

Estimulación de habilidades perceptivo-cognitivas, manipulativas, de autonomía y relación social y de lenguaje. Estudio de 3 casos distintos: Trastorno del Espectro Autista, Síndrome de Down y Retraso Madurativo por Enfermedad Espinocerebelosa

José Manuel Graus Ramírez¹

RESUMEN

El trastorno del espectro autista es un trastorno complejo y diverso que afecta el desarrollo de las habilidades y competencias cognitivas, emocionales y sociales en niños y niñas; El Síndrome de Down es una alteración genética en el cromosoma 21 que provoca una variable discapacidad mental en el niño, caracterizándolo con unos determinados rasgos físicos al cuál van asociadas determinadas patologías; el *retraso madurativo* no es un término diagnóstico en sí mismo, pero se emplea habitualmente para englobar un conjunto de características que afectan el desarrollo del niño, en ocasiones provocadas por alguna enfermedad como podría ser la enfermedad espinocerebelosa. El presente trabajo supone un acercamiento a la estimulación temprana de los tres casos descritos en las líneas anteriores, en el cuál se fijan unos objetivos comunes y se observan los resultados obtenidos en un mes de terapia. La mejora obtenida en tan corto periodo de tiempo pone en manifiesto la importancia de la detección precoz y la estimulación temprana para garantizar el presente y futuro bienestar de los niños.

Palabras clave: Estimulación temprana, Trastorno del Espectro Autista, Síndrome de Down, Retraso Madurativo por Enfermedad Espinocerebelosa.

¹ Licenciado en Pedagogía. Mg. en Necesidades Educativas Especiales y Estimulación Temprana. Mg. en Psicopedagogía. Psicopedagogo en Colegio Alemán Sankt Thomas Morus, Santiago, Chile.

I. INTRODUCCIÓN

En este escrito se pretende dar a conocer una intervención de estimulación de diferentes habilidades en Atención Temprana, evaluando el progreso de tres casos concretos en un mes. Para ello, empezaré justificando y contextualizando mi investigación, para posteriormente presentar los tres casos y la intervención que se ha llevado a cabo con ellos. A continuación, presentaré los resultados y haré una breve discusión de los mismos, para finalmente sacar una serie de conclusiones. El objetivo es: dar a conocer el funcionamiento de un programa de intervención de estimulación de habilidades perceptivo-cognitivas, manipulativas; habilidades de autonomía y relación social; y habilidades de lenguaje basado en la utilización del Inventario de Desarrollo Atención Temprana (IDAT) en tres casos diferentes que se encuentra en la misma edad de desarrollo: un niño diagnosticado con Síndrome de Down y Fibrosis Quística, una niña con un retraso madurativo por Enfermedad Espinocerebelosa de etiología congénita y un niño con un posible Trastorno del Espectro Autista.

Hoy en día, a diferencia del pasado, tenemos los medios, instrumentos y conocimiento necesario –que va en aumento– para diagnosticar ciertos trastornos o enfermedades a una edad temprana. Muchos de ellos incluso los conocemos desde un determinado momento de gestación. Los Centros de Atención Temprana no solo intervienen en aquellos casos que han sido previamente diagnosticados, sino que tienen la facultad de evaluar aquellos otros que podrían considerarse de riesgo, para intentar evitar retrasos futuros y dotar a todos sus usuarios y familiares de unas mejor calidad de vida.

En este sentido, la incorporación de la familia con un eje central, es parte de las propuestas para mejorar las acciones de la atención temprana (Giné, Gracia, Vilaseca, & García-Díe, 2006; McWilliam, 2016), además de aquellas que hacen hincapié en observar, evaluar e intervenir aquellos contextos donde se desenvuelven niños y niñas (Sánchez-Caravaca, & Candel Gil, 2012). Junto con lo anterior, la atención temprana emplea enfoques

como el trabajo desde la psicomotricidad, que implica reconocer las necesidades y fortalezas de niñas y niños, más allá de centrar su foco en la discapacidad (Limiñana Gras, 2004).

Este trabajo se enmarca en las justificaciones anteriores, familia, ambiente y el niño o niña como aspectos centrales de la evaluación e intervención en atención temprana. Así, para este estudio se han seleccionado tres casos con diferentes trastornos (Trastorno del desarrollo –posible Trastorno del Espectro Autista-, Síndrome de Down y una Enfermedad Cerebeloespinal), cuyas necesidades en la intervención son similares, con el fin de observar cómo se comportan en la intervención. En ningún momento se pretende generalizar sobre el comportamiento de aquellos niños con estos trastornos, ni insinuar que los resultados obtenidos aquí pueden ser extrapolables a casos similares, sino más bien observarlos.

II. PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso 1: Niño con Síndrome de Down y Fibrosis Quística

Síndrome de Down

El Síndrome de Down es una alteración genética (un cromosoma extra en el par número 21) que hace que el bebé nazca con un grado variable de discapacidad mental, unos rasgos físicos característicos y algunas patologías asociadas (Oficina de Intervención Temprana, 2017). La trisomía del cromosoma 21 es la anomalía cromosómica más frecuente: afecta a 1 de cada 700 niños nacidos vivos en todas las razas, sin distinción de ambiente geográfico ni de clase social. La trisomía 21 produce el síndrome de Down, descrito por el doctor John Langdon Down en 1866.

Estos niños presentan un cuadro con distintas anomalías que abarcan varios órganos y sistemas. Los signos y síntomas más importantes del síndrome de Down son:

- Hipotonía muscular marcada (falta de fuerza en los músculos).
- Discapacidad intelectual.
- Fisonomía característica con pliegues epicánticos y abertura palpebral sesgada hacia arriba y afuera (pliegue de piel en el ángulo interno del ojo) y raíz nasal deprimida.
- Hipoplasia maxilar y del paladar que determina la protrusión de la lengua (el hueso maxilar de la cara está poco formado y la boca es pequeña, de modo que la lengua no cabe en ella y sale hacia afuera).
- Anomalías internas, principalmente del corazón y del sistema digestivo: defectos del tabique ventricular, conducto arterioso permeable, atresia o estenosis duodenal (estrechez o falta de desarrollo de una parte del intestino).
- Dedos cortos con hipoplasia de la falange media del quinto dedo (falta de desarrollo de la falange media del meñique).
- Dermatoglifos característicos con el surco simiesco en la palma (huella dactilar alterada con un pliegue en la palma de la mano de forma transversal, similar al del mono).

Algunos signos son muy frecuentes o típicos, como la hipotonía muscular, los dermatoglifos y, en el caso de los ojos de color claro (azul-verde), las manchas de Brushfield, unas manchas blancas pequeñas situadas de forma concéntrica en el tercio más interno del iris (no se observan en ojos oscuros).

Según la Oficina de Atención Temprana (2017) se recomienda empezar el proceso de evaluación e intervención lo antes posible. No es necesario esperar a ver signos de retraso en el desarrollo. Empezar con los servicios de intervención pronto puede ayudar al desarrollo general del niño y generar mejores respuestas funcionales a largo plazo. Dentro de los aspectos a evaluar se destacan:

- Habilidades cognitivas (atención, concentración, respuestas frente a una tarea, etc.).
- Habilidades lingüísticas, comunicativas, de interacción social y de relaciones sociales.

- Desarrollo motor (reflejos y reacciones posturales, alienación y simetría, fuerza muscular, etc.).
- Habilidades adaptativas o de autoayuda (independencia, actividades de la vida diaria y autonomía en decisiones).
- Temperamento y conducta (actitudes durante el juego, patrones de humor, etc).
- Evaluación a la familia, recursos y redes.

Fibrosis quística

Enfermedad hereditaria provocada por un funcionamiento deficiente de las glándulas exocrinas y que se caracteriza por presentar signos de enfermedad pulmonar crónica y disfunción del páncreas (Ministerio de Salud, 2012). Su principal manifestación clínica es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Escobar & Sojo).

Motivo de preocupación

En el momento del nacimiento los médicos se dieron cuenta de que CASO1 presentaba Síndrome de Down, y tras una serie de pruebas, considerando antecedentes familiares, también fue diagnosticado con Fibrosis Quística. Antes de llegar al centro de Atención Temprana, ya había recibido tratamientos similares de estimulación, fisioterapia y masajes en la Fundación Jiménez Díaz. Los padres deciden postular a una plaza pública en este centro con el fin de recibir la estimulación necesaria para ir superando los hitos de desarrollo hasta llegar a los correspondientes a su edad.

Anamnesis

Este primer caso se trata de un niño de 2 años y 4 meses de edad. Los datos que se extrajeron en su evaluación inicial revelan que durante el embarazo no se produjo ningún acontecimiento fuera de lo normal, pese a ser un embarazo de mellizos, y que el parto se produjo a las 40 semanas de gestación, mediante cesárea. Fue después del parto que los padres recibieron la noticia de que, de los dos mellizos, la hermana estaba completamente sana, y el niño tenía la ya mencionada condición, lo que pilló por sorpresa a los padres, los cuáles se culparon por no haber asistido con regularidad a los servicios sanitarios por el alto coste que tienen las consultas y las pruebas médicas en su país, Ecuador.

En cuanto a sus datos familiares, este niño vive con sus dos padres en Madrid, los cuales son ecuatorianos. Aunque la mayor parte del embarazo se llevó a cabo en su país, volvieron a España en la última fase del mismo, por lo que el niño nació en España. La madre, cuidadora de personas mayores de 43 años, ha tenido cuatro hijos: una, de 20 años, de una pareja anterior, y 3 con su pareja actual. Además de los últimos mellizos, hace 7 años dio a luz a un niño que murió de fibrosis quística a los 3 años de vida. Existen ciertos antecedentes familiares por parte de la abuela materna, la cuál es diabética, y ambos padres son portadores de fibrosis quística. La madre presenta problemas en la válvula mitral hereditarios, y el ventrículo derecho más estrecho que el izquierdo.

Necesidades que presenta

Así como CASO3 y CASO2, CASO1 presenta necesidad de estimulación en todas las áreas de desarrollo en relación a su nivel evolutivo, debido a las características de su trastorno. En cuanto a sus necesidades escolares, pese a no estar formalmente escolarizado, asiste a otro centro de atención temprana una vez por semana, los viernes, durante 8 horas. Este equipo también nos advierte de su necesidad de interactuar con otros compañeros, ya que en él no acepta los juegos grupales.

En lo referido a las necesidades en otros contextos, cabe destacar, como en el caso de CASO3, la necesidad de interacción con otras personas diferentes y, sobre todo, intentar reducir sus llantos y rabietas frente a situaciones que considera frustrantes.

Caso2: Niño con Trastorno del Desarrollo (Posible TEA no diagnosticado por su edad)

Descripción del Trastorno del Espectro Autista

El autismo es un trastorno complejo y diverso que afecta el desarrollo de las habilidades y competencias cognitivas, emocionales y sociales en niños y niñas. Posee una etiología múltiple y al igual que su gravedad. Las principales problemáticas del trastorno, incluyen deficiencias cualitativas en el comportamiento: interacción social y comunicación, además del desarrollo de patrones repetitivos y estereotipados, junto con un repertorio restrictivo de intereses y actividades, como lo a propuesto el DSM IV. Dada la diversidad y heterogeneidad de la población infantil con autismo y la variabilidad en el grado de habilidades sociales, de comunicación y de patrones de comportamiento que manifiestan los niños con este trastorno, habitualmente se emplea, de forma más apropiada, la denominación Trastorno del espectro autista (TEA) (Millá & Mulas, 2009).

La detección precoz de este trastorno es primordial para favorecer el pronóstico y la evolución posterior del niño y facilitación en el manejo de la familia. Alrededor del año de vida, e incluso antes, ya se pueden identificar algunas características que se correlacionan con este trastorno. Por ejemplo: “escaso o nulo interés por el contacto ocular, ausencia de respuesta de orientación cuando se nombra al niño, ausencia de la conducta de señalar y ausencia de la conducta de mostrar objetos” (Millá & Mulas, 2009, p. 48). Además, en ocasiones, a lo anterior se suman alteraciones del sueño, problemas con la alimentación, limitaciones para la autonomía personal o escaso interés por el juego.

Incluso a los seis meses de edad se han documentado características clínicas que dan indicio a rasgos autistas, como: indiferencia por los padres, el niño no interviene en juegos de interacción social, no responde ni anticipa, rudimentos de comunicación oral, ausencia de balbuceo y de jerga, no imita sonidos, gestos ni expresiones, no le interesan los juguetes ofrecidos, muestra fascinación por sus propias manos y pies, huele o chupa los objetos más de la cuenta, tiene el sueño fragmentado, etc. (Mulas, Hernández-Muela, Etcheperaborda, Abad-Mas, 2005).

Debido al desconocimiento de las familias en la identificación de estos rasgos, e incluso por educadores o sanitarios, hace que, en muchos casos, la detección y el diagnóstico de este trastorno todavía se realice tardíamente (Millá & Mulas, 2009). Como parte del diagnóstico, en una primera etapa, se obtendrá información sobre el desarrollo neurobiológico, los hitos evolutivos comunicativos, sociales y motrices, y sobre la aparición de los primeros síntomas autísticos. Y también sobre el ambiente del niño: su estilo de relación, los patrones de comportamiento, las interacciones con pares y con adultos, el nivel de participación en dinámicas grupales estructuradas, su adaptación en la guardería o en la educación infantil (Millá & Mulas, 2009).

Según la propuesta de Millá y Mulas (2009), en una segunda etapa se valorará:

La capacidad de relación social del niño: el contacto ocular, la atención y acción conjunta, la iniciativa para las interacciones, los estados emocionales, las reacciones ante el contacto físico, la respuesta ante actividades con otros, la adaptación a las pautas sociales de comportamiento y la intersubjetividad.

La comunicación y lenguaje: la comunicación gestual, la comprensión y la expresión verbal, las funciones comunicativas, las características peculiares del lenguaje del niño, la presencia de ecolalias, la capacidad para el seguimiento de órdenes, la capacidad para

diferenciar significado literal y metafórico, la adecuación del léxico y las construcciones sintácticas.

El juego: la capacidad para la manipulación e interacción funcional o estereotipada con los objetos, la imaginación y la espontaneidad, y el juego simbólico.

El comportamiento y flexibilidad mental: la adecuación u oposición a los cambios en el entorno, la presencia de estereotipias, rituales, intereses limitados y las conductas obsesivas.

*En este caso, debido a la temprana edad del niño no ha sido posible su diagnóstico, pero si posee rasgos.

Proceso de Atención Temprana en niños con TEA

La intervención debe ocurrir en los primeros meses de vida del niño y debe basarse en una evaluación minuciosa de sus capacidades y limitaciones, incluso, si no hay un diagnóstico claro. El trabajo se realiza de forma conjunta con la familia y se deben considerar los siguientes principios (Millá & Mulas, 2009):

- Los programas de atención temprana deben ser flexibles y adaptados a la individualidad de cada niño y a la singularidad de su familia.
- Los programas de intervención tienen que tener un enfoque cognitivo-conductual.
- La intervención ha de dirigirse al niño con TEA, a la familia y a todos los entornos en los que se desenvuelve.
- Se ha de promover el bienestar y la calidad de vida de los niños con TEA a lo largo de todo su proceso de desarrollo.

Motivo de preocupación

Hasta los 15 meses de edad, los padres de CASO2 no habían observado nada fuera de lo normal. Sin embargo, en ese momento recibieron un aviso de la cuidadora en la guardería, quien les comentó una serie de comportamientos por parte del niño y les advirtió que podría tratarse de algún trastorno. Tras una observación exhaustiva por parte de la madre y de la cuidadora, detectaron que al niño le incomodaba mucho que lo tocaran y siempre rechazaba cualquier contacto con otras personas. Además se irritaba con mucha facilidad y no con poca frecuencia respondía cuando lo llamaban, por lo que los padres empezaron a sospechar que tenía problemas de audición, los cuales fueron rechazados por el equipo médico especialista.

En el hospital se le realizó el cuestionario M-Chat, en el cuál no superó 16 ítems, 6 de los cuales se consideran críticos para su edad. Finalmente, el Centro Regional de Coordinación y Valoración Infantil de la Comunidad de Madrid (CRECOVI), lo diagnosticó con un Trastorno del Desarrollo.

Anamnesis

El segundo caso se trata de un niño de dos años y siete meses de edad. De los datos extraídos en la evaluación inicial se pudo observar que la madre tuvo un embarazo normal, y dio a luz en la semana 39 de gestación. Aunque los padres no reportaron nada en sus primeros meses de vida, aseguran que el desarrollo de este hijo fue distinto en muchas cosas a los anteriores.

En cuanto a los datos familiares, el niño vive con sus padres y dos hermanos mayores, de 6 y 20 años. Su padre es ingeniero informático y suele llegar a casa tarde, por lo que solo lo puede ver por las noches. Su madre, que es quien cuida de sus tres hijos en el momento en que estos no están en la escuela o la universidad, es auxiliar administrativo. Aunque por parte

del padre no existen registrados antecedentes psicológicos, por parte de la madre existen familiares con posible esquizofrenia (hermano) y epilepsia y oligofrenia (la abuela).

Necesidades que presenta

CASO2, como los otros dos casos, presenta necesidades de estimulación en todas las áreas de desarrollo en relación a su nivel evolutivo: área sensorio-motora, perceptivo-cognitiva, del lenguaje y comunicación y socio-emocional, temporizando los objetivos en función de la evolución en su desarrollo.

En cuanto a sus necesidades escolares, en los casos de CASO2 y CASO1 (ya que CASO3 no está escolarizada, pero recibe algunas horas de refuerzo en casa) sus educadores advierten que son principalmente comunicativas y sociales, por lo requieren estrategias que les permitan interactuar con sus pares en clase. Además, los tres precisan de una atención individualizada por parte de sus educadores, intentando, especialmente en el caso de CASO2 que las clases respondan a una estructura clara y repetitiva para reducir su frustración.

En lo que respecta a las necesidades en otros contextos, es importante resaltar la necesidad de adquirir autonomía en esas actividades del día a día, especialmente en las más básicas relacionadas con la alimentación y la higiene personal.

Caso 3: Niña con Retraso Madurativo por Enfermedad Espinocerebelosa de etiología congénita

Descripción del Retraso Madurativo por enfermedad Espinocerebelosa de etiología congénita

El *retraso madurativo* no es un término diagnóstico en sí mismo, pero se emplea habitualmente para englobar un conjunto de características que afectan el desarrollo del niño, por ejemplo (López Pisón & Monge Galindo, 2011): retraso cronológico, que implica que un patrón de desarrollo está cronológicamente retrasado respecto al curso de la mayoría de los niños. Este retraso se suele cuantificar entre uno y dos años. Esto se expresa en que un niño lleva un retraso de uno o dos años en comparación a otros niños. Así, el desarrollo es más lento, pero la línea que sigue es la misma que la del desarrollo normalizado.

Afecta a varias áreas del desarrollo. Para poder hablar de retraso madurativo tienen que estar afectadas dos o más áreas del desarrollo. Las áreas del desarrollo que pueden estar afectadas son: motricidad, lenguaje, autonomía personal, control de esfínteres, desarrollo cognitivo, etc. Si solo hay un área afectada el retraso sería específico.

El retraso madurativo puede ser producido por una enfermedad espinocerebelosa de etiología congénita, expresándose como ataxia cerebelosa. La ataxia ocurre al existir daño en el sistema nervioso central, particularmente en el cerebelo que es la parte que controla el equilibrio y la coordinación muscular. Esto, genera problemas en el control muscular de brazos y piernas lo que se traduce en dificultades en el equilibrio y la coordinación, cuyo rasgo más característico es la dificultad para caminar. En este caso, además de el deterioro en el cerebelo, la médula espinal también es afectada (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2016).

Los síntomas típos pueden incluir:

- Ataxia (andar tambaleante)
- Dismetría (dificultad en controlar la amplitud de los movimientos)
- Hipotonía (disminución del tono muscular)
- Disartría (dificultades para hablar)
- Problemas para fijar la mirada.

En muchos casos, los síntomas progresan con el paso del tiempo. Las ataxias espinocerebelosas se heredan en forma autosómica dominante. El término "espinocerebelar" puede encontrarse asociado a enfermedades que tienen síntomas parecidos a la ataxia espinocerebelar y se heredan de forma autosómica recesiva. El tratamiento depende de los problemas que se presenten en la persona afectada.

Respecto al diagnóstico, se sospecha con las señales y síntomas que se observan y con la historia familiar (antecedentes genéticos) y personal. Como hay muchos tipos de ataxia espinocerebelosa es difícil distinguirlas solo por las señales y síntomas, ya que se parecen bastante entre sí. La distinción entre las varias formas se hace de acuerdo al gen alterado, ya que cada una está causada por la alteración en un gen diferente. El diagnóstico por tanto, se hace con la prueba genética que identifica el gen alterado (Genetic and rare disease, 2017).

Dentro de un protocolo de evaluación de atención temprana, los aspectos a evaluar serán similares a los anteriormente mencionados poniendo énfasis en:

1. La autonomía personal: autocuidado, aseo, vestido, alimentación, seguridad personal.
2. Lenguaje y comunicación.
3. Motricidad, gruesa y/o fina.
4. Funciones cognitivas: resolver problemas, identificar, asociar, clasificar, seriar, atención, memoria, percepción, etc.

Motivo de preocupación

Tras la resolución de alta para Valentina por parte del IMFM (Instituto Madrileño De la Familia y el Menor) y contando con la valoración y acreditación emitida por el equipo de valoración y orientación nº 01 del Centros Base de Atención de Personas con Discapacidad nº 10 de la Comunidad de Madrid, donde se establece que CASO3 presenta un diagnóstico de Retraso Madurativo por enfermedad Espinocerebelosa de etiología congénita, presentando un grado de discapacidad de 20%.

Este problema fue detectado por el equipo médico en la semana 20 de gestación, mediante ecografías. Desde el momento de su nacimiento CASO3 ha recibido diversos tratamientos (farmacológicos, psicológicos, fisioterapéuticos, etc) mediante los cuales no se habían observado mejoras.

Anamnesis

En este tercer caso se presenta una niña de 3 años de edad. El embarazo se produjo mediante una técnica de reproducción asistida (Fecundación In Vitro) después de muchos años intentando tener hijos de forma natural sin éxito. Este embarazo surgió tras la quinta transferencia embrionaria (segunda fecundación In Vitro) tras tres casos de no implantación y un cuarto caso de aborto involuntario en la tercera semana por no evolución celular del embrión. En este quinto intento, se transfirieron tres óvulos fecundados, de los cuales dos se implantaron el útero y el tercero no se desarrolló. En la semana doce del embarazo de mellizos, hubo una pérdida de uno de ellos, quedando solamente CASO3.

En lo que respecta a los datos familiares, CASO3 es una hija única que vive con su padre, director de arte te un club deportivo, de 46 años, y su madre de 41, la cual, pese a ser periodista, se dedica a las labores del hogar y al cuidado de CASO3. No existe constancia de otros posibles lazos familiares, al menos en su entorno más cercano.No se reportan

enfermedades importantes por parte de los padres, pero sí se deja constancia de la muerte de la hermana de la madre a la edad de 23 años, debido a un cáncer de colon.

Necesidades que presenta

Al igual que en el caso anterior, CASO3 presenta de estimulación en todas las áreas de desarrollo en relación a su nivel evolutivo. En cuanto a sus necesidades escolares, no las podemos considerar en esta intervención ya que aún no está escolarizada. Sin embargo, tiene una educadora que va a casa una hora al día, y en ocasiones lleva a su hija pequeña que tiene una edad similar a la de CASO3, para que interactúe con ella. Por las dificultades que presenta, se deduce la necesidad de interacción con otros niños, y que aprenda a convivir, compartir sus cosas e interactuar con ellos, intentando reducir las rabietas.

En cuanto a las necesidades en otros contextos, es importante hacer énfasis en la necesidad de conseguir autonomía en las actividades diarias, intentando desvincularse poco a poco de la sobreprotección de la madre. A CASO3 le cuesta mucho separarse de su madre, quien pasa la mayor parte del día con ella y con la cual, pese a su ya avanzada edad, sigue durmiendo.

Además, y relacionado con las necesidades en el ámbito escolar, esta niña necesita interactuar con otras personas (ya sean niños de su edad u otra edad, o adultos: cuidadores, terapeutas, trabajadores del centro...) debido a que está todo el día con una sola persona, su madre, y sólo ve al padre por las noches. En su entrevista inicial los padres desvelaron que su entorno de apoyo familiar o incluso amistoso es muy reducido.

III. INTERVENCIÓN

La siguiente intervención ha sido llevada a cabo durante el mes de febrero de 2017. En su diseño, ha tenido en cuenta las características específicas de cada uno de los tres casos de estudio, el informe y los requerimientos facilitados por el Centro Regional de Coordinación y Valoración Infantil de la Comunidad de Madrid (CRECOVI), a través de la utilización de la Escala de Desarrollo Brunet- Lezine (Brunet & Lezine, 1997); la evaluación inicial en el centro por parte de la psicóloga en la que utiliza las Escalas de Desarrollo Merrill-Palmer (Consejo General de la Psicología de España, 2010); y una evaluación personalizada por parte de la persona responsable del área de estimulación, en la que se han establecido los objetivos que se señalarán.

Aunque la intervención original fue diseñada con una extensión de un año, periodo tras el cual se reevalúa a nivel global y se toman decisiones sobre futuras intervenciones, en este trabajo solo se presenta la intervención llevada a cabo durante un mes, debido a la duración de mi programa de prácticas. Pese a que tampoco es habitual tener una evaluación mensual de la evolución de cada uno de los usuarios del centro, en la parte de evaluación hablaré de los resultados obtenidos en este periodo.

Objetivos de la intervención

El objetivo general de esta intervención es el de estimular todas las áreas de desarrollo en relación a su nivel evolutivo: área sensorio-motora, perceptivo-cognitiva, del lenguaje y comunicación y socio-emocional, temporalizando los objetivos específicos en función de la evolución en el desarrollo de los tres casos de estudio.

En lo que respecta a los objetivos específicos, en este apartado haré una lista de objetivos que, junto con la terapeuta ocupacional que realizó el seguimiento y la tutorización de mis prácticas, llevamos a cabo. Estos objetivos han sido extraídos del plan de intervención anual, que a su vez está basado en el Inventario de Desarrollo Atención Temprana (IDAT).

Para que me resultase más fácil el seguimiento de estos tres casos concretos, y teniendo en cuenta las similitudes en sus intervenciones, decidimos trabajar en el mes de febrero sólo objetivos que tuviesen en común. De esta manera no sólo me facilitaría la observación del progreso de los tres casos, sino que también, como alumno en prácticas, me resultaría más sencillo participar de forma activa.

Los criterios que consideramos para la elección de estos objetivos, además de lo mencionado anteriormente, fueron los siguientes:

- a) Que se fuesen completando los hitos del desarrollo de menos a mayor, esto es, de una edad más temprana a una edad más avanzada.
- b) Que tuviesen en cuenta la información recopilada por la trabajadora social en todo momento, atendiendo a las necesidades que detectasen en los diferentes contextos (educativo, familiar, etc)
- c) Que incluyeran (y combinaran) las áreas de las que la terapeuta ocupacional se encargase en esa edad de desarrollo, y las cuales pretende observar este trabajo, es decir:
 - 1) Habilidades perceptivo-cognitivas / manipulativas
 - 2) Habilidades de lenguaje
 - 3) Habilidades de autonomía y relación social
- d) Que tuviésemos flexibilidad a la hora de ampliarlos y/o reducirlos, dependiendo del progreso del niño/a.

Tras esta aclaración, procedo a mencionar los objetivos específicos de esta intervención mensual:

a) Estimulación de habilidades perceptivo-cognitivas/ manipulativas

Según las Escalas de Desarrollo Merrill-Palmer-R los resultados en cognición de estos tres sujetos se sitúan en torno a los 17 meses, por lo que los objetivos a trabajar en su intervención son los siguientes:

- Fomentar la aparición del control visual al garabatear, así como el movimiento de muñeca. Imitar un trazo sin dirección determinada, para posteriormente imitar un trazo vertical, horizontal y círculo.
- Construcciones: hacer torres de hasta 9/10 cubos, trenes y puentes
- Estimular el trabajo manipulativo y la coordinación óculo-manual clavando pinchitos, metiendo fichas en hucha, encajando piezas de madera en un palo firme, rasgando papel con las manos, ensartando cuentas, etc
- Lograr poner tapas a cajas redondas
- Conseguir desenroscar tapas de botes de boca estrecha y ancha
- Voltar páginas de un cuento para encontrar lo que se pide
- Doblar un papel (aunque no sea por la mitad) con demostración previa de un adulto
- Realizar juegos de trasvase de agua y arena
- Colocar piezas por ensayo y error en un cubo de formas
- Hacer parejas de objetos semejantes e iguales
- Lograr coger una pelota de dentro de un cubo, sin dificultad
- Asociar tarjetas iguales (dibujos de objetos)
- Asociar objetos por categorías
- Aparear tarjetas de objetos
- Aparear objetos por color (rojo, azul, amarillo, verde)

- Aparear figuras geométricas (Círculo, cuadrado, triángulo)

b) Estimulación de habilidades de lenguaje

Según las Escalas de Desarrollo Merrill-Palmer-R los resultados en cognición de estos tres sujetos se sitúan por debajo de los 12 meses, por lo que los objetivos a trabajar en su intervención son los siguientes:

- Ampliar el vocabulario repetitivo, mejorando el nivel de comprensión ante diferentes situaciones
- Cambiar su expresión a distintas manifestaciones emocionales de los hablantes
- Mantener el interés durante más tiempo mirando representaciones gráficas
- Señalar objetos comunes cuando se le nombran con palabras o gestos
- Identificar partes gruesas del esquema corporal en sí mismo
- Intentar obtener objetos utilizando palabras, gestos u otro tipo de señales
- Responder a una negación diciendo “no”
- Reconocer e identificar muchos objetos o sus representaciones gráficas al nombrárselos (2, entre 4 que se le presentan simultáneamente)
- Identificar partes gruesas del esquema corporal en otra persona
- Nombrar 3 partes del cuerpo
- Decir o señalar habitualmente “no” con total sentido

c) Estimulación de habilidades de autonomía y relación social

Según la entrevista de la psicóloga con los padres, y considerando lo extraído de los educadores a través de la trabajadora social del centro, los objetivos a tratar en este área de la intervención son los siguientes:

- Colaborar en el vestido y desvestido
- Repetir palabras que oye en una conversación y en otros momentos
- Disfrutar escuchando atentamente relatos de cuentos ilustrados
- Juego simbólico
- Compartir el espacio con los iguales sin altercados
- Reducir frustración (extinguir rabietas)

1) Proceso de evaluación

Para la evaluación de este plan de intervención aplicado a los tres sujetos nos hemos basado en las observaciones realizadas en casa una de las sesiones, para las cuales hemos tenido en cuenta los ítems propuestos por el Inventario de Desarrollo en Atención Temprana (IDAT) (Pérez, M.I., Lorenzo, M.J., s.f).

El Inventario de Desarrollo de Atención Temprana (Pérez, M.I., Lorenzo, M.J., s.f) que se utiliza para evaluar el desarrollo psicomotor y la psicomotricidad consiste en una síntesis detallada de una serie de conductas de los niños de edades comprendidas entre los 0 y 4 años, organizadas en las distintas áreas que conforman el desarrollo de la persona. Es una práctica herramienta que engloba un gran volumen de hitos madurativos agrupados y divididos dependiendo de la edad del niño/a.

Las áreas en que se organiza son las siguientes:

- Habilidades motoras

- Habilidades perceptivo – cognitivas/ Manipulativas
- Habilidades de lenguaje
- Habilidades de autonomía y relación

Finalizado el periodo establecido para el logro de los objetivos planteados en el plan de intervención original, es decir, ese cuya duración es de un año, se procederá a la correspondiente valoración terapéutica, realizando un informe de evolución pertinente donde quedarán recogidos los resultados del desarrollo del plan de intervención llevados a cabo hasta la fecha.

Además se tendrán en cuenta los requisitos de alta en plaza pública de tratamiento, según indica el Pliego de Prescripciones Técnicas que ha de regir en el Acuerdo Marco gestión del servicio público especializado de atención temprana de la Comunidad de Madrid.

2) Proceso de Intervención

La intervención realizada en estos tres casos ha sido llevada a cabo por un equipo multidisciplinar, en el que existe una coordinación continua entre los profesionales encargados de la estimulación en el centro y, a su vez, con las familias y el resto de los contextos en los que el niño/a pueda participar. Para ello se suelen fijar reuniones de equipo, en los que se pone en común el progreso.

Esta intervención ha consistido en estimular todas las áreas de desarrollo en relación a su nivel evolutivo: área sensorio-motora, perceptivo-cognitiva, del lenguaje y comunicación y socio-emocional. Para ello, hemos hecho uso de todas las herramientas terapéuticas de que se dispone en el centro, centrándonos principalmente en el juego y en la interacción tanto entre profesional-paciente, como entre pacientes, fomentando la socialización de forma transversal.

Como ejemplo de una intervención habitual, el niño/a llega a la sala y se sienta con el terapeuta en una mesa pequeña (a la altura del niño/a). Se saludan, interactúan por unos minutos y, dependiendo de los objetivos de la sesión, el terapeuta escoge una serie de material que se trabaja. Por ejemplo, si se pretende trabajar la asociación entre objetos, se elige un juego en el que aparecen tarjetas con dibujos o colores; si se pretende trabajar la psicomotricidad fina, el terapeuta selecciona aquellos juegos que permitan conseguir su objetivo, como una cuerda en la que se ensartarán cuentas, o un puzle sencillo, cuyas piezas necesitan ser encajadas.

En este caso, al tratarse de una intervención muy corta incluida en una intervención anual, no hemos tenido tiempo de crear estas instancias de cooperación, pero sí hemos podido compartir la información relevante entre los distintos terapeutas.

La intervención ha tenido una extensión de un mes cronológico, en el que hemos podido tener 12 sesiones de 45 minutos.

IV. RESULTADOS

El objetivo general de mi Trabajo de Fin de Máster era el de dar a conocer el funcionamiento de un programa de intervención de estimulación de habilidades perceptivo-cognitivas, manipulativas; habilidades de autonomía y relación social; y habilidades de lenguaje basado en la utilización del Inventario de Desarrollo Atención Temprana (IDAT) (Pérez, M.I., Lorenzo, M.J., s.f) en tres casos diferentes que se encuentran en la misma edad de desarrollo.

Para entender mejor el funcionamiento de dicho programa de intervención, hemos definido los tres casos, explicando el procedimiento de ingreso y los test que se han tenido en cuenta para el diagnóstico. Paralelamente, para favorecer el entendimiento de este trabajo y posteriormente diseñar un programa de intervención pertinente y efectivo, en este trabajo he indagado sobre cada uno de los trastornos que presentan los tres sujetos. Esta búsqueda bibliográfica contribuye al conocimiento de dichos trastornos.

Una vez propuestos unos objetivos comunes a los tres casos, hecho que ha facilitado mi intervención por el corto periodo en que he tenido que llevarla a cabo, he procedido a la recolecta de datos de forma diaria, dejando constancia del respectivo progreso.

En relación a los objetivos específicos de la intervención llevada a cabo, en los siguientes párrafos intentaré hacer una síntesis del progreso de los tres niños, centrada en la superación o no de los objetivos marcados para el mes de febrero. Como el objetivo de mi trabajo no ha sido en ningún caso el de comparar el avance de los mismos, no ofrezco tablas ni gráficos sobre los tres. Por el contrario, me centraré de forma individual en cada uno de los niños para hablar de los resultados obtenidos, intentando contextualizar el momento en que se encontraban justo antes de iniciar la intervención:

Resultados caso 1

Con CASO1 hemos experimentado algunos progresos a nivel en lo que respecta a las habilidades perceptivo-cognitivas y manipulativas, aunque la terapeuta asegura que ha sido un mes de estancamiento, lo que podría ser debido a la presencia de un nuevo terapeuta en la sala (yo) al cuál no conoce y no le inspira demasiada confianza. La única evidencia que tenemos con respecto a esto es que a mí no me ha hecho caso en la mayoría de mis intervenciones, al contrario de los otros dos niños, con los que establecí una conexión tras la primera intervención.

En cuanto a su progreso, solo se ha logrado que haga algunos garabatos, tras los cuales soltaba el lápiz de forma inmediata y se despistaba mirando hacia otro lugar. Además hemos conseguido que construya torres de 3 cubos, aunque inmediatamente las tiraba y no continuaba.

En lo que respecta a la manipulación de pequeños objetos, como los pinchitos por ejemplo, sí se han encontrado algunas mejoras. Hemos conseguido que incrustara algunos todos los días, aunque muy lentamente y con mucha facilidad para distraerse. En esta actividad no logramos que los relacionara por color, al igual que hacía CASO2.

Con CASO1 no hemos podido trabajar los objetivos relacionados con la hucha y con ensartar cuentas, ya que no le llamaban la atención. Sin embargo, la terapeuta confiesa haberlos trabajado alguna vez sin problema, aunque no se haya considerado completado el objetivo, que es por lo que lo incluimos en este plan de intervención. Tampoco hemos conseguido que abra tapaderas con rosca, pero sí ha logrado el resto de objetivos con los mismos, como sacar objetos de ellos o el trasvase (sin tener en cuenta los colores)

Como el caso de CASO3 y CASO2, CASO1 ha logrado relacionar tarjetas y objetos, y aparearlos, sin lograr distinguir entre formas cuando predominaba el color (en las figuras geométricas), por lo que este objetivo tendrá que ser trabajado más adelante.

Las habilidades de lenguaje han sido más difíciles de trabajar con CASO1 en este mes, y no hemos logrado producción alguna del mismo. Sin embargo, al igual que con CASO2, sí hemos conseguido que distinga objetos al nombrarlos, e incluso los ha señalado (desde juguetes a partes del cuerpo en un muñeco). Debido a lo mencionado anteriormente, tampoco hemos conseguido mejorado sus niveles de atención, sino todo lo contrario.

Finalmente, en lo que respecta a las habilidades de autonomía y relación social, tampoco hemos obtenido muy buenos resultados este mes. Aunque en ocasiones hemos logrado que CASO1 acceda a compartir su espacio y sus juguetes con otro niño, ni ha llegado a interactuar con él. Además ha llorado con más frecuencia que anteriormente, quizás

también porque acababa de ser operado de fimosis, y le ha costado mucho entrar en la sala y despegarse de sus padres.

Resultados caso 2

En lo que respecta a las habilidades perceptivo-cognitivas y manipulativas, además del garabateo, y los trazos horizontales y verticales, hemos logrado que CASO2 trace algunos círculos aunque no han llegado a ser completos (cerrados). También ha conseguido construir con cierta frecuencia torres de 8 cubos y trenes horizontales, y en las tres últimas intervenciones hemos observado que ha empezado a construir puentes con ellos.

Ha conseguido clavar pinchitos grandes en un panel, aunque no los ha conseguido clavado con mucha fuerza y se caían con facilidad. Sin embargo, no ha tenido ningún problema al distribuirlos en las 4 esquinas del tablero dependiendo del color que éstos fuesen. A la hora de ensartar cuentas en una cuerda y meter monedas en una hucha, CASO2 ha mostrado algunas dificultades, especialmente en las primeras sesiones. En las últimas ha logrado meter algunas monedas con nuestra ayuda, ya que en el último momento se le giraba y no conseguía meterla.

También ha logrado abrir y cerrar botes con tapadera ligeramente enroscada, aunque a la hora de cerrar solo conseguía hacerlo utilizando las dos manos, y siempre y cuando le agarrásemos el bote. Los objetivos relacionados con los cubos, tales como el trasvase y sacar un objeto de los mismos, los ha conseguido sin problemas. Incluso hemos podido avanzar con objetivos de futuros meses, viendo que le gustaban los colores, condicionando que el trasvase de objetos fuese considerando el color del cubo y del objeto (ejemplo, pasar bolitas azules de un cubo azul a otro azul, y hace lo mismo con otros colores).

Como el caso de CASO3, CASO2 ha logrado relacionar tarjetas y objetos, y aparearlos, sin lograr distinguir entre formas cuando predominaba el color (en las figuras geométricas). En lo que respecta a la estimulación de habilidades de lenguaje, hemos logrado que CASO2 amplíe su vocabulario repetitivo, mejorando el nivel de comprensión ante diferentes situaciones; que cambie su expresión a distintas manifestaciones emocionales; que identifique partes gruesas del esquema corporal en sí mismo y de otros y que las repita tras decírselas; y que responda a la negación “no” de forma significativa. Sin embargo, no hemos logrado que reconozca muchos objetos al nombrárselos, por ejemplo, cuando le pedimos que los busque en un libro. Tampoco hemos conseguido hacer que mejoren los niveles de atención, salvo cuando nos hemos sentado con él frente a la pared, bloqueando cualquier otro estímulo en el aula.

Para finalizar, en lo que respecta a las habilidades de autonomía y relación social, también hemos conseguido algunos objetivos importantes. Por un lado ya siempre se pone y se quita la chaqueta y los zapatos al llegar, cosa que no hacía al principio de la intervención. Por otro ha iniciado el juego simbólico, aunque sea a través de la imitación de sus pares o del terapeuta; y, el que podríamos considerar su mayor logro, CASO 2 ha logrado reducir su frustración y sus rabietas en la terapia, lo cuál ha sido confirmado por sus padres en casa.

Resultados caso 3

Por su enfermedad CASO3 ha estado en diversos tratamientos previos a este programa de intervención, entre los cuales hay que destacar sus logros referentes a la motricidad. En la presente intervención, también hay que destacar su avance en diferentes ámbitos, el cual se traduce directamente en la mejora y adquisición de ciertas habilidades, tal y como se presenta a continuación:

En lo que respecta a las habilidades perceptivo-cognitivas y manipulativas, hemos logrado que aparezca el garabateo, con un buen movimiento de muñera, incluso haciendo ciertos trazos horizontales. Sin embargo, en ningún momento hemos logrado que aparezcan líneas verticales o círculos, salvo ciertos trazos curvos.

También hemos conseguido que logre construir torres de 6 cubos con relativa frecuencia, e incluso que los construya de forma horizontal simulando trenes y moviéndolos ligeramente hacia adelante. Con estos mismos cubos no hemos logrado que construya ningún puente. Aunque CASO 3 tiene problemas de visión, no le ha sido muy difícil adquirir ciertas habilidades que requerían cierta precisión. Ha conseguido clavar pinchitos grandes y más pequeños en un panel, ha logrado encajar piezas de madera en un palo firme aunque ha tenido cierta dificultad al girarlas cuando no encajaban bien, y ha requerido de ayuda.

También ha metido monedas en una hucha, y hemos logrado que ensarte dos cuentas en una cuerda, pero este ha sido un trabajo lento y tedioso que no le ha gustado desde el principio, por lo que tras unos minutos intentándolo se frustraba.

Abrir y cerrar botellas sin rosca no le ha supuesto ningún problema. Sin embargo, cuando éstas tenían una rosca intentaba abrirlas como es resto y por tanto no podía. Tras muchas repeticiones de giro de muñera, logramos que girase un poco y abriese la botella cuando estaba casi abierta. Aunque esto nos dio indicios de que es un objetivo que cumplirá pronto, en este momento de la intervención sigue pendiente y por tanto ha de seguir siendo trabajado el próximo mes, esperando que en un futuro consiga también hacer un giro contrario a la hora de cerrar la botella.

Al trabajar con cubos, logramos que los girase para vaciar aquello que estaba en su interior. En ocasiones logramos que se diera el trasvase de pequeñas bolitas, pero con frecuencia las tiraba al suelo. En cuanto a tomar una de ellas de dentro del cubo con los dedos, solo lo conseguimos una vez, y con objetos más grandes, por lo que no consideramos que este objetivo haya sido cumplido.

Con respecto a las asociaciones, CASO3 ha avanzado mucho en un mes. Ha sido capaz de asociar y aparear tarjetas por colores, y a veces por forma. Sin embargo no hemos conseguido que aparease figuras geométricas sin ser despistada por el color.

En lo que respecta a la estimulación de habilidades de lenguaje, no hemos logrado avanzar tanto como en el caso anterior. Aunque hemos logrando que vaya manteniendo de forma paulatina más interés mirando representaciones gráficas, y también que identifique y señale objetos al ser mencionados, no hemos conseguido estimular mucho lenguaje, salvo la palabra “no” y el llamado a su mamá cuando lloraba. Mediante el juego simbólico sí logramos algunos gestos y sonidos al jugar con muñecos, y sí distingue algunas partes de su cuerpo, pero no en los muñecos.

Por último, en lo que respecta a las habilidades de autonomía y relación social, también hemos conseguido algunos objetivos, aunque todos ellos han de ser repetidos en meses posteriores ya que no consideramos que estén afianzados. Aunque CASO3 sí ha logrado ponerse los zapatos desabrochados y sacarse el abrigo, aun no puede ponerse sola el abrigo o cerrar los broches con velcro de los zapatos.

En ningún momento hemos conseguido que interaccione con otros niños mediante el juego simbólico, ya que siempre intenta ignorarlos. Aunque se ha logrado reducir la frustración en determinados momentos, sigue habiendo rabietas casi a diario, especialmente en el momento en que se separa de su madre.

V. DISCUSIÓN

Para empezar este apartado, me gustaría adelantar que, como se puede observar en el apartado de resultados, los tres casos han presentado un gran avance en su corta intervención, independientemente de las características o el punto de partida de cada uno de ellos. Esto, sin

duda, podemos agradecerse a la atención temprana que han recibido, la cual ayuda a mejorar su vida y la de sus familiares en el día a día, y también les ofrece en todo caso un mejor futuro a ambos. Esto, como los sugieren una serie de investigaciones ya citas, entre las que destacan: Giné, Gráci, Vilaseca & García-Díe (2006); McWilliam (2016), Sánchez-Caravaca & Candel Gil (2012) y Limiñana Gras (2004)

Al observar los resultados de la intervención, podemos ver algunas manifestaciones claras de cada uno de los trastornos, enfermedades o síndromes, aunque cada caso pueda ser totalmente distinto, y en muchas ocasiones se obtienen resultados totalmente inesperados.

En el CASO1, el niño con Síndrome de Down, hemos obtenido buenos resultados en las habilidades perceptivo-cognitivas y manipulativas, aunque nos ha costado un poco más trabajar aquellas habilidades de lenguaje y de autonomía y relación social. Cabe destacar que otro caso similar que hemos trabajado con un niño con características similares ha obtenido resultados completamente distintos, habiendo mejorado sus habilidades de autonomía y sociales muy por encima del resto. Esto también arroja información sobre la forma en que los niños están siendo estimulados fuera del aula, por sus contextos más cercanos. En este sentido, uno de los aspectos que la literatura ha propuesto como más relevantes es el trabajo con las familias y con la comunidad (Machín Verdés, Purón Sopena & Castillo Mayedo, 2009; Sánchez-Teruel, & Robles-Bello, 2015), ya que muchas de las limitaciones de estos niños y niñas, aparecen por faltas de oportunidades del entorno. El trabajo con familias favorece la propia psicomotricidad del niño/a al entregar una serie de desafíos motivadores que permiten potenciar sus propias habilidades.

En el CASO 2 he podido observar más claramente algunas de las estereotipias más características de aquellos niños/as diagnosticadas de TEA, especialmente aquellas que suceden en momentos de frustración. En general este caso también ha tenido claros avances en todas las áreas estimuladas, y la que más me ha sorprendido ha sido el área de lenguaje, ya que a priori era la que más le costaba. La evidencia da cuenta de la relevancia de las intervenciones de atención temprana en casos de TEA (Zalaquett, Schönstedt, Angeli,

Herrera, & Moyano, 2015), demostrando cómo permite generar transformaciones a nivel biológico en el cerebro.

Por último en el CASO 3 hemos visto quizás menos avance en el área del lenguaje y autonomía, y de psicomotricidad, debido quizás a su dificultad de controlar ciertos movimientos. En este caso, el cuál sin duda es un tanto complicado por la condición de la niña, la mejora se hace quizás más lenta por la sobreprotección de los padres, los cuales suelen evitar los ejercicios que se les envía para casa cuando empieza a llorar. Además, su limitada movilidad le crea más frustración, la cual se traduce en rabiets y llantos. En estos casos, la evidencia demuestra la efectividad de la atención temprana, siempre y cuando se mantenga en el tiempo (Moreno Mora, 2014).

Lamentablemente los resultados obtenidos son tan solo el fruto de un mes de intervención, el mes de duración de mis prácticas, por lo que no me ha sido posible hacer un seguimiento más exhaustivo. Según conversaciones con la terapeuta que me ha ayudado en todo el proceso, las intervenciones pasan por distintos momentos y etapas, y para una observación más “real” de los resultados es necesario más tiempo.

VI. CONCLUSIONES

En la elaboración de este trabajo he intentado dejar clara la importancia de la atención temprana a la hora de tratar (y prevenir) cualquier retraso del niño/a fruto de un trastorno, síndrome o enfermedad. Por tanto, la detección precoz (incluso en el periodo de gestación o en los primeros años de vida del niño/a) tiene un rol crucial en su bienestar y su calidad de vida futura.

Además, en este trabajo se ha intentado recabar información de tres distintos casos, con enfermedades/trastornos/síndromes diferentes. Pese a estas diferencias, he observado que la forma en que se traten ciertos problemas o que se estimulan ciertas habilidades puede ser muy parecida, porque hoy en día existen escalas e inventarios que señalan en qué momento madurativo está un determinado niño/a, y, por tanto, cuales son aquellos hitos que ha de alcanzar para que haya una coherencia entre su edad madurativa y su edad real. Para ello es necesario entender que todas las personas somos distintas, y que incluso todos y cada uno de nosotros, sin tener diagnosticado ningún retraso, presenta fortaleza en el desarrollo de ciertas habilidades y ciertas debilidades en otras. Todos y todas tenemos mucho que agradecer y/o reprochar a la estimulación que se nos hizo de pequeños, en nuestros primeros años de vida, y eso nos he de ayudar a comprender la importancia de la estimulación a lo largo de la vida, incluso en nuestros años adultos.

Por otro lado, conocer más sobre estas distintas condiciones, además de ayudarme en mi carrera profesional me ha ayudado a mejorar como humano, e intentar comprender más a aquellas personas cuyas capacidades y características sean distintas.

Para finalizar, quiero hacer énfasis en la importancia del trabajo multidisciplinar, acompañado a su vez de los distintos contextos (familiares y sociales) que afectan al niño/a. En este periodo he tenido la suerte de formar parte de un equipo compuesto por distintos profesionales, y he visto las grandes ventajas que tiene un tratamiento de estas características para el niño/a, donde la información relevante pasa de un profesional a otro en cuestión de segundos, y más tarde es debatida con los padres. Este proceso permite entender y observar a la persona desde su globalidad.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Belda, J. C. (2002). *El desarrollo infantil y la atención temprana*. Madrid: Genysi.
- Brunet, O., & Lezine, I. (1997). Escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia. *Madrid: MEPSA*.
- Candel, I. (2003). *Atención Temprana. Niños con Síndrome de Down y otros problemas de desarrollo*. Madrid: FEIDS.
- Consejo General de la Psicología de España. (2010). *Las Escalas de Desarrollo Merrill-Palmer*. INFOCOP. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3566
- Escobar, H., & Sojo, A. (2001). Fibrosis quística. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría, 1*, 99-110.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). (2000). *Libro blanco de la atención temprana*. Madrid: Centro Español de Documentación sobre Discapacidad.
- Genetic and Rare Disease (2017). Ataxia espinocerebelosa. Gaithersburg: Centro de Información sobre Enfermedades Genéticas y Raras (GARD). Disponible en: <https://rarediseases.info.nih.gov/espanol/12343/ataxia-espinocerebelosa>
- Giné, C., Gracia, M., Vilaseca, R., & García-Díe, M. T. (2006). Repensar la atención temprana: propuestas para un desarrollo futuro. *Infancia y aprendizaje, 29*(3), 297-313.
- Haeussler, I. M., & Marchant, T. (1985). Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI). *Santiago: Editorial Universidad Católica*.

- Limiñana Gras, R. M. (2004). Discapacidad e intervención psicomotriz en la atención temprana: Vínculo, diferenciación y autonomía. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy*, (22), 101-106.
- López Pisón, J., & Monge Galindo, L. (2011). Evaluación y manejo del niño con retraso psicomotor: Trastornos generalizados del desarrollo. *Pediatría Atención Primaria*, 13, 131-144.
- Machín Verdés, M., Purón Sopena, E., & Castillo Mayedo, J. A. (2009). Reflexiones sobre la intervención temprana en niños con síndrome de down considerando la familia y la comunidad. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(1), 0-0.
- McWilliam, R. (2016). Metanoia en Atención Temprana: Transformación a un Enfoque Centrado en la Familia. *Revista latinoamericana de educación inclusiva*, 10(1), 133-153.
- Millá, M. G., & Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 48(Supl 2), 47-52. Disponible en: http://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/326.2-atencion_temprana.pdf
- Ministerio de Salud. (2012). *Programa Nacional de Fibrosis Quística Orientaciones Técnicas Programáticas para Diagnóstico y Tratamiento*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
- Moreno Mora, R. (2014). Atención temprana comunitaria en niños con retardo en el neurodesarrollo. *Revista Cubana de Pediatría*, 86(1), 5-17.
- Mulas F, Hernández-Muela S, Etcheperaborda MC, Abad-Mas L. (2005). Bases clínicas neuropediátricas y patogénicas del trastorno del espectro autista. In Mulas F, ed. *Autismo infantil*, (pp. 57-71). Barcelona: Viguera.

National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2012). *Ataxias y la degeneración cerebelosa o espinocerebelosa*. Maryland: Office of Communications and Public Liaison. Disponible en: <https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/ataxias.htm>

Oficina de Intervención Temprana. (2017). *Normas de práctica clínica. Guía rápida de consulta para padres y profesionales. Síndrome de Down evaluación e intervención para niños pequeños (desde el nacimiento hasta los 3 años de edad)*. Nueva York: Departamento de salud del Estado de Nueva York. División de salud familiar. Oficina de intervención temprana. Disponible en: <https://www.health.ny.gov/publications/5304.pdf>

Pérez, M., & Lorenzo, M. (s.f). IDAT: Inventario de desarrollo de Atención Temprana. *Salamanca: Editorial Amarú*.

Reynolds, A. J., Temple, J. A., Robertson, D. L., & Mann, E. A. (2017). Long-term Effects of an Early Childhood Intervention on Educational Achievement and Juvenile Arrest: A 15-Year Follow-up of Low-Income Children in Public Schools. *JAMA*, 285(18), 2339-2346. doi:10.1001/jama.285.18.2339

Sánchez-Caravaca, J., & Candel Gil, I. (2012). Implementation of programs for early intervention from an educational model. *Educación en Revista*, (43), 33-48.

Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, M. A. (2015). Respuesta a un programa de resiliencia aplicado a padres de niños con Síndrome de Down. *Universitas Psychologica*, 14(2).

Zalaquett, D., Schönstedt, M., Angeli, M., Herrera, C., & Moyano, A. (2015). Fundamentos de la intervención temprana en niños con trastornos del espectro autista. *Revista chilena de pediatría*, 86(2), 126-131.