hijo y a sí mismos, así como los antecedentes familiares y personales del niño. La entrevista de acogida, además de ser una herramienta de trabajo muy importante para llevar a cabo la valoración inicial, establece las primeras directrices del diseño de la intervención.

B. Recogida sistemática de información:

Basándonos en la información de la entrevista de acogida, se recogen de forma sistemática aquellos datos que la familia no ha aportado espontáneamente, pero que son necesarios para una adecuada comprensión del desarrollo del niño/a y de su momento evolutivo, así como de las posibles causas de alteración en el proceso.

C. Información de otros profesionales:

A través de informes escritos o entrevistas se obtendrá información de otros profesionales que conocen al niño/a y a su familia, como el pediatra, psicólogo escolar, educador, trabajadores sociales, etc. Los datos se organizarán en una historia común, de forma que cuando un profesional deba tomar contacto con la familia conozca los datos aportados previamente y evite solicitar de forma innecesaria la información que ya ha sido facilitada.

8.1.2. Evaluación del niño y de su entorno

Para realizar la evaluación disponemos de distintos instrumentos que utilizaremos de forma discriminada en cada niño a partir de las primeras hipótesis establecidas en base a la historia:

- Observación de la conducta espontánea y reactiva ante determinadas situaciones y estímulos presentados.
- Relación con los propios padres y con el profesional que realiza la evaluación.
- Relación con los otros niños y con el educador cuando el niño esté escolarizado.
- Examen físico y valoración neurológica y funcional del niño.
- Pruebas estandarizadas.
- Observación en el domicilio.
- Exámenes complementarios, consultas especializadas.

La aplicación de estas técnicas nos aportará la información correspondiente al funcionamiento general y específico del niño, tanto a nivel físico-funcional, como intelectual o emocional. Esta información reflejará no sólo las posibles limitaciones y déficits presentados por el niño, sino también el conjunto de sus capacidades y posibilidades.

8.1.3. Elaboración de hipótesis diagnósticas y de un plan de intervención

Concluida la etapa de recogida de la información cada profesional aportará en una reunión de equipo los datos y conclusiones de su evaluación con el fin de establecer de forma conjunta y teniendo en cuenta todos los factores bio-psico-sociales, los diagnósticos o hipótesis diagnósticas, en los 3 niveles, funcional, sindrómico y etiológico.

Se establecerán las necesidades del niño/a y de la familia y los recursos existentes en la comunidad. Es importante establecer prioridades de actuación, posibles pronósticos a corto, medio y largo plazo. Se concretarán, jerarquizarán y temporalizarán los objetivos de la intervención terapéutica, determinándose el profesional o profesionales que se responsabilizarán de llevarlo a cabo. Este primer plan terapéutico estará supeditado a la opinión y posibles elementos nuevos que la familia pueda aportar en la entrevista de devolución.

8.1.4. Entrevista de devolución

En la entrevista de devolución ofreceremos a los padres la información diagnóstica elaborada por el equipo para lo que tendremos en cuenta las consideraciones realizadas en la reunión multidisciplinar.

El objetivo principal de la entrevista será ofrecer a los padres, utilizando un lenguaje adecuado y comprensible para ellos, toda la información que les sirva para comprender la situación presente de su hijo, las posibles perspectivas de futuro y los medios terapéuticos que podemos proporcionarles desde el centro tanto a ellos como a su hijo, brindándoles nuestro apoyo y acompañamiento. Se propondrá y establecerá de forma conjunta el plan de actuación y se determinará la función o funciones que los padres pueden asumir en el mismo. Se considerará el pronóstico probable y la posibilidad de recurrencia del trastorno.

8.2. TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN ATENCIÓN TEMPRANA

La intervención agrupa todas las actividades dirigidas hacia el niño y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo. Los ámbitos de actuación y la modalidad de intervención se establecerán en función de la edad, características y necesidades del niño, del tipo y grado de trastorno, de la familia, del propio equipo y de la posible colaboración con otros recursos de la comunidad.

La intervención se planificará y programará de forma global e individual, planteando pautas específicas adaptadas a las necesidades de cada niño y cada familia en cada una de las áreas del desarrollo. El programa deberá incluir la temporalización de los objetivos, así como la evaluación y los modos de consecución de estos. La intervención terapéutica en Atención Temprana va dirigida al niño, a la familia, a la escuela infantil cuando el niño asiste a ella y al entorno social e institucional en general.

8.2.1. Atención al niño

Cada niño, una vez finalizada la valoración, tendrá un *programa de atención global e individualizado* que recogerá las aportaciones de los diversos profesionales del Servicio. Este programa se realizará siempre que sea posible, con la participación de los padres o tutores, lo cual permitirá a éstos descubrir sus propios recursos y a la vez reforzar la relación con su hijo, aspecto muy importante para su evolución madurativa y afectiva.

En función de las necesidades del niño y de las de la familia, la intervención se podrá realizar bien en el CDIAT, en el propio domicilio o en otro lugar, como en el centro educativo o en el hospital, en el caso de los neonatos o niños que por su problemática estén obligados a permanecer durante largos periodos de tiempo ingresados.

El número de sesiones y el tiempo de duración de cada una de ellas dependerán de las necesidades del niño. En algunos casos, en función de su edad y características el tratamiento se podrá realizar en grupos reducidos, tres o cuatro niños como máximo.

8.2.2. Atención a la familia

Una de las principales tareas que se ha de plantear es conocer las necesidades de la familia (padres, hermanos y familia extensa) y plantearse qué tipo de intervención o intervenciones pueden ser las más eficaces para dar una respuesta coherente.

La intervención con las familias debe tener como finalidad ayudar a los padres en la reflexión y en la adaptación a la nueva situación, ofreciéndoles la posibilidad de comprender mejor la situación global, evitando que se contemple el problema centrado exclusivamente en el trastorno que padece el niño, todo ello favoreciendo las actitudes positivas de ayuda al niño, interpretando las conductas de éste en función de sus dificultades e intentando restablecer el feedback en la relación padres-niño.

Se ha de facilitar que cada familia pueda adecuar sus expectativas a las posibilidades reales de la intervención y situar correctamente desde el inicio el papel que corresponde al profesional y el protagonismo que ellos también deben tomar.

La atención a la familia se podrá realizar de forma individual o en grupo, en función de la realidad y necesidades del momento.

La atención individualizada tendrá como objeto prioritario el poder abrir un espacio en el que tanto los profesionales como los mismos padres pueden dialogar e intercambiar información referente al tratamiento del niño, la dinámica en el hogar, aspectos familiares generales o escolares. Esta atención puede ser el medio propicio, para la familia, de transmisión de sentimientos, dificultades respecto al trastorno del hijo, o esperanzas e ilusiones con relación a los avances alcanzados.

Es importante que los profesionales puedan atender no sólo los aspectos referentes al niño/a, sino también aquellas otras demandas familiares, no siempre fáciles de manifestar, relacionadas con sus relaciones de pareja, con los vínculos establecidos con los otros hijos y con la familia extensa. La finalidad de todo ello es la de ayudarles a entender sus sentimientos y reconocer sus competencias en cuanto a la educación de sus hijos.

Se deberá informar a los padres debidamente de cualquier cambio que esté relacionado en la intervención, así como, por ejemplo, lo concerniente a objetivos, metodología o los diferentes contactos establecidos con otros profesionales de la sanidad o la educación.

Del mismo modo, se deberá facilitar información de todos los recursos administrativos, tanto a nivel asistencial, ayudas económicas y legales con las que los padres pueden contar. Se les ofrecerá la posibilidad de ponerse en contacto con las diferentes asociaciones de padres de niños con dificultades que existan en la comunidad, así como contactos con otros profesionales o dispositivos asistenciales.

Para todo ello, se debe utilizar un lenguaje comprensivo, ajustándose al marco social y cultural de cada familia y respetando sus diferencias.

El trabajo en grupo puede organizarse como un espacio abierto en el que se favorece y posibilita el encuentro entre varios padres, dándoles la oportunidad de poder expresar y, a su vez, escuchar las vivencias, sentimientos y dificultades que conlleva esta situación.

8.2.3. Atención a la escuela

Los profesionales de Atención Temprana deben informar a la escuela sobre la situación del niño y de la familia en el momento de integrarse en ella. Posteriormente y en colaboración con el equipo escolar y los educadores se podrán fijar espacios en los que se revisen o se discutan los objetivos pedagógicos, las estrategias de aprendizaje, y la utilización de suficientes recursos materiales o personales para poder cumplir los objetivos prefijados. También convendrá participar en el proceso de toma de decisiones sobre la modalidad de escolarización.

8.2.4. Intervención en el entorno

La intervención, teniendo como objetivo la superación de barreras físicas y sociales, se debe realizar teniendo en cuenta el entorno natural de cada niño y familia, para obtener así su inclusión en el medio social donde se desenvuelve.

Desde el departamento de Terapia Ocupacional se diseñarán estrategias para la adaptación del entorno a las necesidades de los niños actuando de forma coordinada para facilitar la integración socioambiental. Esta actuación sobre el entorno tiene por objetivo superar las diferencias, cambiar las actitudes y eliminar barreras físicas y socioculturales, de forma que sea posible la participación activa en la sociedad de todos sus miembros.

8.3. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Entendemos por evaluación el proceso integral a partir del cual se valoran los cambios producidos en el desarrollo del niño/a y en su entorno, la eficacia de los métodos utilizados. Su finalidad es verificar la adecuación y efectividad de los programas de actuación con relación a los objetivos planificados.

La evaluación debe incidir sobre todos los aspectos de la intervención y en ella pueden considerarse dos tiempos:

- Evaluación continuada que permitirá ir ajustando el programa a las necesidades e introducir las modificaciones pertinentes.
- Evaluación final que determina si se han cumplido los objetivos marcados en el inicio de la intervención y que servirá también para concretar si ésta se considera finalizada o si se tiene que realizar una derivación.

El equipo deberá determinar los procedimientos objetivos y contrastables de evaluación y seguimiento.

8.4. DERIVACIÓN

El periodo de atención de un niño en un servicio de Atención Temprana finaliza cuando se considera que por su positiva evolución no precisa de este Servicio o en el momento en que por razones de edad o de competencias, debe continuarse su atención por otro dispositivo asistencial.

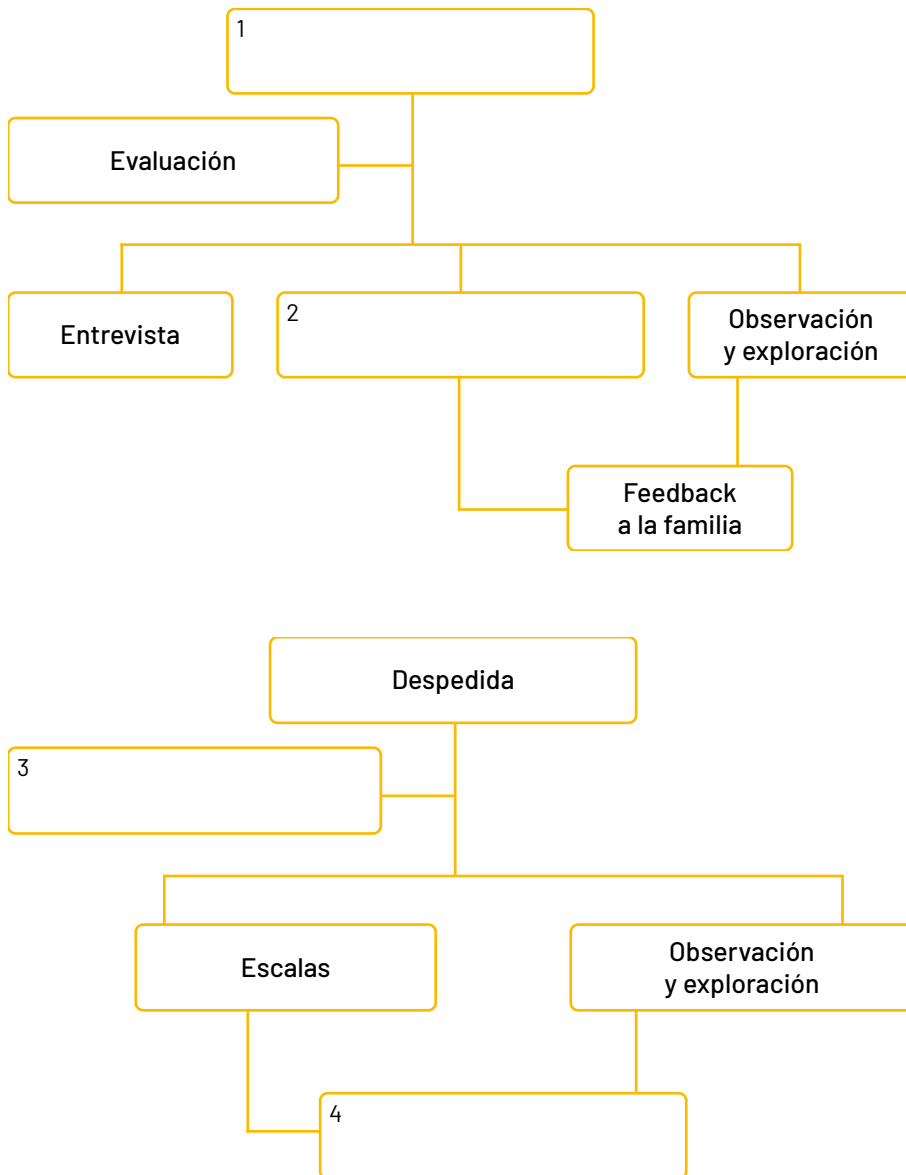
En ambos casos, la familia tiene derecho a recibir información oral y un informe escrito que sintetice la evolución del niño y la situación actual, así como las necesidades que se consideren precisas.

Cuando deba continuarse la atención en otro equipo o dispositivo asistencial, es fundamental la coordinación entre ambos y siempre con el conocimiento y permiso escrito de la familia, se debe proceder a un adecuado traspaso de información. Deberá valorarse y planificarse de forma cuidadosa el momento y modo de la derivación, teniendo en cuenta la vinculación de la familia y el niño con el servicio anterior.

El cambio de equipo de profesionales no debe en ningún caso comportar una discontinuidad en la atención al niño y a la familia, debiéndose garantizar la coherencia y la continuidad de esta a partir de la necesaria coordinación entre profesionales y una adecuada flexibilidad administrativa.

9. ACTIVIDADES DE REPASO

Actividad 1. Rellena el mapa conceptual del proceso de realización de evaluaciones.



Respuestas: 1 Acogida. 2 Escalas. 3 Reevaluación. 4 Feedback a la familia

Actividad 2: ¿A qué nos referimos cuando hablamos de funcionamiento del niño?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Respuesta: El funcionamiento del niño resulta de la interacción entre las habilidades del niño, intereses, participación (implicación, relaciones sociales y autonomía) y las demandas de la actividad.

El aprendizaje funcional debe estar contextualizado, tener en cuenta la motivación del niño, y tener oportunidades para practicarlo de forma diaria y poder consolidarlo.

TEMA 4

CONTEXTO FAMILIAR

1. LA FAMILIA, PARTE ACTIVA DE LA ATENCIÓN TEMPRANA.
2. INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA FAMILIA Y SU ENTORNO. CÓMO INFORMAR Y GUIAR A LOS PADRES.
 - 2.1. Objetivos de la intervención familiar
 - 2.2. Principios de la intervención con las familias
 - 2.3. Programas de intervención familiar
 - 2.3.1. Programas individuales
 - 2.3.1.1. *Programas de Acogida (1ª Noticia, Padre a Padre)*
 - 2.3.1.2. *Programas de seguimiento Individual (Participación en las Sesiones de Intervención, Programas de Seguimiento Familiar y Programas de Contactos Puntuales).*
 - 2.3.2. PROGRAMAS GRUPALES
 - 2.3.2.1. *Grupos Terapéuticos*
 - 2.3.2.2. *Grupos de Formación*
 - 2.3.2.3. *Programas de Participación en Actividades de Ocio*
 - 2.3.2.4. *Programas de Respiro Familiar*
3. ACTIVIDADES DE REPASO

1. LA FAMILIA, PARTE ACTIVA DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

La Atención Temprana no es solamente intervenir con el niño/a, es sobre todo favorecer la creación de contextos adecuados donde pueda interactuar en condiciones óptimas, por lo que la familia y el entorno escolar se convierten en objetivo prioritario. El contexto físico, la interacción afectiva y las emociones de todas las personas que conviven con el niño son elementos básicos sobre los que debemos actuar.

Los padres pasan la mayor parte del tiempo con el niño/a establecen los vínculos afectivos más estables y potencian la generalización de los aprendizajes de unos ámbitos a otros. Son ellos quienes construyen el contexto estimular donde el niño se desenvuelve, diseñan el ambiente físico, eligen los objetos con los que juega y sobre todo definen el clima emocional del pequeño/a.

Cada familia tiene unas características que la hacen única y vienen definidas por su estructura, su historia, su cultura, su estilo educativo, su sistema de atribuciones, sus emociones y sus expectativas. Cada una de estas variables aporta un matiz diferencial, por eso no podemos tratar del mismo modo a las diferentes familias, tenemos que conocerlas bien para poder responder a sus necesidades.

Cuando nace un hijo/a con discapacidad o se recibe un diagnóstico de trastorno o de riesgo, la familia atraviesa un momento difícil y tiene que irse ajustando a su nueva situación vital. El apoyo desde Atención Temprana puede resultar de mucha ayuda en estos momentos ofreciendo acompañamiento y orientaciones.

La intervención con las familias ha ido pasando por distintas etapas o modelos:

- Modelo del experto o de la psicoterapia en los que el profesional asumía el control y la toma de decisiones, era el experto y por tanto los padres establecían con él relaciones de dependencia (55).
- Modelo del trasplante o del entrenamiento a padres en el que se consideraba más a los padres, se recogía más información de la familia, pero seguían manteniendo el control los profesionales (56).
- Modelo del usuario (55) o modelo centrado en la familia (56) en el que los padres tienen capacidad para elegir y decidir y el profesional negocia con la familia dentro de unas bases de mutuo respeto.

Dunst (1991) propone un modelo centrado en la familia basado en tres postulados básicos (57):

- Las familias son competentes o tienen capacidad de serlo.
- Los profesionales promueven experiencias que posibiliten el desarrollo de comportamientos competentes.

- Para que la familia se sienta fortalecida, tiene que atribuir el cambio a sus propias acciones.

El modelo de entornos competentes es un modelo ecológico de intervención en Atención Temprana que consiste en generar percepción de autocompetencia en los padres de los niños con trastornos del desarrollo o en situación de riesgo. Parte de una concepción ecológico-transaccional donde la unidad de análisis es el niño inserto en un contexto: la familia y también en la escuela si está escolarizado, cada uno de dichos sistemas interactúa con el otro influyendo en el desarrollo del niño. El profesional de la Atención Temprana por tanto no solo interviene sobre el niño sino también y sobre todo en los contextos donde el niño se desenvuelve. Está basado en diversas teorías psicológicas como la de los constructos personales de Kelly (58), la teoría general de sistemas, el constructivismo, los modelos ecológicos del desarrollo Infantil y la teoría de la valoración cognitiva de Lazarus (59) Este modelo define dos conceptos claves:

- Sistema de atribuciones: conjunto de ideas, constructos, creencias o modelos mentales que construye el individuo a partir de su experiencia que le sirven para interpretar los acontecimientos y poder preverlos.
- Percepción de autocompetencia: concepción que los implicados en el proceso (padres-profesionales) tienen de sí mismos respecto a la capacidad de atender y responder adecuadamente a las necesidades especiales del niño/a con trastornos del desarrollo o riesgo.

Este modelo considera que las actitudes de los educadores son básicas en la interacción con el niño/a, parte del componente cognitivo de estas para lograr cambios en el componente emocional y de ese modo en las conductas concretas. La estrategia consiste en trabajar con el sistema de atribuciones para lograr la percepción de autocompetencia de los padres. El profesional de Atención Temprana trabaja con el componente cognitivo de las actitudes y mediante un proceso de andamiaje le acompaña en la construcción de su percepción de autocompetencia. Se busca la corresponsabilización y para ello va a resultar imprescindible reforzar la competencia del sistema familiar.

Las atribuciones se manifiestan a través de enunciados, frases, comentarios que hacen los padres, con los que vamos a trabajar reforzando las atribuciones generadoras de competencia (pensamientos o ideas que van a darles seguridad y a reforzar su capacidad de atender adecuadamente las necesidades especiales del niño con trastorno del desarrollo o riesgo de padecerlo) y reubicando o relativizando las atribuciones generadoras de estrés (construcciones mentales que generan preocupación e inseguridad)(60)

El profesional de la Atención Temprana se convierte en un licitador de cambios en el contexto a través de una interacción eficaz con padres y la intervención que realiza con el niño adopta un matiz de evaluación continua que permite un adecuado asesoramiento a la familia. Partirá inicialmente de la validación del sistema de atribuciones de los padres e irá planteando progresivamente, en función de la capacidad de cada sistema y el momento concreto en el que se encuentre, nuevos constructos que los distintos implicados deben ir

experimentando para incorporarlos en el nuevo sistema de atribuciones común. De este modo se irá construyendo un marco cognitivo compartido entre todos los implicados que aumenta la percepción de autocompetencia y la corresponsabilización.

Hay una serie de afirmaciones que subyacen a aspectos de carácter técnico y que definen la posición actitudinal del profesional (61,62)

- “La familia es la principal responsable y conocedora del niño”. Por tanto, tiene el derecho y el deber de implicarse y participar activamente en la Atención Temprana. El mayor experto en el niño no es el profesional sino sus padres. Este postulado implica, por parte del profesional, una actitud de respeto al papel de la familia que se traduce en facilitar la participación activa de la misma en la Atención Temprana.
- “Cada familia es diferente” Las familias son muy variadas. Los profesionales debemos flexibilizar nuestras posiciones buscando aquellas estrategias que mejor respondan a las características y necesidades de cada una.
- “Las familias de los niños con trastornos del desarrollo no son necesariamente disfuncionales”(63). Por lo tanto, debemos huir de estereotipos establecidos que nos lleven a posiciones rígidas de intervención. Esta concepción de las familias perjudica gravemente el proceso de Atención Temprana, porque determina en los padres un sentimiento de indefensión que produce estrés y una actitud por parte de los profesionales de la Atención Temprana que impide el establecimiento de la relación en términos de igualdad y por lo tanto la corresponsabilización.
- “Las familias atraviesan diferentes momentos en su adaptación”. La intervención debe introducir los cambios que sean necesarios como consecuencia de un proceso de evaluación continua.
- “Los padres no son ni deben ser profesionales”. El sistema familiar debe comprender cuál es su papel y no confundirlo con el del profesional. El rol de los padres es imprescindible para un desarrollo sano y la estimulación debe estar inserta en una situación natural.
- “La verdad de los padres es la percepción que ellos tiene de la realidad”. Los profesionales tenemos que operar desde sus percepciones, no desde las nuestras o desde modelos teóricos previamente establecidos. En ocasiones los padres pueden utilizar argumentos poco creíbles que no hacen más que mostrar una serie de atribuciones, necesidades, emociones, o expectativas sobre las que hay que actuar.
- “La relación familia-profesional de Atención Temprana es un proceso de comunicación” en el que intervienen multitud de variables en ambos sentidos, dicho proceso debe ser susceptible de análisis.

Este modelo no se ha validado científicamente, es fruto de la observación de la práctica cotidiana, si bien los resultados se han valorado muy positivamente por los usuarios.

2. INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA FAMILIA Y SU ENTORNO. CÓMO INFORMAR Y GUIAR A LOS PADRES

2.1. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN FAMILIAR

Los objetivos generales de la intervención familiar en un programa de Atención Temprana son los siguientes (1)

- Colaboración con la familia en el diseño adecuado del contexto físico, social y afectivo en el que el niño se desenvuelve. El trabajo conjunto de profesionales y padres pretende mejorar tres aspectos básicos del contexto:
 - El ambiente físico: los padres irán siendo poco a poco más competentes para definir el ambiente en el que su hijo se desenvuelve cuidando las condiciones ambientales y protegiendo al niño/a de los riesgos.
 - Las rutinas y los hábitos: el ambiente físico, social y afectivo se construyen no sólo con los objetos o condiciones ambientales, sino también a través de los hábitos que cada familia establece, por lo que se deben cuidar los ritmos y horarios, y fomentar la autonomía.
 - La interacción social: mejorar la interacción social va a ser un punto presente en los objetivos de aumentar la seguridad en las pautas educativas e integrar al niño en la dinámica familiar.
- Ayudar a las familias a mantener unas relaciones afectivas eficaces con el niño.
- Ayudar a los padres a comunicarse mejor con sus hijos es uno de los objetivos principales de la intervención familiar que a su vez se concreta en los siguientes:
 - Desarrollar la capacidad de observar e interpretar las conductas del niño.
 - Respetar los tiempos de atención y de respuesta del niño, a través de la intervención familiar se van a ir ajustando sus expectativas a las características y la evolución del niño/a.
 - Aumentar la iniciativa por la comunicación en ambos sentidos: es decir, los padres van iniciando y mejorando la calidad de los intercambios que se realizan en su hijo/a.
 - Establecer vínculos afectivos más ajustados.
- Proporcionar información, apoyo y asesoramiento adecuados a las necesidades de cada familia. Este objetivo se desglosa en:
 - Acompañar a la familia: el papel de los profesionales es el de atender a las familias, escucharlas y ayudarlas en momentos en los que aparezcan reacciones emocionales intensas.
 - Aportar información realista, suficiente y ajustada a las necesidades de cada familia.
 - Posibilitar la expresión de necesidades.
 - Apoyar los diferentes papeles familiares: si se atienden las necesidades de todos, el proceso llegará a ser más competente y fructífero.

- Manejar las fuentes de estrés: es importante reconocer qué aspectos producen estrés a una familia.
- Reducir la ansiedad respecto al problema o trastorno del desarrollo (si una madre está bloqueada no podrá poner en marcha conductas favorecedoras para el desarrollo de su hijo).
- Potenciar los progresos en las distintas áreas del desarrollo para lograr la independencia del niño/a. La intervención familiar, persigue los siguientes objetivos dentro del anterior:
 - Facilitar la comprensión de las dificultades.
 - Ajustar las expectativas: a través de la intervención familiar se van a analizar las expectativas de los padres respecto a las posibilidades del niño.
 - Aprender técnicas y habilidades específicas.
 - Aumentar la seguridad en las decisiones de los padres.
- Favorecer el acceso a los distintos recursos personales y sociales que fomenten el desarrollo que fomenten la autonomía del niño/a y de la familia. Dentro de este objetivo, se pueden diferenciar varias líneas:
 - El acceso a recursos sociales: ayudas y prestaciones, o fomentar la unión de los padres con asociaciones.
 - El acceso a recursos personales: reforzar los recursos familiares, resolver problemas cotidianos o integrar socialmente a la familia.
 - El orden de los objetivos no implica preferencia a la hora de aplicarlos, se seleccionarán en función de las necesidades mostradas por las familias tras ser analizados por los profesionales.

Para poder alcanzar estos objetivos el profesional de Atención Temprana operará con los enunciados de las familias, los mensajes que verbalizan sobre el niño/a, sobre su familia, sobre la discapacidad o sobre distintas realidades ponen de manifiesto sus atribuciones. Algunas de ellas se sitúan claramente en el eje positivo para la mayoría de las personas y van a resultar un instrumento eficaz para construir percepción de autocompetencia. Por el contrario, otras, se pueden identificar claramente como generadoras de estrés ya que en la mayoría de las circunstancias van a provocar inseguridad y ansiedad. Hay otras muchas atribuciones que no van a ser claramente generadoras de competencia o generadoras de estrés en sí mismas, sino que pueden generar una u otra cosa en función de cómo sean vividas por los padres y los matices que estos introduzcan.

Los pasos a seguir para acompañar a la familia en la construcción de un nuevo sistema de atribuciones que refuerce su percepción de autocompetencia van a ser los siguientes (64):

1. Validar inicialmente el sistema de atribuciones de la familia. No porque sea idóneo, sino porque se ha de partir de una situación de seguridad. Sólo si la comunicación entre el profesional y los padres es fluida se pueden hacer explícitas las atribuciones y de ese modo manejarlas.

2. El siguiente paso va a ser descubrir las atribuciones de la familia para que se pueda operar sobre ellas. Generalmente adoptan la forma de enunciados. Eso significa que el profesional debe dar cabida a la participación de los padres y estar muy atento a las sus expresiones. En una relación de este tipo surgen multitud de enunciados y, por supuesto, no todos son susceptibles de análisis. Tiene que haber una selección de estos según su nivel de significación. Se elegirán teniendo en cuenta no solo el contenido, sino también los elementos emocionales que moviliza la familia cuando expresa dichos enunciados. Así puede haber algunos que, a pesar de que el contenido pueda parecer muy importante, la familia los expresa de modo poco significativo, mientras que otros pareciendo menos importantes, los expresan con un marcado carácter emocional.
3. Una vez seleccionados algunos enunciados, hay que identificar el lugar que esas atribuciones ocupan en el continuo, cuál es su polaridad. Si son generadoras de competencia o generadoras de estrés o en qué punto se encuentran entre ambas opciones. Muchos enunciados no se ubican cerca de los extremos, luego van a ser menos significativos porque no generan ni competencia ni estrés, pueden relegarse para ser abordados en otro momento si se ve conveniente hacerlo. Mientras que los que se sitúan próximos a alguno de los extremos se seleccionarán como contenidos prioritarios.
4. En el siguiente paso, el profesional reforzará las atribuciones generadoras de competencia mediante distintas técnicas como el refuerzo directo, usándolas como ejemplos y sobre todo haciéndolas explícitas. El simple hecho de que el profesional las mencione y las reconozca como válidas supone una valoración de las mismas. De este modo adquieren más fuerza dentro del sistema de atribuciones de la familia aumentando su percepción de autocompetencia.
5. Por el contrario, tratará de reubicar en el continuo las atribuciones generadoras de estrés. Esto se puede lograr transformando dichos enunciados mediante otros alternativos o poniéndolos en relación con otros para neutralizar sus efectos.
6. Progresivamente se irán planteando conflictos cognitivos que pongan en duda las atribuciones previas que se hayan identificado como generadoras de estrés o incluso nuevas atribuciones que el sistema familiar aún no se haya planteado con objeto de hacer al sistema más competente. Esta estrategia se realizará en función de la capacidad de cada sistema y del momento concreto en el que se encuentre. Los conflictos cognitivos son ideas o atribuciones nuevas que introducen variaciones respecto a las anteriores, llevando al sujeto a una situación de duda a la que debe buscar una respuesta. Pueden acceder a probar o mantener su posición inicial, pero ya se ha introducido un matiz al sistema de ideas sobre el que poco a poco irán reflexionando. El profesional aceptará la decisión de la familia sin recriminarla si decide mantener su posición inicial y sugerirá de nuevo cambios a dicha atribución más adelante. El mero hecho de haber planteado un cambio hace que la familia se lo cuestione y vaya variando progresivamente su posición.
7. Las familias irán experimentando con las nuevas atribuciones hasta que vayan sustituyendo las anteriores o introduciendo matizaciones a las mismas.

Se trata de un proceso lento pero continuo. El papel del profesional es principalmente servir de motor de cambio de modo que evite estancamientos en el proceso. Cuando la familia empieza a sentirse cómoda en su sistema de atribuciones, es el momento de iniciar un nuevo cambio. La actitud del profesional es clave para que la familia vaya aceptando los cambios. No debe culpabilizar, pero seguirá sugiriendo e insistiendo hasta que el sistema esté preparado para aceptar el cambio. Debe aceptar el ritmo de las familias, mostrarse comprensivo ante las dificultades de estas para cambiar, nunca recriminarles si no avanzan, pero insistir en las propuestas de cambio.

La intervención es compleja y en ella se abordan simultáneamente muchos aspectos y muchos cambios, por lo que puede no haber evolución en algunos, pero sí en otros. Aquellos en los que se observe evolución, por pequeña que esta sea, se aprovecharán para reforzar a la totalidad del sistema. La percepción del logro que experimenta el mismo, le impulsará a aventurarse con nuevas propuestas y a disminuir las barreras para cambiar.

2.2. PRINCIPIOS DE LA INTERVENCIÓN CON LAS FAMILIAS (1)

- Diálogo, integración y participación. La inclusión familiar, escolar y social del niño que presenta un trastorno del desarrollo implica la aceptación, a su condición de sujeto activo.
- Gratuidad, universalidad e igualdad de oportunidades, responsabilidad pública. La Atención Temprana actúa para la prevención o evitación del riesgo de marginación social, facilitando la igualdad de oportunidades.
- Interdisciplinariedad y alta cualificación profesional. La preparación de los profesionales que participan en la Atención Temprana implica tanto la formación en una disciplina concreta, como en un marco común a todas ellas.
- Descentralización. El principio de descentralización se refiere al establecimiento de un sistema organizado en torno a las necesidades de la familia, en su proximidad, incluyendo la prestación de servicios a domicilio.
- Sectorización. Se trata, de limitar el campo de actuación de los servicios para garantizar una proximidad y conocimiento de la comunidad, la calidad operativa de los equipos, así como la demanda de servicios sanitarios, educativos o sociales.

Trabajar con las familias exige manejar las actitudes por parte de los profesionales, no se trata solamente de tener conocimientos, de dominar técnicas, es básico respetar a las familias, comprender su estado emocional para poder interpretar sus acciones de forma eficaz. Los padres no deben ser rivales sino aliados, todos debemos buscar el mismo objetivo: el niño. En esta tarea las emociones juegan un importante papel, no solo las de la familia, también están presentes las del profesional por eso debemos ser capaces de identificar y controlar nuestras reacciones emocionales para poder ofrecer una atención familiar de calidad.

2.3. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

Son el conjunto de acciones a través de las cuales conseguimos (64):

- Colaborar con la familia en el diseño del entorno en el cual el niño se desenvuelve.
- Ayudar a las familias a mantener unas relaciones afectivas eficaces con el niño.
- Proporcionar apoyos, información y asesoramiento adecuados a las necesidades de cada familia.
- Potenciar los progresos de las diferentes áreas de desarrollo del niño/a para así poder lograr una mayor independencia.

2.3.1. Programas individuales

Dentro de los programas individuales de intervención familiar podemos encontrar los programas de acogida y los programas de seguimiento individual (64)

2.3.1.1. Programas de acogida

Este programa se centra en un conjunto de acciones que se dan en el primer momento del proceso y que son muy importantes para poder establecer el marco de intervención. Dentro de este programa podemos encontrar dos subprogramas que son Primera noticia y Padre a padre.

- Programa PRIMERA NOTICIA (65): los objetivos que se plantean este programa son los siguientes:
 - Proporcionar información para resolver una situación de incertidumbre.
 - Producir cambios constructivos en la situación vital de las familias tan rápido como sea posible.
 - Cimentar un guion de esperanza.

Los profesionales deben tener una serie de claves para dar esta mala noticia. Estas pautas son:

A. Contenidos del mensaje:

- Claves de anticipación: antes de dar la mala noticia es conveniente conocer a la familia, para así ajustar la noticia a sus necesidades.
- Claves de significado y efecto: hay que informar a la familia de forma clara y sencilla, sin utilizar etimología desconocida para ellos, sin abrumarles con información innecesaria.
- Claves de pronóstico: si es posible informaremos a la familia del pronóstico y la evaluación del trastorno.
- Claves de acción: se informará a la familia de las acciones a seguir en el tratamiento, los recursos disponibles, las pruebas necesarias para avanzar en el trastorno, etc.
- Claves de expectativas positivas: se dará la noticia desde las capacidades y no exclusivamente desde las carencias.

B. La situación:

- Claves de lugar: la noticia se dará en un lugar íntimo para que los padres puedan expresar sus emociones y sentimientos sin ningún reparo.
- Claves de tiempo: se buscará un momento adecuado una vez que tengamos un diagnóstico fiable y cuando haya habido un contacto entre los padres y el niño.
- Claves de apoyo emocional: la noticia se dará cuando este los dos padres o haya una figura cerca en la cual se puedan apoyar.

C. Las actitudes del profesional:

- Claves de comunicación no verbal: el profesional utilizara un lenguaje no verbal para favorecer la empatía y la confianza.
- Claves de escucha: ayudara a los padres redefiniendo sus conductas.
- Claves de proximidad: utilizará un lenguaje comprensible y evitará los tecnicismos.

Normalmente son médicos los que se encargan de dar esta primera noticia, pero en ocasiones son los mismos profesionales de Atención Temprana quienes se encargan de darla.

- Programa PADRE A PADRE: este programa pretende conseguir que los padres, a través de visitas de otros padres que ya han pasado por esa situación, puedan identificarse con ellos y preguntarles sus dudas en un ambiente de confianza.

Los padres visitantes deben tener una actitud positiva frente al problema. Según Sonsoles Perpiñán (66) los objetivos de este programa son:

- Escuchar a la nueva familia en el momento de crisis desde la igualdad.
- Mostrar cómo puede ser el futuro con ese problema en un miembro de la familia.
- Ofrecer un modelo de cómo afrontar el problema y vivir con ella.
- Colaborar en la construcción de atribuciones adecuadas respecto al problema.
- Transmitir confianza respecto a los servicios especializados.
- Servir de modelo de competencia para educar al niño con problemas.
- Favorecer la expectativa de autocompetencia de los nuevos padres.

2.3.1.2. Programas de Seguimiento Individual (1)

Estos programas se desarrollan a lo largo del tiempo que la familia está recibiendo Atención Temprana. Dichos programas serían los de Participación en las sesiones de intervención, Seguimiento familiar y Contactos puntuales.

- Programa de PARTICIPACIÓN EN LAS SESIONES DE INTERVENCIÓN: los padres estén presentes en las sesiones de sus hijos en Atención Temprana. Los objetivos de este programa son:
 - Construir una relación de confianza entre padres e hijo/a.
 - Aprender técnicas de interacción-comunicación.

- Enseñar a los padres a observar las potencialidades del niño/a y dar significado a algunas de sus conductas.
- Enseñarles a desarrollar la capacidad de reacción ante las señales comunicativas del niño/a.

Para que esta participación de los padres sea positiva hay que seguir una serie de estrategias. Esas estrategias son (64):

- Explicarles a los familiares como tienen que participar en la sesión.
 - Explicarles que no hay una fórmula específica, sino que hay que descubrir cuál es la mejor para cada caso.
 - Este programa debe partir de la interacción que tienen padre-hijo.
 - Las propuestas de mejora se realizarán como profesional nunca como corrección a conductas no apropiadas.
 - Hay que diferenciar los roles de los padres y de los profesionales.
 - Hay que responder en todo momento las dudas que tengan los padres.
 - Hay que contener las emociones de los padres durante las sesiones.
- Programas de SEGUIMIENTO FAMILIARES: son entrevistas periódicas y sistemáticas que se tendrán con los padres. Estos contactos proporcionarán oportunidades de participación y se tomarán decisiones de manera compartida.

Con estas entrevistas se pretende (64)

- Proporcionar información a los padres sobre el diagnóstico el pronóstico, la intervención, etc.
 - Recopilar información del entorno familiar.
 - Fijar los objetivos para trabajar con el niño.
 - Ofrecer apoyo emocional.
 - Permitir que los padres participen en el programa.
 - Que los padres se concienten de que tiene que trabajar en equipo con los profesionales.
 - Los contenidos de cada entrevista se ajustarán a las necesidades de cada familia.
- Programas de CONTACTOS PUNTUALES: son contactos que se producen con la familia de manera espontánea en cualquier momento del proceso(64)

Los objetivos de estos contactos son:

- Concretar una entrevista
- Resolver alguna duda puntual.
- Comentar algo sobre el estado del niño.
- Intercambio de materiales.
- Valorar alguna acción del niño.

2.3.2. Programas grupales (64)

Estos programas se realizan con grupos de familias en momentos puntuales. El objetivo de este programa es responder a las necesidades que tengan un conjunto de familias. Dentro de estos programas encontramos los Grupos terapéuticos, Grupos de formación, Participación en actividades de ocio y Programas de respiro familiar.

2.3.2.1. Grupos Terapéuticos (66)

Son grupos de padres que se reúnen cada cierto tiempo y hablan temas relativos al problema y su influencia en la vida familiar. Estos grupos pueden ser homogéneos o heterogéneos en cuanto al problema. Algunos de los objetivos de estos grupos son:

- Fomentar el apoyo interfamiliar.
- Reducir la incertidumbre y el sentimiento de culpa.
- Fomentar la participación de las familias.
- Compartir experiencias.
- Descubrir las necesidades de todos los miembros de la familia.
- Aprender estrategias de interacción con el niño.

Son grupos reducidos para facilitar la participación; el número de sesiones es limitado para así evitar la dependencia; el horario se elegirá entre los participantes; estas reuniones están coordinadas por dos profesionales, uno de ellos dinamiza la reunión y el otro actúa como observador y recoge aspectos relevantes.

Cuando se realicen estas sesiones será necesario que haya un servicio de escuela infantil para cuidar de los niños.

Los contenidos habituales de estas reuniones son:

- Influencias del problema en la familia.
- Relaciones con el resto de la familia.
- Necesidades del niño y la familia.
- Impacto de la primare noticia.
- El futuro del niño.
- Autonomía del niño.
- Cómo ve la sociedad el problema.

2.3.2.2. Grupos de Formación y Capacitación para Padres (67)

Son grupos más amplios que los que se forman en los grupos terapéuticos y el objetivo de estas reuniones es abarbar contenidos de tipo informativo. Los objetivos de estos grupos son:

- Mejorar la formación de los padres con respecto a distintas dificultades.
- Conseguir mayor autonomía de las familias a la hora de resolver problemas.
- Informar a la familia sobre la existencia de recursos y materiales.
- Aumentar la capacidad del familiar en el uso de técnicas de intervención.

La metodología que se utiliza en estos grupos es muy variada: pueden ser reuniones aisladas u organizar un conjunto de reuniones; no tiene por qué haber una participación; los recursos que se utilizan deben responder a unas características grupales.

Los contenidos, al igual que la metodología, son muy variados: deben responder a los intereses de todas las familias; los temas que más se suelen tratar son: el desarrollo en las distintas áreas, técnicas de intervención; aspectos legales; recursos existentes, etc.

2.3.2.3. Programas de Participación en Actividades de Ocio (68)

Este programa consiste en organizar actividades de ocio para las familias. Los objetivos serían:

- Facilitar el contacto con las diferentes familias.
- Potenciar los grupos de iguales.
- Que los padres pueden divertirse y relacionarse con otros adultos, sin preocuparse por si sus hijos están bien atendidos.
- Facilitar experiencias gratificantes para los niños junto con sus familias

Es importante que las familias analicen los beneficios de dichas acciones, aunque estas experiencias pueden suponer vivencias difíciles para algunas familias, ya que pueden aparecer procesos de comparación entre los niños.

2.3.2.4. Programas de Respiro Familiar (69)

Este programa consiste en que los padres tengan la posibilidad de dejar a sus hijos al cuidado de personas preparadas para que tengan un tiempo libre para realizar otras tareas. Esas personas son voluntarios o profesionales a los que se les ha preparado para desempeñar dicho papel, pudiendo ir a casa de la familia o encontrarse en un lugar establecido.

Los objetivos del programa son:

- Proporcionar a las familias tiempo libre para realizar otras tareas.
- Ofrecer la posibilidad de que los niños interactúen con otros niños con las mismas características.

Las estrategias que se deben utilizar para que este programa funcione son las siguientes: explicar a las familias el programa detenidamente para que así se sientan seguros; ofrecer un servicio de atención con garantías; contar con personal cualificado para realizar dichas acciones con los niños, etc.

3. ACTIVIDADES DE REPASO

Actividad 1: A través de la implementación de las prácticas relacionadas con el ambiente, los profesionales y los familiares pueden promover ambientes de cuidado y aprendizaje formativos y receptivos que fomentan la salud general y el desarrollo de cada niño.

¿Encuentras alguna de estas características en el video?

https://youtu.be/wLDXHWH_X4

Actividad 2: ¿Cómo redactarías los objetivos funcionales en base a las preocupaciones familiares descritas en la primera columna? Completa el cuadro.

Preocupación familiar	Objetivo funcional
No sé qué hacen los niños a su edad.	Marina tendrá información del desarrollo a la edad de Marcos.
No sé cómo empezar a quitarle el pañal.	Carmen tendrá información de estrategias para quitar el pañal.
Estoy muy saturada y pierdo los nervios fácilmente cuando estoy con mi hija. Necesito desconectar para ser más paciente cuando estoy con ella.	
Necesitamos ayudas económicas para financiar el carro adaptado para Marcos	
Queremos buscar una escuela infantil que nos satisfaga para Carla.	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). Libro Blanco de Atención Temprana. Real Patronato sobre Discapacidad., editor. 2000.
2. Guralnick MJYBF. Eficacia de una intervención temprana en los casos de alto riesgo. Madrid: MTAS- INSERSO, editor. 1989. 95-142 p.
3. Caldel Gil I. Niños con síndrome de Down y otros problemas del desarrollo. Madrid: Federación Española del Síndrome de Down; 1999.
4. Donate MG, Bescós MPA. El servicio de Atención Temprana para niños con sordoceguera en Aragón. 2010.
5. Ferro S. Interdisciplinarietà y drogodependencias. ARQ. 2005.
6. Pianta R. Individualized and Effective Professional Development Supports in Early Care and Education Settings. Zero Three. 2011.
7. Clark GF, Kingsley KL. Occupational Therapy Practice Guidelines for Early Childhood: Birth-5 Years. American Journal of Occupational Therapy. 2020 Jun 1;74(3).
8. Wakeford L. Occupational Therapy in Early Intervention and Early Childhood Special Education. Handbook of Early Childhood Special Education. 2016 Jan 1;385-401.
9. European Agency for Development in Special Needs Education. Análisis de la situación en Europa Aspectos clave y recomendaciones. Victoria Soriano, editor. 2005.
10. Junta de Extremadura. Decreto 151/2006, de 31 de julio, por el que se regula el marco de Atención a la Discapacidad en Extremadura (MADEX) . Diario Oficial de Extremadura. 2006.
11. Hills AP, Byrne NM. An overview of physical growth and maturation. Med Sport Sci. 2010;55:1-13.
12. Cuidados generales del recién nacido sano - Asociación Española ... [Internet]. [cited 2023 Nov 16]. Available from: <https://www.yumpu.com/es/document/view/14152676/cuidados-generales-del-recien-nacido-sano-asociacion-espanola>.

13. Boran P, Oğuz F, Furman A, Sakarya S. Evaluation of fontanel size variation and closure time in children followed up from birth to 24 months. *J Neurosurg Pediatr.* 2018 Sep 1;22(3):323–9.
14. Zafeiriou DI. Primitive reflexes and postural reactions in the neurodevelopmental examination. *Pediatr Neurol* [Internet]. 2004 Jul [cited 2023 Nov 16];31(1):1–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15246484/>
15. El descubrimiento de la motricidad ideal.
16. De-La-barrera-aranda E, Gonzalez-Gerez JJ, Saavedra-Hernandez M, Fernandez-Bueno L, Rodriguez-Blanco C, Bernal-Utrera C. Vojta therapy in neuromotor development of pediatrics patients with periventricular leukomalacia: Case series. *Medicina (Lithuania).* 2021 Nov 1;57(11).
17. de Raeymaecker DMJ. Psychomotor Development and Psychopathology in Childhood. *Int Rev Neurobiol.* 2006;72:83–101.
18. (PDF) Desarrollo psicológico, naturaleza y cultura en la teoría de Arnold Gesell: un análisis de la psicología como disciplina de saber-poder [Internet]. [cited 2023 Nov 16]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/277709844_Desarrollo_psicologico_naturaleza_y_cultura_en_la_teoría_de_Arnold_Gesell_un_analisis_de_la_psicología_como_disciplina_de_saber-poder
19. Briolotti A. Desarrollo psicológico, naturaleza y cultura en la teoría de Arnold Gesell: un análisis de la psicología como disciplina de saber-poder. . *Memorandum - Memória e história em psicologia.* 2015;55–70.
20. Da Fonseca V. Ontogénesis de la motricidad: estudio psicobiológico del desarrollo humano. Núñez G, editor. Madrid; 1988.
21. Shumway-Cook A, Woollacott MH. *Motor control : translating research into clinical practice.* 4th ed. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.; 2012.
22. Blakeslee S, Blakeslee M. *The Body Has a Mind of Its Own: How Body Maps in Your Brain Help You Do.* Random House Trade Paperback Edition; 2008.
23. Splitz R. *El primer año de vida.* Buenos Aires: Editorial Fondo de Cultura Económica. 1965.
24. Meisels SJ, Atkins-Burnett S. The Elements of Early Childhood Assessment. *Handbook of Early Childhood Intervention* [Internet]. 2000 Dec 15 [cited 2023 Nov 16];231–57. Available from: <https://www.cambridge.org/core/books/handbook-of-early-childhood-intervention/elements-of-early-childhood-assessment/81EF9816B6862BF88C30358893ECDA75>
25. Meisels SJ, Atkins-Burnett S. The elements of early childhood assessment. *Handbook of Early Childhood Intervention* . New York: Cambridge University Press. ; 2000. 231-257 p.
26. Bellman M, Byrne O, Sege R. Developmental assessment of children. *Br Med J.* 2013 Jan 19;345(7891).

27. Spitzer SL. Using participant observation to study the meaning of occupations of young children with autism and other developmental disabilities. *American Journal of Occupational Therapy*. 2003;57(1):66–76.
28. Berry Brazelton T, Kevin Nugent J. Escala para la evaluación del comportamiento neonatal. Barcelona.: Paidós Ibérica; 1997.
29. 362309866-Test-Brunet-Lezine-Completo [Internet]. [cited 2023 Nov 20]. Available from: <https://www.yumpu.com/es/document/view/62871570/362309866-test-brunet-lezine-completo>
30. Torras-Mañá M, Gómez-Morales A, González-Gimeno I, Fornieles-Deu A, Brun-Gasca C. Assessment of cognition and language in the early diagnosis of autism spectrum disorder: Usefulness of the Bayley Scales of infant and toddler development, third edition. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2016 May 1;60(5):502–11.
31. Battelle. Inventario de Desarrollo.
32. Newborg Jean, Cruz MV de la CL, González Criado Marina, Guidubaldi John, Stock JR, Svinicki John, et al. Battelle: inventario de desarrollo. TEA; 2011.
33. McCarthy D. Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños: manual. 4ª edición. Madrid: TEA; 1991.
34. Pérez Sánchez MI, Lorenzo Rivero MJ. IDAT Inventario de desarrollo atención temprana. Amarú; 2001.
35. Wechsle D. Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria-IV (WPPSI-IV). NCS Pearson Inc.; 2012.
36. Reynell J. Escalas de Reynell de desarrollo del Lenguaje. Madrid: MEPSA; 1978.
37. Kirk SA, McCarthy JJ, Kirk WD. ITPA. Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas. TEA Ediciones; 1968.
38. Dunn LIM, Dunn LM, Arriba D. PEABODY. Test de Vocabulario en Imágenes. TEA Ediciones; 1965.
39. Rivière A, Martos J (Comps.). Tratamiento y definición del espectro autista I: Relaciones sociales y comunicación. In: *El tratamiento del autismo Nuevas perspectivas*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, IMSERSO; 1997. p. 61-106.
40. Tamarit Cuadrado J. Prueba ACACIA. 1 ed. Madrid: Centro de Formación, Investigación y Docencia ALCEI 6; 1994.
41. Portellano JA, Mateos R, Martínez Arias R, Sánchez-Sánchez F. CUMANIN-2. Cuestionario de madurez neuropsicológica infantil-2. Madrid: Hogrefe TEA Ediciones; 2021.
42. Bucher H. Trastornos psicomotores en el niño: Práctica de la reeducación psicomotriz. Barcelona: Masson; 1976.
43. Mazaira MC, de la Cruz MV. EPP: escala de evaluación de la psicomotricidad en preescolar : manual. Madrid: TEA Ediciones; 1990.

44. Ozeretski NA. Test motores de Ozeretski. Manual de diagnóstico psicológico. . Madrid: Mepsa.; 1988.
45. Picq L, Vayer P. Educación psicomotriz y retraso mental. Barcelona: Científico-Médica.; 1977.
46. Terman LM. The measurement of intelligence. An explanation of and a complete guide for the use of the Stanford revision and extension of the Binet-Simon Intelligence Scale. Cambridge, Massachusetts: The Riverside Press; 1916.
47. Kaufman AS, Kaufman NL. Kaufman Assessment Battery for Children. Interpretative Manual, p. 200. . Circle Pines, Mn: American Guidance Service; 1983.
48. Doll E. Escala de Madurez Social de Vineland. Adaptación Chilena. Dward; 2012.
49. Günzburg HC. P-A-C Manual: Las Tres Formas Básicas : Cuadro Para la Evaluación Del Progreso en El Desarrollo Social Y Personal. 2nd ed. SEFA; 1981.
50. Hellbrügge T, Beinroth I, Bönisch-Warner H, Bär M, Asensi Botet F. Diagnóstico funcional del desarrollo durante el primer año de vida . Marfil. Marfil; 1980.
51. Coplan J. Early language milestone scale-2. . Austin, TX: Pro-Ed.; 1993.
52. Baron-Cohen S, Allen J, Gillberg C. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *The British Journal of Psychiatry*. 1992;161(6):839-43.
53. Anney R, Klei L, Pinto D, Regan R, Conroy J, Magalhaes TR, et al. A genome-wide scan for common alleles affecting risk for autism. *Hum Mol Genet*. 2010 Jul 27;19(20):4072-82.
54. Roles and functions of occupational therapy in early childhood intervention (position paper). American Occupational Therapy Association. *American Journal of Occupational Therapy*. 1986;40(12):835-8.
55. Cunningham C, Davis H. Working with parents: Frameworks for collaboration. Milton Keynes: Open University Press; 1985.
56. Turnbull AP, Turbiville V, Turnbull HR. The family-centered program rating scale: An instrument for program evaluation and change. *J Early Interv*. 2000;19(1):24-42.
57. Dunst CJ, Johanson C, Trivette CM, Hamby D. Family-oriented early intervention policies and practices: Family-centered or not? . *Except Child*. 1991;58:115-26.
58. Kelly G. *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Norton-Company; 1955.
59. Lazarus RS. Sobre la primacía del conocimiento. 1984 [cited 2023 Nov 21]; Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1984-30606-001>
60. Bugental DB, New M, Johnston C, Silvester J. Measuring parental attributions: Conceptual and methodological issues. *Journal of Family Psychology*. 1998;12(4):459-80.
61. Sims-Schouten W. Positioning in relationships between parents and early years practitioners. *Early Child Dev Care*. 2016 Sep 1;186(9):1392-405.
62. Sheppard ME, Moran KK. The Role of Early Care Providers in Early Intervention and Early Childhood Special Education Systems. *Early Child Educ J*. 2022 Aug 1;50(6):891-901.

63. Florencio Jiménez Burillo -Dra Dña M^a Soledad Lila Murillo -Dr D Jose Fernando Garcia Pérez -Dr D Luis Gómez Jacinto -Dra Dña M^a Isabel Hombrados Mendieta -Dr D. La intervención psicosocial con familias multiproblemáticas: la perspectiva ecológica. 2002 Dec 13 [cited 2023 Nov 21]; Available from: <https://roderic.uv.es/handle/10550/15403>
64. Díaz Sánchez C. Guía básica sobre Atención Temprana y Transformación. Cuadernos.
65. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana-GAT. La primera noticia [Internet]. Madrid; Available from: www.cedd.net
66. Perpiñán S. Atención Temprana y Familia: Cómo intervenir creando entornos competentes. Madrid: Narcea S.A. de Ediciones; 2019.
67. Viloría C, González A. Las prácticas de crianza de los padres: su influencia en las nuevas problemáticas en la primera infancia. 2017;
68. Tendencias y buenas prácticas en la atención a la infancia en situación de riesgo social. Zerbitzuan [Internet]. 2017 May;(63):89–102. Available from: http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Tendencias_buenas_practicas_atencion_infancia.pdf
69. Equipo del Programa de Apoyo a Familias. Respiro Familiar. Cuaderno de Buenas prácticas FEAPS [Internet]. Madrid; 2008. Available from: www.feaps.org

colecto

UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA



manu

125