



Universidad
Católica del
Uruguay



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL URUGUAY

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

MAESTRÍA EN ATENCIÓN TEMPRANA

Proyección de un Centro de Desarrollo Infantil en Atención Temprana de niños con riesgo biológico de presentar trastornos del desarrollo en una institución de salud privada de Uruguay.

Autor: María Noel Cuadro Cawen

Tutor: Juan Francisco Romero Pérez

Octubre/2016

Montevideo, Uruguay

Tabla de contenido

Tabla de contenido	2
Agradecimientos	3
Introducción.....	4
Capítulo 1. Memoria-resúmenes de los contenidos teóricos-prácticos.....	5
Módulo 1. Atención temprana. Fundamentos teóricos	5
Módulo 2. Modelos de Prevención en Atención Temprana.....	9
Módulo 3. Familia y Atención Temprana.....	22
Módulo 4. Evaluación y Diagnóstico	31
Módulo 5 Metodología y diseños de investigación en Atención Temprana. Docente Eduardo Elósegui Bandera	39
Módulo 6. Intervención en niños con trastornos físicos, familia y escuela	41
Módulo 7. Déficit auditivo, familia y escuela.....	54
Módulo 8. Atención temprana en niños con déficit visual.....	60
Módulo 9. Intervención en niños con trastornos del desarrollo, escuela y familia	72
Módulo 10. Intervención en niños con carencias afectivas y enfermedades raras, familia y escuela.	87
Módulo 11. Intervención en niños con déficit cognitivo	92
Capítulo 2.....	95
Creación de un Centro de Desarrollo Infantil en Atención Temprana para niños con riesgo biológico de presentar trastornos del desarrollo en una prestadora de salud privada de Uruguay	95
Introducción	95
Antecedentes y marco teórico: Marco contextualizado de la A.T.	96
Diagnóstico situacional: Matriz FODA	105
Análisis de la Matriz	108
Proyecto: “Conformación de un Centro de Atención Temprana para niños con riesgo biológico de presentar trastornos del desarrollo”	110
Reflexión crítica sobre los conocimientos teórico-prácticos y las prácticas realizadas ..	124
Referencias bibliográficas.....	127

Agradecimientos

Quiero agradecer en esta instancia al equipo de trabajo del Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana Amappace en Málaga y del Hospital Comarcal Costa del Sol, en Marbella.

A todas mis compañeras de curso por su compañía, apoyo y generosidad.

A mis docentes de curso, en especial a mí tutor Juan Francisco Romero Pérez.

A mi familia en especial a mi esposo e hijos: Sebastián y Federica por contar con su respaldo, compañía y estímulo desde el primer momento.

Introducción

El presente trabajo tiene la finalidad de dar cuenta de las competencias adquiridas durante la realización de la Maestría en Atención Temprana. Para ello se hará una revisión sintética de cada uno de los seminarios cursados. En un segundo momento a partir de la experiencia de una pasantía en el Centro Amappace de la ciudad de Málaga y de la formación teórica recibida, se procuró pensar la conformación de un Centro de Desarrollo Infantil en Atención Temprana en una prestadora de salud de Uruguay.

El trabajo está organizado en dos capítulos. En el primero se presenta un resumen de los módulos teóricos-prácticos e incorporando al cierre de cada uno de ellos una reflexión final. El objetivo de ese capítulo es jerarquizar los conocimientos y las herramientas adquiridas en los distintos seminarios.

En el segundo capítulo se proyecta un Centro de Desarrollo Infantil en Atención Temprana en un prestador privado de salud de nuestro país. Se comienza trabajando sobre la Atención Temprana en algunos países de Europa, particularmente en España, para después contextualizarla en Uruguay y en el prestador de salud donde se propone implementar el centro. Para analizar dicha institución, se presenta un diagnóstico situacional a partir de una herramienta diagnóstica y se identifican acciones necesarias para presentar e implementar el centro de desarrollo. En la formulación del proyecto se definen objetivos, organigrama y un plan de actividades, que se presenta en un cronograma.

En un apartado final se presenta una breve reflexión crítica de los aportes de los seminarios teóricos prácticos, motivación personal y la relevancia de cursar la maestría.

Capítulo 1. Memoria-resúmenes de los contenidos teóricos-prácticos

Módulo1. Atención temprana. Fundamentos teóricos

En este módulo se hará alusión a lo trabajado por dos docentes sobre los fundamentos teóricos de la atención temprana. Las temáticas fueron: Fundamentos teóricos de la atención temprana a cargo de los docentes Carmen Cal e Ignacio Navarrete y Fundamentación de la Atención Temprana desde las neurociencias tratado por Mariana Suárez.

Fundamentos teóricos de la atención temprana. Docentes: Carmen Cal e Ignacio Navarrete.

La forma en que se define al campo de la atención temprana, y sus modalidades de intervención han evolucionado en las últimas décadas. En los inicios, se promovía una estimulación precoz, que se centaban en el niño y su patología. En la actualidad, cuando se trabaja en atención temprana, se promueve el desarrollo de las potencialidades del niño, englobando al individuo, la familia y el entorno social (Buceta, 2011).

Al campo de la atención temprana, se integran el conjunto de intervenciones que tienen en cuenta al niño de 0 a 6 años, con trastornos del desarrollo y/o con riesgo de padecerlo, la familia y su entorno social. Estas intervenciones deben considerar a la globalidad del niño y deben ser planificadas por un equipo de profesionales con una modalidad de trabajo interdisciplinario y/o transdisciplinar.

La atención temprana se fundamenta en el desarrollo infantil, proceso que se caracteriza por una progresiva adquisición de funciones tan importantes como el control postural, la autonomía de desplazamiento, la comunicación, lenguaje verbal y la interacción social. Esta evolución se

encuentra estrechamente vinculada al proceso de maduración del sistema nervioso, ya iniciado a partir del período intrauterino (Buceta, 2011). El desarrollo es un proceso de adquisición de conductas de manera progresiva y secuencial, a partir del pasaje por fases sucesivas, dependientes e interrelacionadas. Cada etapa del desarrollo se apoya, entonces, en las anteriores y determina las siguientes. La adquisición de las conductas presenta una misma secuencia, pero el rango de aparición puede variar en cada caso en particular (Martell, Martínez, Burgueño & Langwagen, 2010).

Se considera el grupo etario de 0 a 6 años porque en ese momento se produce la mayor maduración y plasticidad del sistema nervioso central, se puede modificar funcional y estructuralmente el cerebro, cambiar su organización e incrementar las conexiones sinápticas, para favorecer el mayor desarrollo potencial del niño (Castaño, 2002). Durante los primeros años de vida el desarrollo cerebral depende de la interrelación de factores genéticos y ambientales. Los factores genéticos son inmodificables al menos en una primera instancia porque todo indica que los factores ambientales, como la calidad de la estimulación que el niño recibe de su entorno modulan, inhiben o estimulan la expresión de las características genéticas. Desde hace un tiempo se conoce como el ambiente, modula la actividad genética (epigenética). Es decir factores ambientales actuando en el periodo embrionario, fetal y postnatal determinando modificaciones epigenéticas que podrían determinar enfermedades, características conductuales y temperamentales de los individuo (Narbona & Crespo, 2012).

Fundamentación de la Atención Temprana desde las neurociencias. Docente Mariana Suárez.

La neurociencia estudia al sistema nervioso y cada uno de sus aspectos y funciones especializadas. El cerebro está formado por cuatro lóbulos, en cada hemisferio cerebral. El lóbulo occipital con una función visual, lóbulo temporal especializado en la audición y memoria, lóbulo parietal con la función sensorial y el lóbulo frontal especializado en las funciones ejecutivas y movimientos voluntarios. Los ganglios basales presentan funciones vinculadas a lo cognitivo y la motricidad y el tálamo es un centro de relevo del sistema sensorial. El cerebelo presenta una función de coordinación y el tronco encefálico de las funciones vitales. A partir de la primera infancia, se presentan una maduración y plasticidad cerebral. El sistema nervioso puede reorganizar y modificar conexiones sinápticas.

El desarrollo del sistema nervioso central comienza en la tercera semana de gestación y comprende un conjunto de procesos dinámicos en los periodos pre y posnatal. En el periodo prenatal se forma el tubo neural, se produce un incremento en el número y tipo de células y comienza a formarse la sinapsis (pico máximo entre las 28 y 40 semanas pregestacional). La mielinización y sinaptogénesis continúan en el periodo postnatal. Durante los dos primeros años de vida, se produce un incremento del volumen cerebral y del flujo sanguíneo cerebral. Entre los dos y tres años de edad, la densidad sináptica alcanza un pico máximo, siendo un 50% mayor a la del adulto. Luego, a partir de la poda, las sinapsis no activas se eliminan.

La docente propuso algunos ejemplos de investigaciones sobre la temática. Algunos estudios, por ejemplo, detectaron un nivel elevado de ansiedad durante la semana 19 de

gestación, que se asoció a una reducción del volumen de la sustancia gris de la corteza prefrontal, corteza parietal y corteza temporal e hipocampo de niños entre los 6 y los 9 años. Asimismo, esto se asoció a menores puntajes en un test que evalúa la memoria de trabajo en niños entre 6 y 9 años. Otras investigaciones encontraron que algunos niños que estuvieron sus primeros años en un orfanato (entre 16 y 90 meses) eran impulsivos y presentaron déficit atencional, entre los 7 y los 11 años (Hostinar, Stellern, Schaefer, Carlson & Gunnar, 2012).

Reflexión personal del Módulo 1

Al pensar en atención temprana, un aspecto central a considerar es que el pronóstico de los niños con trastornos del desarrollo se encuentra fuertemente condicionado por el momento de su detección y por la calidad de las intervenciones. Queda claro además, que el contexto familiar y social resultan elementos relevantes para la evolución de los niños con trastornos de desarrollo. Las intervenciones deben ser planificadas, y ejecutadas, por profesionales con orientación interdisciplinaria y/o transdisciplinaria. A todo eso se suma una necesidad de políticas de salud nacionales que lleguen al mayor número de individuos de la población. Considero que una mayor difusión de los conocimientos generados en el campo de la atención temprana, colaboraría para que sus acciones se universalicen en nuestro medio. Por ese motivo resulta muy importante la formación de los profesionales de la salud.

Módulo 2. Modelos de Prevención en Atención Temprana

Este módulo incluye lo trabajado por dos docentes sobre introducción a la genética, conceptos generales de la misma y prevención de los defectos congénitos. Los cursos fueron: Introducción a la genética, modelo genético y citogenética (docente Mariana Suárez) y Desviaciones genéticas (docente Mariela Larrandaburu).

Introducción a la genética. Modelo genético y citogenética. Docente Mariana Suárez

La exposición comenzó con una definición de genética y herencia del diccionario de la Real Academia Española. La genética se define como: “una parte de la biología que trata de la herencia” y la herencia es: “el conjunto de caracteres que los seres vivos reciben de sus progenitores”.

Prosiguió su presentación explicando cómo es la estructura del ADN y lo el estado del conocimiento actual acerca del genoma humano. El ADN está constituido por una doble hebra. Sus moléculas se unen a proteínas que son las histonas y dan lugar a los nucleosomas. Varios nucleosomas dan lugar a la cromatina. La cromatina forma los cromosomas. Dentro de cada célula nucleada, se encuentran los cromosomas que en su conjunto se conocen como cariotipo humano. El cariotipo es la representación gráfica de los 23 pares de cromosomas (22 pares de cromosomas autosómicos y 1 par de cromosomas sexuales), que componen el genoma humano. Cada individuo, hereda un cromosoma de cada par de cromosomas autosómicos y un cromosoma sexual de cada progenitor. Un gen es una porción dentro del cromosoma. La información contenida en los genes ha sido decodificada, por ese motivo se ha accedido a un mayor conocimiento de su vinculación con distintas enfermedades. Asimismo la alteración de los

cromosomas, ya sea en el número (ganancia o pérdida de un cromosoma) o estructura (delección, duplicación, translocaciones, etc.), da lugar anomalías cromosómicas. Un ejemplo de anomalía cromosómica numérica es el Síndrome de Down.

La docente explicó también el concepto de epigenética y sus mecanismos. Esos mecanismos no alteran la estructura del ADN, pero determinan la expresión o no expresión de determinados genes, que en otras condiciones no se produciría. Determinados factores ambientales, actuando en el periodo embrionario, fetal y posnatal temprano, determinarían determinadas modificaciones moleculares (mecanismos epigenéticas), como la aparición de determinadas enfermedades o características temperamentales o conductuales en los individuos. Para explicar el concepto de epigenética puso varios ejemplos. Uno de ellos relacionado con el gen transportador de la serotonina, que se presenta en dos variantes larga y corta. La variante corta se ha asociada a temperamento difícil y emocionalidad negativa. Suárez planteó que en un estudio realizado sobre un grupo de niños con la variante corta y temperamento difícil, se obtuvo el siguiente resultado. Los niños cuando alcanzaron los siete u ocho años presentaron más problemas de conducta, si habían experimentado cuidados parentales insuficientes, y por el contrario, si habían experimentado adecuados cuidados parentales, presentaban menos problemas de conducta y mejores habilidades sociales.

Desviaciones genéticas. Docente Mariela Larrandaburu

Larrandaburu planteó que uno de los objetivos de la genética médica es el de generar un conocimiento a partir de la investigación desde la multidisciplina. Sostuvo que deben existir políticas públicas con alta cobertura, para disminuir el riesgo genético. Asimismo, destacó la importancia de los distintos niveles de prevención para la disminución de éste.

En el caso de la prevención primaria se debe procurar prevenir la aparición de una enfermedad genética o anomalía congénita. Para ello, por ejemplo es recomendable, la planificación familiar y optimización de la edad reproductiva, nutrición materna adecuada, evitar la exposición de mitógenos y teratógenos durante la gestación, evitar la prematuridad, promover el no consumo de drogas durante ese período y la lactancia.

Desde la prevención secundaria se pueden disminuir las manifestaciones clínicas, a partir de una detección temprana de una enfermedad genética. En el caso de la prevención terciaria se pueden evitar o disminuir las complicaciones y deterioros de las enfermedades establecidas.

La docente expuso como se clasifican los defectos congénitos en malformaciones, deformaciones, disrupciones, displasia, síndrome y asociaciones. Explicó por ejemplo, que una malformación es cuando un órgano o parte corporal no se produce por un proceso intrínsecamente normal. Ejemplo de esto último es la queilopalatosquisis.

Larrandaburu destacó la importancia del familiograma. Se trata de la representación gráfica de la familia, un diagrama simplificado de la genealogía de una familia, en la cual se muestra la relación existente entre tres generaciones de miembros de una familia. Se representa a manera de diagrama y permite identificar procesos biológicos, emocionales y sociales de la familia. También permite rastrear cómo hereda determinado rasgo.

La historia clínica genética es importante para la toma de decisiones, sobre todo, antes de que se manifieste una enfermedad. La docente planteó alguna de las series de preguntas que se deben realizar para poder realizarla: ¿Hay alguna enfermedad que ocurre en su familia que les preocupa?, ¿Se han complicado los embarazos? ¿Existen antecedentes de infertilidad y defectos congénitos? ¿Alguien de la familia se enfermó o murió a una edad temprana? ¿Conoce algún

factor de riesgo de ocurrencia de enfermedades en su familia? ¿Cómo describiría su origen étnico? ¿Existe consanguinidad? ¿Hay historia familiar de enfermedades genéticas o de otros problemas sensoriales en la familia? Además se debe indagar sobre el embarazo del caso índice, antecedentes perinatales, características fenotípicas faciales o corporales particulares del paciente y retraso en la adquisición de conductas del desarrollo.

Larrandaburu explicó la diferencia entre enfermedad genética y defectos congénitos. Los defectos congénitos son cualquier anomalía anatómica o funcional que está en el feto y que no tiene que ser de origen genético. En el documento PIDCER (2013) (Plan Integral de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras) se cita la definición de defectos congénitos de la OPS (1984):

Los defectos congénitos se definen como anomalías anatómicas y/o funcionales del embrión, o feto, que están presentes desde antes del nacimiento. Es una definición amplia, donde están implícitos defectos genéticos, (génicos o cromosómicos) ambientales o desconocidos, mismo que tal alteración no sea aparente en el recién nacido y solamente se manifieste tardíamente. Entran en esta definición los defectos dismórficos independientemente de su origen y su condición (malformaciones, disrupciones, malformaciones, deformaciones, displasias, síndromes, asociaciones y secuencias, así como también las deficiencias mentales y sensoriales (sordera y ceguera). (p.7)

En relación a la etiología de los defectos congénitos: 50 % son de origen desconocido, 20-30 % de causa multifactorial (genética y ambiental), 14% obedecen a factores genéticos (cromosómicas y herencia mendeliana), 5 a 10% factores teratógenos y 5 a 10% a una enfermedad materna trasmisible, fármacos, radiaciones, alcohol y otros. (PIDCER, 2013). Entre

el 50 a 70% de los defectos congénitos se pueden prevenir total o parcialmente mente (Larrandaburu, & Noble, 2013).

Larrandaburu & Noble (2013) plantean algo que puede ser considerado muy importante que alguno de los defectos congénitos, generan en las personas que los padecen, el “Síndrome de las Tres D” conformado por discapacidad, discriminación y desempleo.

Acciones para la prevención en Uruguay

En nuestro país se han emprendido las siguientes acciones para disminuir los riesgos de defectos congénitos o de enfermedades

Rubeola

La rubeola es una enfermedad viral que en la población general causa una enfermedad leve, pero en la mujer embarazada puede determinar graves malformaciones congénitas, sobre todo si se produce en el primer trimestre. El síndrome de rubeola congénita se asocia a hipoacusia neurosensorial, cataratas -uni o bilateral-, cardiopatía congénita, meningoencefalitis, déficit motores y trastornos conductuales (OPS, 2011).

En 1969, se comenzó a administrar la vacuna doble viral (sarampión-rubéola) en forma limitada y en los años 1972 y 1981, mediante campañas masivas de vacunación. En 1982, se incorporó la vacuna triple viral (sarampión-rubéola-paperas) al Certificado Esquema de Vacunación Nacional. Esta vacuna se administra en forma universal, es obligatoria y gratuita. Inicialmente se daba una dosis al año de vida y a partir de 1992 se agregó una segunda dosis a los 5 años de edad. La eficacia de la vacuna es alta, después de una dosis la seroconversión para la rubéola es de un 98% (Picón, Speranza & Varela, 2013).

En 2001 se notificó el último caso de rubéola en nuestro país y desde el año 2000 no se han notificado casos de síndrome de rubéola congénita (Picón et al., 2013).

Es importante destacar que la rubéola es una enfermedad endémica en la región y existen brotes en países de Europa, África y Asia. Asimismo los eventos deportivos internacionales, como los XXXI Juegos Olímpicos que se realizan este año, pueden determinar una reintroducción de ésta. Por este motivo, el Ministerio de Salud Pública (MSP) lanzó una campaña de vacunación en diciembre del 2013 para los nacidos entre los años 1967 y 1986 (MSP, 2013).

Uso del Ácido fólico para la prevención de los defectos del tubo neural y la anencefalia

En Uruguay, las harinas se comenzaron a fortificar con hierro y ácido fólico, a partir de 2006. Esto fue reglamentado en el decreto 130/006. Se eligieron las harinas porque son un producto de consumo masivo, también entre los niños y mujeres fértiles.

En el embarazo planificado, los ginecólogos recomiendan la prescripción de ácido fólico 0.4 a 1 mg / día, antes del embarazo hasta las 12- 14 semanas, para la prevención de los defectos del tubo neural. En mujeres con antecedentes previos de hijos con disrafismo la indicación es de 4 mg/día.

Enfermedad hemolítica del recién nacido por conflicto Rh

En el primer control médico de la mujer embarazada se solicitan exámenes paraclínicos. Uno de los exámenes que se solicitan en nuestro país es el del grupo sanguíneo y Rh, para realizar el seguimiento y la prevención de los efectos de la aloinmunización. Sus complicaciones pueden ser: mortinatos, hidrops fetal, anemia e ictericia neonatal. Por consiguiente si la madre es Rh- no

inmunizado, se administra inmunoglobulina Ant-D intramuscular entre las 28 y 32 semanas y en las 72 horas posteriores al parto. También se administra en caso de aborto, embarazo ectópico, óbito fetal, enfermedad trofoblástica gestacional, aborto, óbito fetal, amniocentesis, biopsia vellositaria o cordocentesis (MSP, 2007).

Diabetes gestacional

La diabetes gestacional no diagnosticada, o no debidamente controlada, puede determinar complicaciones en el embarazo, parto y en el recién nacido. Los hijos de madres diabéticas tienen riesgos al nacimiento, como la asfixia, prematuridad, enfermedad de membrana hialina y alteraciones metabólicas (hipoglicemia, hipocalcemia, hipofosfatemia, entre otras). Además sus hijos pueden asociar malformaciones cardiovasculares, genitourinarias, del sistema nervioso central y esquelético (Parritz & Cloherty, 2005).

Por lo anteriormente mencionado, es de destacar la importancia de la detección precoz durante el embarazo. En la primera consulta, se solicita glucemia en ayunas y posteriormente se solicita la curva de tolerancia a la glucosa (MSP, 2007). La solución a este problema se vincula también con la promoción de hábitos saludables, ya que la obesidad es un factor de riesgo de diabetes gestacional.

De acuerdo a mi experiencia profesional, los pediatras y profesionales del primer nivel de atención, promueven en niños y adolescentes hábitos saludables de alimentación y se estimula la realización de ejercicio.

Síndrome de Down

En centros asistenciales públicos y privados hay distintos estudios que se pueden realizar para orientar al diagnóstico prenatal de Síndrome de Down, con distinta sensibilidad y especificidad. No hay en nuestro país una política de salud de obligatoriedad de realizar dichos estudios.

Se reconocen como factores riesgo de tener un hijo con síndrome de Down: madre con edad igual o mayor a 35 años, hijo previo con trisomía 21, portador de traslocación equilibrada o prueba de detección positiva como una ecografía con signos orientadores del diagnóstico (Sastre, Zabala & Lanza, 2004).

El diagnóstico prenatal se puede orientar con el estudio ecográfico pautado en el primer trimestre (11 -14 semanas de embarazo). En la ecografía se mide el pliegue nucal y se busca la presencia del hueso nasal y alteraciones morfológicas de las manos (Sastre et al., 2004).

Actualmente en nuestro país, se está realizando un *screening* a las usuarias embarazadas de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS) de Montevideo y Área Metropolitana, con previo consentimiento de la mujer embarazada. Éste se realiza en el primer trimestre de forma no obligatoria. Consiste en una ecografía obstétrica, con la medición del pliegue nucal, más la detección en sangre de la fracción libre de la beta HCG cuantitativa, más la proteína plasmática A ligada al embarazo. Este tamizaje se realiza para detectar la tasa de riesgo de las siguientes enfermedades genéticas: Trisomía 21 (síndrome de Down), 13 (síndrome de Patau) y 18 (síndrome de Edwards). La tasa de detección es de un 85-90%. Si el resultado indica un riesgo alto, se requiere de pruebas diagnósticas confirmatorias, como la biopsia de la vellosidad corial o la amniocentesis. En ese caso, se informa la situación a la mujer embarazada, se explican de las técnicas confirmatorias, que también se realizan con consentimiento previo (BPS, 2014).

Luego del nacimiento, está indicado realizar el estudio cromosómico del recién nacido para confirmar el diagnóstico, sobre todo para realizar un adecuado asesoramiento genético, ya que si uno de los progenitores es portador de la traslocación, va a presentar riesgo elevado de recurrencia en otro hijo.

Déficit de yodo

El yodo es esencial para la síntesis de las hormonas tiroideas, que son imprescindibles para el adecuado desarrollo del cerebro en las etapas pre y postnatal. Durante la gestación, el pasaje transplacentario de las hormonas permite el adecuado desarrollo cerebral del feto. Si esto no es posible, porque una mujer embarazada tiene un déficit de yodo, se pueden producir alteraciones irreversibles en el desarrollo del cerebro fetal. Determinando en el hijo un déficit intelectual, parálisis cerebral, estrabismo y/o sordera. La deficiencia de yodo es, en el mundo, una causa frecuente de retardo mental y parálisis cerebral evitable.

En Uruguay, se comenzó a suplementar la sal con yodo para consumo humano a partir de 1998 (Ley 12.936, 1998). La incidencia de este déficit está disminuyendo en nuestro país, ya nivel mundial, debido al uso generalizado de sal yodada.

Síndrome de alcohol-fetal

El consumo de alcohol genera problemas de salud en la población en general. En la mujer embarazada, no sólo resulta nocivo para su salud sino que también se asocia al Síndrome de Alcohol Fetal (SAF) y al Espectro de Alcohol Fetal, (EAF). El SAF se asocia con microcefalia, retraso del crecimiento, características faciales dismórficas, hidronefrosis, alteraciones

cardiovasculares y retraso intelectual. El EAF, se asocia a déficit intelectual, problemas conductuales, déficit atencional, hiperactividad y dificultades de aprendizaje (Castro et al., 2014).

En Uruguay, el consumo de alcohol es un problema de salud pública entre los adolescentes. El alcohol es la sustancia más consumida por los estudiantes de Enseñanza Media. Ocho de cada diez estudiantes ha experimentado con alcohol alguna vez en su vida. (JND-OUD, 2011). En la actualidad, la edad promedio de inicio del consumo de es de 12.8 años (Rossi, Carbajal & Botrill, 2012). Si se tiene en cuenta que en 2012 el 18.6 % de los partos fueron protagonizados por adolescentes se concluye que el consumo de alcohol, y otras drogas, representa un factor de riesgo para las madres más jóvenes (Mori-MSP, 2012). Se destaca la importancia de la prevención ya que otra causa de retraso del desarrollo en el niño prevenible y evitable.

En nuestro país hay un conjunto de acciones de prevención que se desarrollan en espacios educativos, sin embargo el consumo se encuentra muy instalado entre los adolescentes, que asocian diversión nocturna con consumo abusivo de alcohol.

Ácido Valproico

En el Uruguay existen en el mercado otros antiepilépticos, por ese motivo no se prescribe el uso de este fármaco durante el embarazo.

Pesquisa Neonatal

En las maternidades públicas y privadas de nuestro país, se realiza un *screening* a todos los recién nacidos, con la finalidad de detectar un conjunto de patologías. Si éstas son detectadas

precozmente se puede mejorar el pronóstico de estos niños. Entre ellas se destacan: hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita y fibrosis quística.

Entre los 2 y 4 meses, se solicita una ecografía de cadera para descartar la displasia de cadera, que se debe a alteraciones morfológicas y del desarrollo de acetábulo. El diagnóstico precoz es importante y se realiza a través del examen físico del recién nacido, con una ecografía de cadera, o eventualmente de forma más tardía con una radiografía de cadera. El diagnóstico precoz es importante para realizar un tratamiento oportuno y evitar, entre otras complicaciones, cojera, acortamiento de un miembro y artrosis.

Luego de una experiencia piloto de detección del hipotiroidismo congénito en la Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social, a partir de 1990 se generalizó la detección del mismo en todas las maternidades de prestadores públicos y privados de todo el país. Las manifestaciones clínicas del hipotiroidismo en los primeros días de vida pueden ser leves e inespecíficas, dado que la hormona tiroidea atraviesa la placenta. Aunque los recién nacidos con hipotiroidismo no puedan producir la hormona, tienen suficiente hormona tiroidea materna como para no tener signos clínicos. También puede suceder que el recién nacido tenga un remanente de tejido tiroideo funcionando. De no tratarse precozmente con una sustitución hormonal, aparecen signos clínicos, como succión inadecuada, ictericia prolongada, edema, fontanela anterior amplia, hipotonía, piel seca, mixedema y fallo de crecimiento. El diagnóstico tardío puede determinar secuelas neurológicas graves como retardo mental (Queiruga et al., 2010).

En noviembre del 2007 el MSP, decretó obligatoria la detección de fenilcetonuria e hiperplasia suprarrenal congénita. La forma clásica de fenilcetonuria diagnosticada y tratada precozmente también evita un retardo mental y trastornos conductuales con hiperactividad,

episodios de agresividad y trastornos del espectro autista. Quienes presentan la forma clásica de esta enfermedad son niños que nacen normalmente y recién a partir de los seis meses, si no son tratados adecuadamente, comienzan un deterioro psicomotor e intelectual. El tratamiento es mediante una dieta con restricción de fenilalanina. Se mantienen niveles adecuados de fenilalanina en sangre, porque se trata de un aminoácido esencial. La hiperplasia suprarrenal congénita es una alteración endocrina heredada en forma autosómica recesiva ocasionada, por un defecto en alguna de las enzimas que interviene en la conversión de colesterol en cortisol. Hay varias formas de presentación de la enfermedad. Un 75% de los pacientes que tienen la forma clásica, presentan la forma perdedora de sal, que puede llegar a ser una enfermedad grave con alta morbimortalidad, si no es detectada precozmente. Son pacientes que pueden nacer normalmente y antes del mes, presentan una crisis salina que puede resultar mortal. Se puede manifestar con vómitos, diarrea, depresión neurosíquica y shock. Las niñas con esta forma, pueden tener signos clínicos de androgenización en los genitales que alerten sobre la enfermedad, pero los varones no los presentan. Por lo anteriormente descrito el diagnóstico y tratamiento precoz disminuye su morbimortalidad (Queiruga et al.,2010).

En el 2008 se decreta obligatoria la detección de las emisiones otoacústicas (EOA) (decreto N° 389/008). Se trata de una prueba de cribado rápida fácil de realizar y sensible para detección de hipoacusia. Las EOA, registran la actividad de la función coclear, obteniendo información sobre su integridad. No pueden detectar alteraciones de la audición por debajo de 30-40 decibeles. Los niños que no superan esa prueba serán evaluados por otras técnicas como los potenciales evocados auditivos. Destacamos la importancia del diagnóstico precoz de la hipoacusia porque ésta no sólo repercute en el lenguaje sino va a tener un impacto significativo en el desarrollo cognitivo, social y emocional.

En 2008, luego de la adquisición del Espectrómetro de Masa por parte del laboratorio de pesquisa neonatal del Banco de Previsión Social, se comenzaron a detectar más de 20 enfermedades comprendidas en los errores innatos del metabolismo intermediario. Estos son aminoacidopatías, defectos de la oxidación mitocondrial de los ácidos grasos y acidosis orgánicas, constituyendo la pesquisa ampliada (Queiruga et al.,2010).

En el 2009 el MSP decretó como obligatoria la detección de Fibrosis Quística. La Fibrosis Quística es una enfermedad multisistémica hereditaria de transmisión autosómica recesiva. Su detección precoz no solo es importante para el necesario asesoramiento a los padres, sino también para el adecuado manejo de las complicaciones de la enfermedad, evitando el deterioro sistémico que determina la misma, mejorando el pronóstico funcional de los pacientes (Lemes, Queijo, Garlo, Machado & Queiruga, 2012).

Reflexión personal del módulo 2

En nuestro país, el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), promueve el desarrollo integral de los niños a partir de las políticas de salud. Quienes nos desempeñamos en los distintos niveles de atención, estamos sensibilizados sobre el tema y trabajamos para favorecer el mejor desarrollo de niños y niñas, a partir de acciones de prevención y rehabilitación. Para llevar adelante estas acciones resulta fundamental conocer las enfermedades que se heredan genéticamente, los distintas agresiones que pueden actuar en los distintos periodos de la vida (prenatal, peri y postnatal) y los mecanismos epigenéticos que pueden colaborar para el establecimiento de determinados trastornos conductuales o enfermedades crónicas. Un aspecto importante destacado por Larrandaburu, y que considero de particular importancia, es considerar al asesoramiento genético como un proceso de comunicación a las familias. Proceso que debe

estar en manos de los profesionales que se dedican al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades genéticas. Si bien gran parte de proceso se desarrolla con los especialistas en enfermedades genéticas, éste comienza con la detección de signos que sugieran una posible enfermedad. Son los profesionales que integran los equipos de atención temprana quienes detectan los signos que alertan sobre la necesidad de un primer diagnóstico. Sin ese diagnóstico inicial, no se puede pensar en la elección de tratamientos, ni de posibles pronósticos. Por supuesto que la articulación entre el equipo de atención temprana y los distintos especialistas resulta de particular importancia.

Módulo 3. Familia y Atención Temprana

Este módulo refiere a lo trabajado por tres docentes sobre la importancia de los vínculos afectivos y las estrategias de intervención con las familias. Los cursos fueron: Estrategias para la intervención familiar en la Atención Temprana (docente María del Luján González), Prevención psicoeducativa y teorías de apego (docente Jenny Ortiz) y Vinculación afectiva en la niñez mediante técnicas de masaje infantil (docente Carmen Cal).

Estrategias para la intervención familiar en la Atención Temprana. Docente María del Luján González

María González comenzó su exposición planteando la definición de familia. Según Rodrigo , & Palacios (1998), la familia es un grupo de personas que comparten un proyecto y un vínculo de pertenencia, compromiso, intimidad e interdependencia.

En una investigación realizada por estudiantes de la Licenciatura en Educación Inicial de la Universidad Católica del Uruguay, se identificaron las creencias sobre las familias de niños de 4

y 5 años de tres centros escolares de Montevideo. Los niños incluyeron dentro del concepto de familia a todas las personas (padres, hermanos, tíos abuelos y vecinos), que cooperaban para que los niños pudieran desarrollarse adecuadamente (González, 2001).

La docente comentó que los factores de protección en la familia son: calidez, apoyo, confianza, estimulación apropiada, apoyo a las tareas escolares, estabilidad emocional de los padres, supervisión con normas claras y relaciones positivas con la familia extensa.

El modelo ecológico del desarrollo humano propuesto por Bronfenbrenner (1979), define a la familia como un sistema que interactúa con otros. El resultado de dicha interacción determina el desarrollo de los individuos. Se pueden denominar microsistemas a los grupos humanos donde los individuos interactúan y se desarrollan, entre otros la familia y centros educativos. El mesosistema se encuentra integrado por las conexiones que se generan entre los distintos microsistemas en los que participa los individuos y que a su vez van a influir en su desarrollo. Ejemplo de ello son las interconexiones entre la familia y el centro educativo o de salud. Se define como exosistema a aquellas estructuras, o sistemas, que influyen en los individuos, aunque éste no participe de ellos. Por ejemplo el trabajo de los padres y sus características, inciden en la vida de los niños. Por último la sociedad, con sus características demográficas, históricas, religiosas, políticas, etc., conforma el macrosistema. En los distintos sistemas se pueden identificar factores de riesgo y protectores para el desarrollo de los individuos y personas. Estos factores pueden incidir o no en el desarrollo del ser humano, dependiendo de las características personales, resiliencia y vulnerabilidad socio cultural que éste presente.

Los roles de los integrantes que componen la familia han variado. El aumento del trabajo extra domiciliario de las madres ha generado, en muchos casos, un mayor involucramiento de los

padres en las tareas domiciliarias Tareas que implican no solo las labores domésticas sino también el cuidado de los hijos (Alberdi en Rodrigo & Palacios, 1998).

La docente expuso las características de los sistemas abiertos. De éstos destacó el proceso de homeostasis. La homeostasis hace referencia a un equilibrio que debe mantener la familia para no desestabilizarse. Si algo, o alguna situación, interfieren con ese equilibrio, la familia de alguna forma compensa las cosas para mantener la estabilidad.

Comentó que los proyectos familiares van cambiando. Los integrantes de una familia son interdependientes, se influyen mutuamente. En las familias deben existir las jerarquías, considerando que los cuidadores tienen un nivel cognitivo superior, para poder decidir por el otro. Sin embargo, destacó la importancia de límites entre los distintos subsistemas (subsistema conyugal, hijos etc.). Además jerarquizó que se deben establecer límites coherentes, nítidos entre padres e hijos.

Características de las familias con niños con necesidades educativas especiales

Estas familias se caracterizan por presentar menos atención a los otros hijos y a la relación de pareja, reparto de funciones rígidas y excesiva preocupación si otro de los hijos tiene algún problema. En cuanto a los otros hermanos, pueden presentar una rivalidad con el hermano con necesidades educativas especiales, necesidad de estar enfermos o con algún tipo de dificultad, para llamar la atención.

El niño con necesidades educativas especiales es un hijo parentificado, con menor apertura hacia los otros sistemas y menos tiempo de ocio. La realidad del niño con discapacidad va a depender del tipo de discapacidad, rasgos psicológicos del cuidador, tipo de vínculo que se establece con el niño, interacción con otros contextos físicos y redes de apoyo externas.

Intervención temprana de familias con niños con necesidades educativas especiales

La docente planteó que en la intervención con estas familias la concepción ha cambiado. Se ha dejado atrás un modelo que priorizaba la discapacidad y centraba la atención en el niño. En la actualidad, se jerarquizan los recursos y fortalezas del niño y las familias y se centra la atención en todo el núcleo familiar. Se considera al niño no como causante de una patología familiar, sino como agente de riesgo.

Existen tres posibles modelos de intervención con la familia. El primero es el de la intervención desde el lugar de experto, en el cual el profesional tiene un control absoluto de la situación, sin dejar que los padres participen en la solución de las dificultades. Otro modelo es el de trasplante, en éste el profesional sigue teniendo una función de control, pero permite que la familia opine, tratando que ésta colabore en la situación. Por último, en el modelo de usuario el equipo de profesionales, incluye también a los padres como miembros. Se considera y se acepta a los padres como “expertos” en el saber sobre su hijo.

Prevención Psicoeducativa. Teorías de Apego. Docente Jenny Ortiz

Ortiz comenzó su exposición refiriéndose al trabajo del psicoanalista René Spitz que observó a huérfanos durante la Segunda Guerra Mundial y acuñó el término depresión anaclítica o síndrome de hospitalismo. También observó a madres que en un contexto hospitalario no lograban establecer relaciones exitosas con sus recién nacidos

Ortiz planteo que varios investigadores etólogos en la década del 50, Charles Darwin, Konrad Lorenz y Harry Harlow, descubrieron el origen filogenético del apego y su importancia para la supervivencia de las especies. Lorenz descubrió la impronta del vínculo que un polluelo

establece con la primera figura que ve. Freud neurólogo, fundador del psicoanálisis, sostuvo que la relación que se establece entre el niño y su madre, a través de la alimentación y los primeros cuidados, contribuye al desarrollo emocional del niño. Para este autor, el desarrollo psicosexual comienza a partir de los primeros cuidados maternos. En el primer vínculo de la madre con su hijo, se sientan las bases de las futuras relaciones de los individuos. También Harry Harlow destacó la importancia del contacto físico en los primeros meses de la vida, que incide en el comportamiento posterior del individuo. El mismo investigador, en sus estudios con monos, observó la importancia del contacto físico como una necesidad básica de supervivencia.

La docente destacó que en la década del 60 John Bowlby, psiquiatra de niños con formación psicoanalítica estudió la importancia del vínculo afectivo familiar y sus consecuencias emocionales a corto y largo plazo. Por ese tiempo, Any Ainsworth vinculó un repertorio comportamental del infante con un repertorio comportamental de la madre.

De acuerdo con Bowlby, la conducta de apego se encuentra relacionada con el vínculo de proximidad que se genera con la madre y/o cuidador. El apego es una disposición a buscar compañía con el otro y que persiste en el tiempo

La docente planteó que con Ainsworth, surge el concepto de base segura. La base segura representa la seguridad que representa la figura de apego para el niño permitiendo y cooperando con el desarrollo adecuado del niño. Esta debe ser accesible y responsiva, implica estar para cuidar y proteger al niño pero también permitirle explorar. Debe permitir un equilibrio entre permitir explorar y cargarlo o acogerlo si el niño necesita. Si hay una figura de apego con base segura el niño se muestra tranquilo con la figura de apego y eso le permite explorar

La docente expuso que varios investigadores entre ellos Ainsworth y Marvin en 1995 destacaron la sensibilidad del cuidador. Esta sensibilidad hace referencia a la capacidad del cuidador de interpretar las necesidades del infante y responder en el momento justo y de forma apropiada. La madre debe reconocer a su hijo como un ser diferente, autónomo y con necesidades propias (Carbonell, 2013).

Fases del desarrollo del apego

Fase de pre- apego: (desde el nacimiento hasta las seis semanas de vida). Hay una serie de manifestaciones del recién nacido como mirar a los ojos, reír, llorar que permite establecer un contacto con los otros.

Fase de formación del apego: (6 semanas hasta 6-8 meses). El lactante se manifiesta más tranquilo, sonríe, balbucea cuando está la figura de apego y se calma si lo agarra el cuidador. en esta etapa el lactante empieza a darse cuenta que sus conductas influyen en la personas que están a su alrededor.

Fase de apego bien definido:(6 a 8 meses- 12 a 18 meses). Es el tiempo que aparece la angustia de separación. El lactante en este periodo tiene que comenzar a aprender que el cuidador esta aun cuando no lo ven.

Fase de apego establecido: (18 meses a 2 años en adelante). Las capacidades cognitivas del niño le permite comprender las idas y regresos del cuidador. La protesta ante la separación del cuidador disminuye porque comienzan a predecir el regreso. Comienza una etapa de más reciprocidad con el adulto, pueden pedir y persuadir si no quieren que el adulto no esté presente

De acuerdo a Bowlby, durante las fases de establecimiento del apego se va estableciendo un vínculo afectivo y duradero entre el cuidador y el infante. Este vínculo además es un factor determinante de la salud emocional y de la personalidad del individuo.

Vinculación afectiva en la niñez y técnicas de masaje infantil. Docente Carmen Cal

En su ponencia la docente destacó los beneficios del masaje infantil. Se trata de una técnica que se emplea desde tiempos ancestrales y presenta beneficios en el bebé, madre y en el vínculo madre-hijo.

Los niños establecen desde su nacimiento vínculo con sus cuidadores, a través de sus sentidos. Es a través de éstos y del contacto corporal que se va generando el vínculo de apego, tan importante para la adquisición de las distintas conductas psicosociales del desarrollo de los seres humanos. Se debe recordar además que el apego va a determinar las distintas conductas del comportamiento y de habilidades comunicacionales posteriores del individuo.

A partir de los primeros momentos de la vida, el sentido del olfato y el gusto son los que le permiten al recién nacido reconocer el olor de su madre y después a través del gusto saborear la leche materna. Asimismo la audición también está presente desde antes del nacimiento. Es así que el recién nacido dirige especialmente su atención hacia la voz de la madre, situación que también favorece el vínculo con su hijo. Un lactante, entre el mes y los dos meses, es capaz de fijar la mirada y, si se lo coloca en una posición y a una determinada distancia, puede conectarse con sus padres, dado que puede reconocer la cara de su madre. Es también a través del sentido del tacto, el más desarrollado y maduro al nacimiento que los padres pueden comunicarse con sus hijos y fortalecer el vínculo entre ellos. El contacto físico interviene en favorecer el desarrollo cognitivo y psicomotor (Vojta, 2011).

Existe una compleja interacción entre lo sensorial y la puesta en marcha de los patrones posturales. Se va pasando de las respuestas motoras primitivas a patrones posturales y conductas motoras con un fin determinado. Los sentidos son los que van a dirigir y a estimular el despliegue progresivo de las conductas motoras que tengan un fin determinado (Vojta, 2011).

Los padres y/ cuidadores pueden presentar dificultades, en los primeros meses de la vida del niño para conseguir que adquiera hábitos que son fundamentales para un adecuado funcionamiento. Hay conductas fisiológicas como la alimentación y el sueño que están genéticamente determinados. Si no hay algún factor exógeno biológico o del contexto social, que interfiera con su desarrollo, esas conductas se pueden adquirir sin dificultades.

Wallon (citado por González, 2007) describe como “crisis tónico emocionales” a los momentos de tensión extrema que experimenta el lactante, que manifiesta llanto intenso, pierna en extensión y puños y ojos cerrados. Durante esos episodios, el niño no logra relajarse por sí solo y necesita de un adulto empático que lo ayude a disminuir la tensión. Lograr que el niño se pueda relajar resulta fundamental para que se pueda alimentar y dormir. Dichos procesos fisiológicos son necesarios para un desarrollo adecuado del organismo.

Los programas de intervención temprana consideran el área sensorial para la estimulación. Se hace énfasis en la estimulación visual, auditiva y táctil fundamentalmente. La estimulación de esos sentidos va a favorecer el movimiento, la motricidad porque como ya se mencionó están articulados entre sí (Vojta, 2011).

El masaje al bebe debe considerarse como un momento de encuentro entre cuidadores e hijos. Ese encuentro, mediante el masaje, se puede ir realizando ya desde las primeras semanas de vida y puede pasar a constituir un determinante positivo del comportamiento posterior del niño. Se

deben considerar determinados factores que hacen de esta técnica una instancia agradable. Existe una preparación previa que ayuda a la persona que lo va a realizar a concentrarse y a tener disponibilidad en esa tarea, a su vez todo eso prepara al niño quien también lo va a experimentar como un momento de gratificación.

Masaje Infantil Tui-Na

El Tui-Na es un masaje chino que se puede aplicar en niños y adultos. Es empleado con fines terapéuticos desde el año 1700 AC. El Tui Na infantil se puede realizar a cualquier edad, pero está dirigido especialmente a niños de 0 a 18 meses. Su nombre se podría traducir al español con las palabras “presionar y empujar”. Consiste en técnicas manuales de movimientos repetitivos con distinta frecuencia e intensidad. Se presiona, fricciona, dan pellizcos y apretones o se roza, según el trastorno que se quiere tratar. Se realiza en distintas partes del cuerpo, como la cabeza, la frente, nuca, columna vertebral, cara anterior y posterior de tórax, abdomen, articulación de la cadera, manos y planta de pies, según el trastorno que se quiera tratar.

Masaje infantil Shantala

Es un tipo de masaje de origen hindú. El Dr. Frederick Leboyer, médico obstetra francés, fue quien le dio el nombre. En 1970, en uno de sus viajes a la India, lo conoció cuando una mujer llamada Shantala lo aplicaba a su hijo en las calles de Calcuta.

En la India el masaje lo realizan las madres a sus hijos. La madre debe estar vestida con vestimenta cómoda para realizarlo. Debe sentarse en el piso con las piernas extendidas, espalda derecha y hombros distendidos. Colocar en sus piernas una toalla y encima a su hijo desnudo y en ayuno. Para el mismo se puede aplicar aceite, que la madre unta en sus manos para pasarle al bebe. El masaje se realiza en distintos sectores del cuerpo, abdomen, cara anterior y posterior de

tórax, miembros superiores e inferiores y finalmente la cara. Al finalizar, se le da un baño al bebe para completar el efecto de relajamiento y retirar el exceso de aceite no absorbido. Es muy importante que durante todo el proceso se mantenga el contacto visual con el niño, comunicación y conexión permanente, que no debe ser a través de transmisión de palabras.

Reflexión personal del Módulo 3

El desarrollo de un niño va a depender de una adecuada articulación, y coordinación entre los diversos sistemas que interactúan, según el modelo ecológico del desarrollo humano. En los distintos sistemas se pueden identificar factores de riesgo y protectores que pueden incidir, o no, en el desarrollo del ser humano, dependiendo de las características personales, resiliencia y vulnerabilidad socio cultural que éste presente. Asimismo Bowlby sostuvo que, durante las fases de establecimiento del apego se establece un vínculo afectivo y duradero, entre el cuidador y el infante. Este vínculo, sumado a los efectos de la interacción con los otros sistemas, contribuye a la salud emocional y desarrollo de la personalidad del individuo.

Por todo lo anteriormente expresado, como profesional con formación en atención temprana, destaco la necesidad de trabajar a partir de una concepción bio-psico-social del individuo, promoviendo el desarrollo de las competencias del niño y de su familia, para favorecer la inserción escolar y social.

Módulo 4. Evaluación y Diagnóstico

Este módulo comprendió lo trabajado por tres docentes sobre evaluación diagnósticas en los niños que ingresan a un Centro de Desarrollo Infantil en Atención Temprana CDIAT y los instrumentos estandarizados de evaluación psicomotor más utilizados. La temática fue:

Organización Diagnóstica en Atención Temprana ODAT (docente María del Mar Castañeda Carrasco y Loly Casquero), Instrumento de evaluación en niños de 0-6 años (Docentes Loly Casquero y María del Mar Castañeda) y Evaluación del comportamiento neonatal. Escala de Brazelton (docente Carme Costa).

Organización Diagnóstica en Atención Temprana ODAT. Docente María del Mar Castañeda Carrasco

La docente comenzó su exposición explicando cómo se realiza la derivación a los CDIAT. Ésta varía si el niño tiene 0 a 4 años o 4 a 6 años. El niño de 0 a 4 años es derivado por el pediatra y el de 4 a 6 años es derivado desde el centro educativo al pediatra, o éste es quien deriva al niño directamente al Equipo Provincial de Atención Temprana). Si éste último, considera que el niño cumple con los criterios de intervención de atención temprana, contacta a la familia para que coordine con el CDIAT.

El pediatra lo deriva al centro a través del Programa ALBORADA, y de acuerdo al diagnóstico que realiza, le otorga un código. Para unificar los criterios diagnósticos se utiliza un glosario que se denomina Organización Diagnóstica de Atención Temprana, (ODAT). Éste tiene distintos códigos para los distintos diagnósticos que se realizan.

La familia se pone en contacto con el CDIAT que le corresponda, según la zona de su domicilio. En el CDIAT, la directora tiene una entrevista con la familia y/o cuidadores y asigna un tutor. El tutor es quién realizar la evaluación inicial, a través de la observación directa, entrevista con padres y pruebas estandarizadas. De acuerdo a su valoración se puede modificar el diagnóstico principal y por ende el código de ODAT por el que fue derivado el paciente. De acuerdo a los resultados de la evaluación se define un programa a medida de sus necesidades.

Para ello se tiene en cuenta al niño y su familia. A lo largo de todo el proceso de intervención, se realizan varias evaluaciones. En todos los casos se incluye a la familia en todo el proceso de intervención.

Los técnicos encargados de la intervención establecen una comunicación permanente mediante el programa informático Alborada con el pediatra tratante. A través de ese programa describen cada día que hicieron y qué respuesta obtuvieron del paciente y pueden sugerir al pediatra la necesidad de ínter consulta con otro especialista como genetista, neuropediatra, etc. Además hay comunicación constante con el centro educativo, para conocer el comportamiento del niño con otros niños, cómo están trabajando las educadoras con ese niño y sugerir modalidades de trabajo con ese niño en particular.

Finalmente cuando el niño tuvo una evolución acorde con los objetivos propuestos se otorga el alta de la intervención. En alguna oportunidad puede ocurrir que el niño cumpla 6 años y no haya terminado con el proceso de tratamiento. En tal caso, se otorga al alta y se sugiere el seguimiento con los equipos de profesionales de los centros educativos.

Instrumento de evaluación en niños de 0-6 años. Docentes: Loly Casquero Arjona y María del Mar Castañeda Carrasco

Las ponentes explicaron los distintos modelos de intervención: el multidisciplinar, interdisciplinar y por último el transdisciplinar. En los centros de atención temprana la intervención es interdisciplinar y transdisciplinar. En modelo de intervención interdisciplinar el equipo de profesionales cuenta con un espacio para compartir la información y poder pautar objetivos en común para la intervención. En la forma transdisciplinar los distintos profesionales adquieren conocimientos de las otras disciplinas y las incorporan a su práctica clínica.

Expusieron y mostraron, a través de videos, como se realiza la evaluación y la puntuación de algunos de los instrumentos de evaluación más utilizados.

Inventario de desarrollo Battelle. En atención temprana, es de las escalas más utilizadas para valorar el desarrollo psicomotor de los niños con alteraciones del desarrollo o con riesgo de padecerlo. Tiene adaptaciones para niños con discapacidad. Se distingue la prueba de *screening*, que consta de 96 ítems y el inventario completo, que contiene 314 ítems. Ambos valoran las áreas del desarrollo personal/social, adaptativa, motora, comunicación y cognitiva. El *screening* se puede aplicar en la entrevista inicial, cuando no se conoce todavía al niño, pudiendo profundizar luego en determinada área de ser necesario. La prueba completa es muy útil para poder programar y aplicar un tratamiento a corto y largo plazo. Esta se repite luego de determinado tiempo, entre 5-6 meses, para ir realizando un seguimiento de los resultados de la intervención que se está realizando al niño.

Se trata de una prueba estructurada y hay que respetar el protocolo de aplicación. La información se obtiene de los padres, maestros y de observaciones en situaciones de exploración estandarizada. Con los datos obtenidos, se pueden obtener distintas puntuaciones: centiles, zeta y cocientes intelectuales de desviación. Las puntuaciones zeta se trasladan al “perfil” del niño. A través del perfil obtenido, el técnico que realiza la evaluación puede conocer los puntos débiles y fuertes del niño, en las distintas áreas del desarrollo. Cuando se han integrado los resultados obtenidos: datos de la entrevista inicial, información obtenida de los padres y del centro educativo, se está en condiciones de definir el plan de intervención.

La escala de desarrollo Brunet Lézine revisada. Se aplica a niños de 2 a 30 meses de edad. En los niños nacidos prematuros se debe recordar realizar el cálculo de la edad gestacional corregida

hasta los dos años. En España esta escala es una de las más utilizadas para la evaluación del desarrollo en la primera infancia. Valora las cuatro áreas del desarrollo, motor, cognitivo, lenguaje y social. Es cuantitativa y permite situar el desarrollo madurativo que el niño ha adquirido, en relación a una población definida.

Escala Manipulativa Internacional de Leiter-R. Es una escala que se puede aplicar a partir de los dos años. No requiere de lenguaje verbalizado. Evalúa la inteligencia no verbal y se basa en competencias de visualización y razonamiento y además de atención y memoria. Se trata de una prueba que puede ser aplicada a niños con retraso cognitivo, déficit auditivos o del lenguaje, trastorno global del desarrollo, etc. Su marco teórico de base es la teoría jerárquica de los tres niveles de Gustafson. La inteligencia fluida, que engloba las habilidades que se adquieren sin la influencia del contexto cultural o un centro educativo, se distingue de la inteligencia cristalizada, que se adquiere a partir de la interacción con el contexto cultural. En la medida que el niño crece va desarrollando la inteligencia cristalizada y va disminuyendo la inteligencia fluida.

A través de un video, Castañeda mostró cómo se aplica en una niña la prueba de visualización y razonamiento. Las respuestas que se le piden al sujeto son de carácter no verbal: colocación de tarjetas de respuesta, disposición de formas de respuesta manipulativa, señalar respuesta en el cuaderno de ítems. Las actividades se puntúan como correctas o fallo. Lo primero que se obtiene del llenado son las puntuaciones directas. Éstas se llevan a tablas y se obtienen la puntuaciones escaladas, que son las se van a sumar, a partir de unas tablas por edades y obtener el cociente intelectual breve y el cociente intelectual completo. El cociente intelectual breve valora algunas funciones ejecutivas. Con este test también se puede obtener el perfil del niño y relacionar los datos de CI breve, completo, y razonamiento fluido con la edad equivalente.

Guía Portage de educación preescolar (1995). Se trata de una prueba de evaluación que permite determinar las capacidades de cada niño, en cada área del desarrollo y además permite elaborar un programa de intervención, con metas realistas que favorezcan el desarrollo de habilidades. Ha sido elaborada para que sirva a los profesionales, profesores y padres. La guía consta de un listado de objetivos para registrar el progreso del desarrollo del niño en cada una de las áreas. Cada objetivo se marca con un aspa si lo hace siempre, una línea oblicua si lo hace a veces y una línea horizontal, si nunca o rara vez lo hace. Además consta de un fichero con 578 fichas de colores (cada área de un color), que enumera diferentes actividades para llegar a cumplir con los objetivos.

Evaluación del comportamiento neonatal. Escala de Brazelton. Docente Carme Costas

La docente destacó la importancia de reconocer los factores de riesgo en el recién nacido, o de su contexto familiar y social. Se parte de la noción de que desde la gestación hasta los dos años de vida, se produce la mayor maduración neurológica. Es por eso que se considera al periodo neonatal como un momento clave para conocer e iniciar todo proceso de intervención, tanto con el neonato como con sus progenitores. Se destaca además que es al final de la gestación, alrededor de las 39 semanas es cuando se produce el mayor desarrollo neurológico, sobre todo del lóbulo frontal.

La docente se refirió a la importancia de la realización del examen físico detallado en el neonato, por parte del pediatra neonatólogo. Describió los signos en el examen físico vinculados con aspectos psicopatológicos, que podrían estar relacionados con un compromiso del futuro desarrollo del niño.

A continuación la docente expuso el objetivo y la fundamentación de la aplicación de la escala de Brazelton. Con esta herramienta se apunta a determinar el estado general y el comportamiento conductual del recién nacido a través de la observación, aplicación de distintos estímulos y obtención de los reflejos arcaicos. Se trata de una prueba que valora cualitativamente las respuestas del recién nacido. Con esta escala se puede obtener un primer esbozo de lo que será el temperamento del niño.

Brazelton y Nugent (pediatra y psicólogo respectivamente) elaboran esta escala basándose en el “Modelo sinactivo del desarrollo” de Heidelise Als. Según ese modelo, el bebé se organiza en cinco subsistemas dispuestos jerárquicamente y que se influyen mutuamente, de tal manera que un sistema incluye al anterior, es decir que el primer sistema debe estar maduro para que se manifieste el siguiente. Los subsistemas son el sistema nervioso autonómico, motor, regulador del estado y social-interactivo. A continuación se describe que se evalúa en cada sistema. Del **sistema nervioso autonómico**, los signos de estrés fisiológicos tales como las frecuencias cardíaca y respiratoria, temperatura, coloración de la piel, temblores y sobresaltos. Del **sistema motor**, los movimientos espontáneos, tono muscular y se incluyen en este ítem 18 reflejos primitivos. Del **sistema regulador del estado**, la capacidad del neonato sano de autorregularse, responder e interesarse por los estímulos y retraerse si es necesario. Y por último del **sistema social-interactivo**, se evalúa la capacidad del neonato de mantener un estado de alerta que le permita la interacción social. Este sistema se examina valorando como el recién nacido fija y sigue con la mirada estímulos visuales y auditivos, tanto los provocados por personas así como por objetos.

La escala de Brazelton se aplica a recién nacidos de término, hasta los 2 meses de vida. Si se trata de un lactante con retraso en el desarrollo, se puede realizar hasta que obtenga un desarrollo

de dos meses. En el caso de prematuros se comienza a aplicar a partir de las 40 semanas de edad gestacional corregida. La docente destacó que estudios llevados a cabo en muestras de neonatos prematuros, evaluados con una edad gestacional corregida de 40 semanas, muestran puntuaciones más bajas en los sistemas que los niños de término, siendo el más afectado el de regulación del estado.

A través de su presentación y de videos, explicó cómo se realiza clínicamente la evaluación de la escala y su puntuación. Se destacó que el examinador debe estar entrenado en la aplicación de la misma y lograr un papel interactivo con el recién nacido. Para obtener esa interacción la actividad se debe realizar en un ambiente adecuado, el examinador debe ser muy buen observador, flexible y tener experiencia en el trato con recién nacidos. Durante la aplicación de la escala se debe propiciar un ambiente que favorezca que los padres se involucren y participen, preguntando y compartiendo sus observaciones.

Esta escala permite detectar alteraciones neuroconductuales en el neonato. Una vez detectada una situación de riesgo del recién nacido, o del contexto familiar o social, se puede intervenir precozmente para favorecer el desarrollo del niño.

Reflexión personal del módulo 4

Considero importante tener un esquema, o protocolo de actuación, para el abordaje de los pacientes que asisten al centro de atención temprana. Destaco la importancia de la historia clínica, instrumentos de *screening*, pruebas estandarizadas y seguimiento clínico de estos niños, para profundizar en los diagnósticos que serán monitoreados durante todo el acompañamiento de los niños.

Es fundamental que los padres y/o cuidadores participen en todo el proceso de evaluación, para que conozcan de su hijo fortalezas y debilidades. De esta manera se favorece el vínculo de apego de los padres con su hijo y se involucra a los mismos en las intervenciones terapéuticas para optimizar los resultados. Del mismo resulta fundamental que los padres se comprometan con tratamientos, ya que desde el hogar se deben potenciar y reforzar los logros necesarios.

Módulo 5 Metodología y diseños de investigación en Atención Temprana. Docente Eduardo Elósegui Bandera

El docente comenzó su ponencia explicando el uso de las normas que regulan la presentación de los trabajos científicos publicados. El mismo hizo referencia al uso de las normas de la Asociación Americana de Psicología (APA). Las normas APA son de uso internacional. Las mismas orientan a los autores sobre las características que debe tener un texto en cuanto a contenido, estilo, edición, citación, referencias bibliográficas, tablas y figuras.

El docente explicó las diferencias entre investigación y proceso de investigación a través del análisis de la película “El aceite de Lorenzo”. Se analizaron las investigaciones presentes en la película y se profundizó sobre el único proceso de investigación que se desarrolla. Se describen sus etapas con hitos y problemas y la participación de los distintos agentes involucrados. Se reflexionó acerca de los paradigmas y metodologías que pueden reconocerse.

El proceso de investigación que se ilustra en la película es el que lleva a cabo el padre de Lorenzo. En ella se muestra las etapas del mismo, los problemas que se presentan, objetivos, hipótesis, selección del método, definición y medición de las variables, análisis de datos, interpretación y valoración de resultados y conclusiones. Se constata que el padre de Lorenzo lleva a cabo una investigación científica, pues en su accionar desarrolla proceso empírico

sistemático donde pueden reconocerse ciertas fases relacionadas entre sí. Lleva a cabo una observación y evaluación de los fenómenos que estudia, establece suposiciones a partir de la observación que somete a prueba y a partir de los resultados obtenidos, propone nuevas suposiciones que deberán ponerse a prueba. Este proceso ha sido descrito por Grinnell (citado por Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

El docente comentó como se realiza una búsqueda bibliográfica. Describió fuentes secundarias, como enciclopedias, diccionarios, tesauros, tratados, textos y/o compilaciones, revisiones, reseñas bibliográficas y primarias como revistas de investigación. Las bases de datos actuales son una herramienta importante en el proceso de investigación, siendo algunas de ellas: MEDLINE (Nacional Library of Medicine de EEUU), PSYNCHO (APA, desde 1967), ERIC (ARC, desde 1966), EXCEPTIONAL CHILD EDUCATION RESOURCES (Universidad de Florida), ISBN (Agencia Española, desde 1965), TESEO (consulta de la base de datos de Tesis Doctorales).

Reflexión personal del módulo 5

Destaco la importancia de ahondar en el conocimiento de las herramientas de información académica que disponemos para que nuestro accionar como profesionales sea responsable, comprometido y ético.

Hernández et al. (2006) sostuvieron que: “cualquier ser humano puede hacer investigación y hacerla correctamente, si aplica el proceso de investigación correspondiente. Lo que requiere es conocer dichos procesos y sus herramientas fundamentales” (p.34). A partir de lo planteado por estos autores considero que es nuestra obligación como profesionales mantenernos al día en los avances de la investigación y poder hacer aportes también a la comunidad científica.

Módulo 6. Intervención en niños con trastornos físicos, familia y escuela

En este módulo se incluye lo trabajado por seis docentes sobre trastornos motores y estimulación psicomotriz. Las temáticas fueron: Importancia de los trastornos motores en Atención Temprana (docente Lic. Alejandra Matarredona), Introducción a la Neuropediatría. Valoración neurológica del niño y sus desviaciones patológicas (docente Claudio Waisburg), Estimulación psicomotriz en prematuros (docente María del Mar Castañeda), Fisioterapia en Atención Temprana (docente Alejandra Matarredona), Alimentación en niños con trastornos motores (docentes Silvia Palermo y Ángela Torres) e Intervención en Educación Infantil y Adaptación de materiales en trastornos motores (docente Carmen Cal).

Importancia de los trastornos motores en Atención Temprana. Docente Alejandra Matarredona

El proceso de adquisición del desarrollo motor presenta una secuencia predecible, donde cada etapa es base de la siguiente. Si bien se puede establecer una correlación entre la etapa y la edad cronológica, esto puede variar, en ritmo e intensidad, ya que el proceso es específico de cada individuo. La dirección es céfalo-caudal y próximo-distal y los movimientos evolucionan de gruesos a finos y de globales a selectivos.

El niño aprende a moverse a partir de la interacción entre las actividades que desarrolla y el entorno. Asimismo el desarrollo motor es descrito como desarrollo sensorio-motor. El sistema sensorial contribuye al desarrollo motor, estando involucrados todos los componentes sensoriales: visual, vestibular y somatosensorial.

La habilidad para moverse y hacer transiciones en los movimientos, son características del desarrollo motor. Los grupos musculares se equilibran unos a otros, desarrollando un control muscular sinérgico. Es decir los músculos flexores antigravitatorios del tronco balancean los músculos extensores antigravitatorios del tronco. El desarrollo del control de la cabeza, miembros superiores y miembros inferiores es influenciado por el balance sinérgico de los músculos del tronco. Los movimientos del tronco se desarrollan en cada uno de los tres planos (sagital, frontal y transversal). El control del tronco progresa desde el plano sagital, al plano frontal y transversal. Cuando se logra el control del tronco, favorece el movimiento de las extremidades(Lois,2011).

La docente jerarquizó la importancia de conocer el desarrollo normal del lactante. Desde el nacimiento, el bebé puede llevar brevemente su cabeza hacia la línea media. Entre los tres y los cuatro meses puede mantener la cabeza en la línea media. El control simétrico de la cabeza se encuentra determinado por un balance entre los músculos flexores y extensores del cuello. Una orientación de la cabeza, en la línea media, permite llevar la cabeza hacia abajo, lograr una convergencia visual, movimientos simétricos de las extremidades y movilidad normal de la columna y pelvis.

También describió las consecuencias de no adquirir el control simétrico de cabeza y cuello. Una dificultad para centrar la cabeza redonda en un pobre control motor ocular, que determina dificultades para el seguimiento y percepción visual y una ausencia de uso bilateral y simétrico de los miembros superiores. Si no se accede a juntar las manos en la línea media, se pueden presentar limitaciones para la exploración y percepción corporal. Además se inhibe la exploración táctil y la habilidad para trasladar los objetos de una mano a la otra. Por último, la falta de habilidad para llevar las manos a la boca interfiere además con el desarrollo motor oral.

La docente detalló las conductas esperadas y los signos de alerta desde el periodo de neonato hasta los 2 años de edad. Se destaca la importancia de conocer el desarrollo psicomotor normalizado para poder detectar cuando se retrasa o no se adquieren las conductas de las etapas que siguen para poder actuar precozmente. Por ese motivo, además de exponer las conductas motoras esperadas a cada edad, se describieron los signos de alerta. Los signos de alerta: de 0 a 3 meses son la persistencia de la asimetría en el control de la cabeza, persistencia de ataxia-basia a los 2 meses, dificultad en la convergencia visual vinculada a una imposibilidad de llevar la cabeza a la línea media, imposibilidad en decúbito de prono de abducir y colocar codos debajo de los hombros y enderezar la cabeza al tronco cuando pasa de la posición de decúbito supino a la sedestación.

Entre los 4 y 6 meses, se destacan como signos de alerta, que el bebé mantenga las manos cerradas, en decúbito prono no poder mantener los brazos extendidos apoyándose en las manos, no rolar de la posición prono a lateral y desde la posición prono a la posición supina. y no pivotar sobre el abdomen. A los 6 meses, una dificultad en mantenerse sentado libre sin apoyarse sobre las manos.

Entre los seis y nueve meses, se consideran signos de alerta no lograr mantenerse parado apoyado de un mueble y no realizar marcha lateral, dificultad para arrodillarse y semi-arrodillarse y para trepar con disociación de miembros superiores e inferiores.

Entre los 12 y 18 meses, se consideran signos de alerta haberse quedado en etapas anteriores del desarrollo, no lograr la marcha liberada, pobre variabilidad de movimientos, irritabilidad y pasividad.

Por último, los signos de alerta entre los 18 y 24 meses son que no logre la marcha, o marcha y motricidad peculiar, marcha en punta de pies, no pasar de la posición de cuclillas a la de parado, movimiento de brazos peculiares, balanceos y estereotipias.

Introducción a la Neuropediatría. Valoración neurológica del niño y sus desviaciones patológicas. Docente Claudio Waisburg

El docente comenzó su exposición explicando la importancia de conocer la plasticidad que tiene el cerebro y que hay periodos de la vida, como los dos primeros años, que ésta es mayor. Las neuronas se mueren y no se regeneran, pero se puede activar otra zona del cerebro homolateral con la rehabilitación. El tamaño del cerebro va a depender del número de neuronas, pero sobre todo depende de la arborización, de las conexiones sinápticas entre las neuronas. Esto depende de los estímulos que pasan por estas neuronas.

Definió la parálisis cerebral como un trastorno motor y de la postura, no progresivo, que actúa sobre un sistema nervioso en desarrollo, durante los dos primeros años de la vida. Es un compromiso motor por definición, pero puede acompañarse de otras alteraciones como trastornos sensoriales, cognitivas, de comunicación, de la conducta y/o epilepsia. La parálisis cerebral es determinada por una agresión cerebral, que puede ocurrir antes, durante o después del nacimiento. Es de destacar que la agresión que determina este cambio motor se produce en un cerebro en desarrollo y por lo tanto, parte del sistema nervioso, pueda asumir algunas de las funciones de las áreas lesionadas (debido a la plasticidad cerebral). Los factores de riesgo más frecuentes vinculados con la posibilidad de presentar una parálisis cerebral son la prematurez y asfixia perinatal.

El docente detalló la fisiopatología de los eventos que ocurren en los prematuros, que predisponen a presentar trastornos motores. Expuso que en el último trimestre del embarazo, en el feto se están produciendo importantes cambios a nivel cerebral. Se produce la migración neuronal, desde la capa profunda periventricular a la capa superficial a nivel de la corteza cerebral. La zona periventricular se denomina matriz germinal y es una zona precursora de neuronas y la oligodendroglia. Al nacer un niño prematuro menor a 32 semanas, se puede producir hemorragia en la zona periventricular, porque esa zona no está adaptada a la presión sanguínea de la vida postnatal. Ese sangrado puede progresar e invadir los ventrículos. Por los ventrículos circula el líquido cefalorraquídeo (LCR). El sangrado a dicho nivel, puede determinar obstrucción de la circulación del LCR y un aumento de la presión en ese nivel, determinando hidrocefalia. En la sustancia blanca periventricular se produce isquemia y muerte de neuronas, determinando “agujeros” a nivel cerebral. A estos “agujeros” se les llama leucomalacia periventricular. El diagnóstico prenatal de hidrocefalia puede evitar el daño en el parénquima cerebral periventricular, con el consiguiente aumento del daño neurológico. Por lo anteriormente mencionado, los niños prematuros tienen mayor predisposición a los trastornos motores, con mayor compromiso de MMII que de MMSS. También pueden comprometerse otras zonas como los hemisferios cerebrales, ganglios basales, etc. Se puede prevenir ese daño neurológico al evitar la hemorragia intraventricular, teniendo cuidados en la resucitación de estos niños, evitando fluctuaciones de flujo sanguíneo, manteniendo la coagulación adecuada y mediante una intervención farmacológica adecuada.

La asfixia perinatal también puede determinar daño neurológico. La asfixia perinatal se caracteriza por una alteración en el intercambio gaseoso a nivel placentario, que determina hipoxia, hipercapnia y acidosis, alterando la oxigenación y perfusión de los tejidos. Un niño

sometido a asfixia al nacer puede presentar un severo compromiso neurológico. El docente describió las fases de injuria cerebral en el recién nacido sometido a asfixia perinatal luego del evento hipóxico-isquémico. Se describen tres fases, una primera fase de deterioro del metabolismo oxidativo y edema cerebral. Una segunda fase, o fase latente, también llamada periodo ventana, porque actuando en este periodo hay posibilidades de recuperación del metabolismo oxidativo y puede limitar el daño neurológico progresivo. Por último, una tercera fase si el daño prosigue de infarto donde se presenta una necrosis neuronal selectiva y apoptosis. Si se actúa terapéuticamente en forma adecuada en el periodo ventana, se frena la cascada inflamatoria y por consiguiente se evita el daño cerebral progresivo. El docente comentó el uso de la hipotermia, como tratamiento efectivo para evitar el daño neurológico progresivo.

Waisburg mencionó otras alteraciones motoras como los trastornos del desarrollo de la coordinación y las dispraxias, que si bien no determinan déficit motores severos pueden generar repercusiones en las tareas cotidianas del niño, con limitaciones en el área social y académica. Los trastornos del desarrollo de la coordinación motora, determinan habilidades motoras groseras imprecisas y torpes, que no corresponde al esperado a la edad cronológica. No pueden ser explicados por un retraso intelectual, trastorno neurológico específico (parálisis cerebral, distrofia muscular) o trastorno del espectro autista. Esta alteración en la coordinación motora interfiere en las actividades cotidianas, generando una dificultad en el deporte y en la escritura. La dispraxia es la resolución no exitosa de movimientos coordinados, falla en la construcción de un acto, pero no la pérdida de un automatismo (acción previamente aprendida). También de acuerdo a la severidad si son localizadas o globales van a determinar el grado de repercusión en las actividades del niño.

Seminario Virtual. Intervención en niños de alto riesgo. Prematuridad. Estimulación psicomotriz en prematuros. Docente María del Mar Castañeda Carrasco

Castañeda comenzó exponiendo los niños que tienen riesgo de presentar trastornos del desarrollo, que son considerados para ser derivados a atención temprana. Éstos niños pueden presentar muy bajo peso al nacer (es decir, los que pesan menos de 1500 gr y/o una edad gestacional menor a 32 semanas), ser pequeños para la edad gestacional (menor al percentil 3), presentar una encefalopatía hipóxico isquémica que haya requerido hipotermia, enfermedad pulmonar crónica, hemorragia intraventricular, malformaciones encefálicas o haber presentado un examen neurológico anormal al alta de la unidad neonatal.

La docente destacó las consecuencias en el sistema nervioso central que pueden presentar los niños prematuros a corto y a largo plazo. Estas son alteraciones motoras, cognitivas, sensoriales y del lenguaje. De su experiencia con prematuros, destacó la frecuencia de las alteraciones del lenguaje, sobre todo en lo expresivo, lo característico de encontrar disfemia y alteraciones en la atención y memoria. Destacó la importancia de mantener el seguimiento en estos niños hasta los dos años, aun presentando un desarrollo normalizado, para realizar el seguimiento de la adquisición del lenguaje oral. Se reconoce la importancia de esta conducta, considerando la necesidad de la detección precoz para realizar una intervención oportuna, optimizando las posibilidades de comunicación verbal, tan importantes para la inserción del niño en el centro educativo y su entorno.

Castañeda mostró después una presentación con ejercicios de estimulación psicomotriz, en niños de 0 a 2 años llevados adelante por una fisioterapeuta en su centro de atención temprana. Este tipo de ejercicios se deben realizar haciendo participar a los padres y/o cuidadores, para

poder enseñarles la técnica. Asimismo la docente mencionó que se pueden realizar en lactantes, sin alteraciones del tono, con hipo o hipertonía. El tipo de ejercicio va a estar determinada por el hecho de si el niño presenta un aumento o una disminución del tono. En el caso de los niños que presentan hipertonía hay algunas acciones que resultan muy importantes. Se debe realizar menos presión y un contacto táctil con el niño más relajado. Se pueden realizar baños de ozono o en jacuzzi, para que el niño se relaje así favorecer la respuesta y recepción de los ejercicios.

La docente además, mostró una presentación con los ejercicios que se realizan de 0 a 6 meses, 6 meses a 1 año y de 1 año a 2 años. De 0 a 6 meses se muestran ejercicios para estimular el tono de los miembros superiores. Se explicó además cómo estimular el sostén cefálico y el tronco. Cerca de los 6 meses se estimula la sedestación. Después de los 6 meses el gateo, luego la posición de pie y finalmente la marcha.

Fisioterapia en Atención Temprana. Docente Alejandra Matarredona

La docente hizo referencia al rol del fisioterapeuta en el equipo de profesionales que trabajan en atención temprana. Entre los objetivos que se plantea un fisioterapeuta es observar cuáles habilidades motoras ha adquirido el niño, de acuerdo a la etapa del desarrollo que se encuentra. Se propone detectar déficit primario y secundario de las estructuras y funciones corporales, que limitan la adquisición de habilidades funcionales y por último usar herramientas estandarizadas para medir la función motora. En la evaluación del niño se debe tener en cuenta, si además de un compromiso motor presenta otro déficit sensorial y del nivel cognitivo. Asimismo, se debe considerar la zona geográfica donde vive, para identificar necesidad de traslados. Se estudia el domicilio u otros espacios donde el niño asiste y si hay necesidad de tecnología asistida, para favorecer el desarrollo de habilidades y evitar complicaciones. Además, se debe considerar con

qué apoyos y contención cuenta de la familia extensa, amigos, centro educativo, centro de salud y vinculación con programas sociales.

Matarredona destacó la importancia de la detección precoz del desarrollo psicomotor atípico y así como del inicio precoz del tratamiento de rehabilitación, para evitar movimientos y posturas compensatorias inadecuadas, contracturas y deformidades que alteran más la función y el bienestar del niño con déficit motor. Describió los déficit motores más frecuentes, que requieren de atención temprana, para evitar las complicaciones antes mencionadas. Entre ellos, trabajó sobre el término parálisis cerebral y su clasificación. La parálisis cerebral, es por definición, un grupo de trastornos motores que generan un compromiso permanente de la postura y el movimiento y distinto grado de limitación de la actividad. Es determinada por un trastorno no progresivo del encéfalo en desarrollo, que se produce en el periodo pre-peri o postnatal. Los niños con parálisis cerebral pueden asociar otros trastornos como déficit sensoriales, sensitivos, perceptivos, cognitivos, epilepsia y trastornos músculo-esqueléticos secundarios. Se refirió además a otros trastornos con compromiso motor congénito y adquirido, como enfermedades neuromusculares, mielomeningocele, artrogriposis, traumatismos craneoencefálicos y medulares, etc. Todos estos trastornos tienen en común la alteración en la postura y el control postural. El control postural es necesario para el desarrollo de funciones vitales, como la respiración, alimentación, también habilita el mayor potencial motor, cognitivo, emocional y social. En los tratamientos que apunten a promover un control postural se necesita de apoyo de tecnología asistida que es cualquier producto, pieza de equipamiento que sirve para mejorar, mantener y favorecer las capacidades funcionales de las personas con discapacidad (sillas fijas, sillas de transporte, equipo para mantener una adecuada bipedestación, etc.).

Alimentación en niños con trastornos motores. Docentes Silvia Palermo y Ángela Torres

Palermo definió la nutrición como el conjunto de reacciones físicas y químicas que a partir de los alimentos ingeridos, suministran la energía necesaria a los organismos vivos. La deglución es el proceso por el cual los alimentos, secreciones y fluidos pasan de la cavidad oral al estómago. La alimentación, sin embargo, es algo más que la acción por el cual los seres vivos reciben los alimentos, porque cumple un importante papel en la vida social de los individuos.

El crecimiento y el desarrollo están regulados por factores genéticos y ambientales (alimentación, higiene, ejercicios, enfermedades). La nutrición intrauterina y en la primera infancia, tiene consecuencias a corto y a largo plazo. A corto plazo, incide en el desarrollo cerebral, muscular, masa ósea, composición corporal y en la programación de las rutas metabólicas de las proteínas, lípidos y la glucosa. A largo plazo, puede predisponer al desarrollo de enfermedades crónicas en la vida adulta.

Según Torres la prevención debería comenzar desde la planificación del embarazo, y continuar durante el embarazo y los primeros años de la vida. Un ejemplo de la importancia de la prevención desde la etapa preconcepcional, es la ingesta de ácido fólico, para prevenir los defectos del tubo neural. Asimismo, la desnutrición materna durante la gestación aumenta el riesgo de tener un hijo con restricción del crecimiento intrauterino en el feto y luego tener un hijo con bajo peso, determinando un riesgo de padecer enfermedades crónicas en la vida adulta. También aumenta el riesgo de mortalidad perinatal.

El abordaje diagnóstico del estado nutricional de un niño se realiza a través de la historia clínica. Se jerarquizan los antecedentes del estado nutricional materno durante la gestación,

enfermedades crónicas de la madre o que haya presentado durante el embarazo, edad gestacional al momento del parto y peso al nacimiento. Si el niño presenta déficit motor, trastorno deglutorio, osteopenia, estreñimiento y si recibe fármacos. La evaluación se completa con los datos aportados por el examen físico y las curvas de crecimiento. Asimismo para poder programar una intervención adecuada, se debe considerar las características de la familia (si es mono parental, padres adolescentes, nivel socioeconómico y cultural, tipo de trabajo de los padres y/o cuidadores) y el entorno del niño.

Torres comentó que los niños con parálisis cerebral, asocian desnutrición entre un 40-90% de los pacientes. El compromiso nutricional de estos niños generalmente se encuentra no sólo vinculado al grado de déficit motor sino a la presencia de otros trastornos como déficit sensoriales, trastornos deglutorios, infecciones intercurrentes, etc. Si presentan trastornos deglutorios se debe pensar sobre la forma más segura para alimentarse. Puede ser por vía oral, por sonda nasogástrica o por gastrostomía. La decisión de la vía de alimentación, como las otras conductas de intervención, será determinada por un equipo de profesionales con formación en el manejo de estos pacientes.

Intervención en educación infantil y Adaptación de materiales en trastornos motores. Docente Carmen Cal

La docente comenzó su exposición definiendo el juego y describiendo las distintas características y funciones del mismo. Destacó que el juego tiene como objetivo el disfrute, pero además implica la presencia del otro y un aprendizaje. Al jugar se presenta una interacción, donde adquieren relieve la actitud corporal, voz, gestos y el rostro del otro. De este modo, se despliega una escena lúdica.

El juego es muy importante, pues favorece el desarrollo físico y mental de los niños. Por medio de éste, se relacionan con el mundo e interiorizan la realidad circundante, interactúan con los objetos, desarrollan sus sentidos, habilidades, expresan fantasías y sentimientos; se relacionan con otras personas y adquieren pautas de conducta (AIJU, 2008). La docente expuso que, a través del juego, el niño puede explorar, imitar a otros y por consiguiente aprender habilidades, superar miedos y/o mejorar ciertas destrezas. El juego permite desarrollar el lenguaje y viceversa, cuanto más lenguaje más despliegue del mismo. Por ese motivo puede ser considerado una herramienta necesaria para permitir el aprendizaje.

Según la edad, y el tipo de discapacidad del niño los juguetes pueden favorecer ciertos aspectos del desarrollo. El uso de juguetes puede estimular las distintas áreas del desarrollo: motora, cognitiva, comunicación y lenguaje, socialización y autonomía personal.

La docente también hizo referencia al juego como una herramienta terapéutica. Destacó el papel de la observación en la consulta, la dimensión del juego adquiere mucha importancia en todos los niños independientemente el tipo de discapacidad que presente .

Las propuestas lúdicas deben ser acordes a la edad cronológica y nivel cognitivo; grado de autonomía motriz y funcional; intereses lúdicos del niño; habilitaciones necesarias para que pueda hacer la actividad lúdica y objetivos terapéuticos globales y específicos para cada trastorno (AIJU, 2008).

Tipos de juguetes

Los juguetes accesibles engloban a los juguetes adecuados, los adaptables y los adecuados con ayuda.

Juguete adecuado: El que puede ser utilizado por personas con discapacidad tal y como se comercializa, aunque su aprovechamiento no sea al 100%.

Juguete adecuado con ayuda: El que puede ser enriquecedor para persona con ese tipo de discapacidad, pero para ello necesita ayuda de terceras personas.

Juguete adaptable: El que para poder ser utilizado por personas con ese tipo de discapacidad necesita algún tipo de adaptación”. (AIJU, 2007.p.4).

En las jugueterías de nuestro país no hay juguetes con etiqueta internacional para niños con necesidades educativas especiales (NEE). Asimismo se destaca que en sus góndolas hay juguetes para niños pequeños que en la caja refieren que estimulan la audición, el tacto y/o la motricidad.

Reflexión personal del módulo 6

El abordaje de los niños con parálisis cerebral, o con una encefalopatía crónica, resulta complejo. Un primer aspecto a tener en cuenta, es que se debe aportar una información necesaria a los padres y se los debe capacitar para que puedan ayudar a su hijo. Se los debe acompañar en el proceso de comprensión de que su hijo es diferente y por ese motivo requiere de determinados cuidados. Por otro lado, se necesita de un equipo de profesionales que pueda favorecer y optimizar el desarrollo de ese niño en particular a partir de un trabajo articulado.

El juego es tan importante en niños que tienen un desarrollo normal como en caso de los niños que presentan alguna discapacidad sensorial, motora o intelectual. Es por ello, que se ha incorporado el juego en Atención Temprana, como una herramienta tanto terapéutica, como para valorar la evolución. Winnicott (1972) pediatra y psicoanalista, planteó que el juego es una experiencia universal y necesaria para un normal desarrollo. Facilita el crecimiento y conduce con el correr del tiempo a las relaciones de grupo y a una relación creadora con el mundo. Otro

aspecto que jerarquizó es la necesaria confianza con la madre como un espacio potencial donde se construye la confianza básica, base necesaria del desarrollo de la identidad del individuo. En los primeros cuidados y juego con los padres se sientan las bases del posterior desarrollo. Este también es un aspecto clave cuando los hijos presentan trastornos del desarrollo. Uno de los desafíos es el de trabajar con los padres para que logren una buena conexión con todos sus hijos. Para que eso suceda deben conocer sus características sus debilidades, pero también sus fortalezas.

Por lo expuesto, considero necesario que los técnicos que trabajan en desarrollo, intervengan en las distintas etapas del niño y, de acuerdo a su discapacidad, transmitan a los padres y /o cuidadores el valor del juego, para la adquisición de las distintas conductas independientemente del déficit que pueda presentar el niño. Si los padres juegan con el niño, le transmiten sus afectos, se conectan con él y pueden transformar el juego en una rica experiencia de aprendizaje.

Módulo 7. Déficit auditivo, familia y escuela

En este módulo se integra lo trabajado por dos docentes sobre déficit auditivo y la importancia de la intervención precoz. La temática fue: Desarrollo educativo e intervención en niños con déficit auditivo (docente María Antonia González Cuenca) y Atención temprana en niños con déficit auditivo (docente María del Mar Castañeda)

Desarrollo educativo e intervención en niños con déficit auditivo. Docente María Antonia González Cuenca

La hipoacusia es el déficit sensorial más frecuente del ser humano. La incidencia de las hipoacusias moderadas a severas es de 1 en 1000 recién nacidos, según datos aportados por

pruebas de cribado, en España, Estados Unidos, Australia e Inglaterra. El 80% de las hipoacusias son congénitas y 95% de los niños sordos tienen padres oyentes (de Aguilar, 2005).

El desarrollo del oído interno comienza en la tercera semana de edad gestacional. Al sexto mes comienza la mielinización que va a culminar a los dos años de vida. La maduración de la vía auditiva (sinaptogénesis y mielogenénesis) pretalámica se completa al final del primer año y la postalámica al final de los tres años (de Aguilar, 2005).

La sordera se clasifica según su localización u origen, en periférica o central. La hipoacusia periférica puede ser conductiva, neurosensorial o mixta. La hipoacusia conductiva puede deberse a una disfunción de la transmisión del sonido, a través del oído externo o medio. En la hipoacusia neurosensorial, la alteración de la transmisión de la onda sonora se debe o a una transducción mecánico-eléctrica anómala, a nivel coclear o a una alteración de la transmisión del impulso nervioso por el VIII nervio craneal. La hipoacusia conductiva es la más frecuente en niños. Por último, existe un tercer tipo, la sordera central, que la alteración de la transmisión del sonido está a nivel central, en especial en la corteza cerebral. El 65% de las sorderas infantiles son de origen genético y un 35% son sorderas neurosensoriales adquiridas. Además, se pueden clasificar según el momento de aparición en prelocutiva que es antes de adquirir el lenguaje, perilocutiva durante la adquisición del lenguaje y postlocutiva, después de adquirirlo.

La Organización Mundial de la Salud, clasifica la hipoacusia según el grado de pérdida auditiva: leve de 20-40 db, moderada de 40-60db, severa de 60-80db y profunda mayor a 80db.

En el Uruguay, en 2008, se decretó como obligatoria la detección de las emisiones otacústicas (EOA). Se emplea una prueba de cribado, rápida, fácil de realizar y sensible para detección de hipoacusia. Las EOA, registran la actividad de la función coclear, obteniendo información sobre

su integridad. No pueden detectar alteraciones de la audición por debajo de 30-40 decibeles. Los niños que no superan esa prueba serán evaluados por otras técnicas como los potenciales evocados auditivos. El diagnóstico se debe realizar lo antes posible, lo ideal es antes de los seis meses.

Las personas que padecen sordera moderada o severa, necesitan de un dispositivo auditivo que permite mejorar sus restos auditivos. En las sorderas profundas los implantes cocleares, permite el desarrollo una audición funcional. Éstos están indicados en las sorderas neurosensoriales, profundas, bilaterales, sin compromiso del nervio auditivo y que no mejora con otros dispositivos auditivos.

La docente comentó un caso clínico de una niña de 4 años que presentaba una sordera congénita bilateral profunda. Ese tipo de sordera era de origen neurosensorial. Se le colocó un implante coclear derecho a los 22 meses. Se evaluó el desarrollo de su lenguaje a través de la valoración del lenguaje espontáneo y de la aplicación del test de comprensión de las estructuras gramaticales (CEG) y el test Peabody de vocabulario e imágenes (PPVT). El lenguaje espontáneo se valoró a través de un video interactivo, que consistía en el visionado de un cuento por imágenes. Nosotros observamos las imágenes que debía mirar la niña y a través de preguntas que le realizaba el evaluador se valoró el lenguaje. En esa valoración se observó que presentaba escaso léxico, errores gramaticales, errores morfológicos de la persona del verbo y poca habilidad narrativa.

En la evaluación con el test de CEG, que evalúa el grado de comprensión de estructuras gramaticales obtuvo un nivel bajo en cuanto a comprensión de estructuras gramaticales. Se le realizó además la valoración con el test de vocabulario en imágenes Peabody PPVT-III, que

evalúa el nivel de vocabulario receptivo de una persona. La niña obtuvo una puntuación que corresponde a una edad equivalente de 4 años y 2 meses. De acuerdo a los resultados obtenidos del lenguaje espontáneo, y los test aplicados la niña presentaba un léxico expresivo descendido con bajo nivel de comprensión de las estructuras gramaticales. Asimismo tenía un nivel de comprensión del vocabulario receptivo adecuado. Por lo expuesto, se puede concluir que la niña tenía un retraso en la adquisición del lenguaje.

Es frecuente que los niños sordos presenten dificultades en la adquisición del lenguaje. No obstante, el diagnóstico precoz y una rehabilitación auditiva y logopedia adecuada y oportuna mejora el desarrollo del lenguaje.

Características de los niños sordos

La docente mencionó características comunicacionales de estos niños. Se trataba de niños muy pasivos, con escasa responsividad. En la etapa prelingüística tienen poca comunicación protodeclarativa. El lenguaje del niño sordo se destaca por ser ininteligible, por las dificultades fonológicas y además presenta dificultades en la morfosintaxis y muchos errores gramaticales. Estas limitaciones en la comunicación y en las habilidades lingüísticas se pueden valorar desde que el niño es preescolar a través de la observación del juego simbólico, que en su caso es poco elaborado. Se observa además escasa descentración en el juego, escasa sustitución de objetos, dificultades en la integración de las distintas secuencias y poca o nula planificación. El niño escolar va a presentar dificultades en la adquisición de la escritura y lectura.

En un estudio realizado por la docente evaluaron 32 niños de 3 a 7 años con sordera severa o profunda, que empleaban audífonos de programación digital y uno implantes cocleares. Se les aplicó la escala de Reynel III, observando que un 30% tenían un lenguaje normalizado. De los

resultados obtenidos se destacan dificultades en la comprensión, cuando comienzan con el uso de oraciones que relacionan más de dos elementos en pasivas y subordinadas. Asimismo presentaban dificultades en la gramática correspondiente a la edad de tres años, errores en la flexión de verbos en pasado, en el uso de la tercera persona y el uso de sustantivos en plural (González, Silvestre, Linero, Barajas & Quintana, 2015).

Intervención en niños sordos

La intervención de los niños sordos debe ser precoz, a través del uso de audífonos o implantes cocleares, además de la intervención logopedia o fono audiológica. Un niño con déficit auditivo moderado a severo, no detectado precozmente, no solo no desarrollará el habla sino que además tendrá serias dificultades cognitivas, afectivas y sociales. Si se realiza el diagnóstico precoz e intervención oportuna, el desarrollo de estos niños mejora significativamente

Se debe brindar a los padres estrategias para estimular las habilidades comunicacionales de sus hijos. Entre ellas mirar cuentos, fotos, dibujar, juegos. En relación a los juegos, es importante proponer temas de cuentos o de situaciones no cotidianas, sugerir integrar objetos ambiguos y la planificación previa de roles y objetos.

Atención temprana en niños con déficit auditivo. Docente María del Mar Castañeda Carrasco

Castañeda señaló que la intervención en estos niños debe ser precoz, porque la maduración de la vía auditiva se produce luego del nacimiento y se extiende en los dos primeros años de la vida. Desde la detección del déficit en el periodo de lactante, hay que estimular los músculos del habla y sus vocalizaciones iniciales y reforzar sus sonidos en distintos momentos aprovechando las situaciones en las que el niño está más predispuesto. Se puede reforzar, repitiendo los sonidos

que emite y asociar sonidos vocálicos con rutinas de la vida cotidiana. Es necesario ejercitarlos músculos del habla, que son los mismos que los deglutorios a través de la alimentación con tetinas pequeñas, tomar agua con pajita y probar distintas texturas de alimentos. Además realizar praxia buco facial, frente al espejo. Se deben estimular las otras entradas sensoriales como la visión, el tacto para favorecer y estimular a través de la expresividad facial la atención conjunta. Asimismo las habilidades comunicacionales y sociales se estimulan a través de compartir gestos propios y sociales, escuchar grabaciones de voces de los padres, familiares o amigos y relacionarlos con las fotos de esas mismas personas.

Cuando el niño es un preescolar y tiene audífonos o implantes cocleares, se tiene que seguir estimulando el lenguaje, la fonología a través de juegos como el loto y escuchar melodías y grabaciones.

Reflexión personal módulo 7

En este caso un profesional de atención temprana debe conocer la importancia de un diagnóstico precoz y la necesidad de la intervención fonoaudiológica, que se establezca lo antes posible. Como se ha expresado una dificultad central es que un déficit auditivo no detectado precozmente, afecta el desarrollo del habla, y lo que es más importante determina severas dificultades cognitivas, afectivas y sociales. Si el diagnóstico precoz e intervención oportuna se desarrollan precozmente, el pronóstico de estos niños mejora significativamente

Se debe apoyar a los padres para que comprendan que su hijo tiene un déficit y que por ese motivo va a tener un desarrollo, con otros tiempos a los de un niño normo oyente. Como en el caso de otros trastornos del desarrollo, las intervenciones no se deben centrar en el niño y su discapacidad sino que se debe considerar a la familia adoptando un modelo ecológico de las

intervenciones. Asimismo se debe tener presente que el pronóstico del desarrollo del lenguaje y posibilidades comunicativas y educativas ha mejorado con los nuevos dispositivos audio protésicos y el apoyo fonoaudiológico. En el caso de los niños que no adquieran un lenguaje oral, resulta importante apoyar y asesorar a las familias en los sistemas de apoyo comunicacionales alternativos (lengua de signos, bimodal y palabra complementada). En este caso se debe alfabetizar en esos sistemas al mayor número de familiares posible, para potenciar la comunicación de los niños con su familia y entorno.

Módulo 8. Atención temprana en niños con déficit visual

En este módulo se integrará lo trabajado por dos docentes sobre el desarrollo de los niños con déficit visual grave y su abordaje desde la atención temprana. Las temáticas fueron: Intervención con los niños ciegos y déficit visual grave de 0a 6 años de edad, en la provincia de Málaga (docente José Antonio España), Déficit visual óptico y déficit visual cerebral y Abordaje en Atención Temprana (docente Mercé Leonhardt).

Intervención con los niños ciegos y déficit visual grave de 0 a 6 años de edad, en la provincia de Málaga. Docente José Antonio España

El docente comenzó su presentación explicando los objetivos de la Organización Nacional de Niños Ciegos de España (ONCE) y cómo se trabaja en ésta. La ONCE tiene como objetivo atender a niños/as ciegos o con déficit visual grave (DVG) lo más temprano posible, para que alcancen una madurez adecuada. Así como una apropiada integración familiar, escolar y social, sin que su hándicap visual les impida su desarrollo evolutivo.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se define como déficit visual grave cuando los niños presentan una agudeza visual menor a 0.3 o reducción del campo visual a 20°. Para estar afiliado al ONCE se debe tener un déficit de agudeza visual de 0.1 y una reducción del campo visual de 10°.

La visión es el sentido que ofrece más información de lo que sucede en el entorno. Estudios realizados demuestran que el 83% de los estímulos que se reciben provienen de la visión y que el mayor porcentaje visual anterior aumenta en los dos primeros años de la vida. Sin embargo, los otros sentidos por separado aportan una información fragmentada, que siempre necesita asociarse a los otros sentidos, sobre todo a la visión. Se destaca la importancia de conocer estos hechos, ya que si un niño no aprende a conocer, y explorar, el mundo exterior se va a presentar un compromiso en su desarrollo intelectual y su personalidad.

El ponente planteó que el globo ocular ya se encuentra formado desde el nacimiento, con todos los elementos que necesita. Las estructuras de la retina, con sus conos y bastones, las estructuras nerviosas de ésta y del cerebro. Las conexiones nerviosas y transmisores son las que van a permitir una visión adecuada y se van a ir desarrollando y madurando luego del nacimiento. Esto último se produce en los primeros años de la vida, que es cuando se necesita de estímulos adecuados para que se puedan desarrollar, con el máximo potencial posible. Es entre los dos y tres años de la vida cuando se produce la mayor plasticidad cerebral. Éste es el periodo donde se debe establecer un funcionamiento visual adecuado. Por lo anteriormente expuesto, un diagnóstico precoz de una patología que determine un déficit visual resulta prioritario. Para poder corregir el déficit, si tiene tratamiento definitivo, o comenzar la estimulación visual del resto visual. Si eventualmente el déficit resulta total se comenzará también con la intervención adecuada.

El profesional de la ONCE que recibe al niño con déficit visual grave, realiza una valoración del comportamiento visual y de su desarrollo general, para poder elaborar programas y pautas de intervención. Resulta importante conocer que el oftalmólogo aporta un informe cuantitativo del grado del déficit que presenta el niño, pero esto no siempre se corresponde con el aspecto cualitativo. Se entiende por aspecto cualitativo a cómo el niño utiliza su resto visual. Esto depende de factores fisiológicos, psicológicos, intelectuales y ambientales, que son dependientes de cada niño en particular, aun frente a un mismo tipo de déficit visual. La visión funcional se determina valorando los materiales y estímulos a los que mejor responde el niño y cómo repercute la pérdida visual en su desarrollo visual y cognitivo. Además, se realiza una valoración multisensorial para determinar cómo aprovecha el resto de los sistemas sensoriales, sobre todo el tacto y el oído que son sobre los que más se apoya la visión para aprender en los primeros años de la vida.

Otro aspecto a valorar, es el desarrollo madurativo general del niño, en las distintas áreas del desarrollo. Un problema con el que se enfrenta el profesional que trabaja con estos niños es que no hay pruebas estandarizadas adaptadas a la ceguera o deficiencia visual. Por eso, los datos que se obtienen son siempre aproximados. La mayoría de las escalas que se usan son escalas de observación y no de medición. También se utilizan escalas iguales a las que se utiliza en niños videntes, pero teniendo en cuenta las características del niño ciego. Los niños ciegos pueden presentar un buen nivel sensorial y cognitivo y retraso en el área motora o lenguaje. Si existe compromiso de todas las áreas, hay un retraso grave, en tal caso habrá que analizar qué causas lo están provocando.

Teniendo en cuenta la valoración inicial, se procede a realizar un informe y el programa de rehabilitación, de acuerdo a lo que ha encontrado en el niño. Estos programas se valoran en la

práctica diaria. El tutor y los padres valoran, en conjunto, el momento en que resulta necesario realizar una nueva valoración del trabajo, o ajustes, ya sea que el niño haya alcanzado o no las metas propuestas en una primera instancia.

En el diseño de la intervención educativa se deben considerar tres aspectos: la estimulación de los restos visuales, multisensorial y psicomotriz.

El tratamiento del niño de 0 a 6 años se lleva a cabo bajo tres modalidades: ambulatoria, domiciliaria y escolar. La periodicidad de las sesiones de estimulación va a depender de las características de cada niño, pero como mínimo se realizan cada 15 días. El especialista en el área de la deficiencia visual debe intervenir en todos los aspectos educativos con técnicas, materiales específicos y asesorando al docente y familia del niño.

Estrategias de intervención en niños ciegos

Periodo sensorio- motor de 0 a 2 años. En los primeros meses de la vida, de 0 a 5 meses, las interacciones con los adultos y con el entorno, tienen lugar mediante la visión. Por lo tanto es imprescindible estimular el resto visual del niño con DVG, para que éste no sólo no desaparezca, sino que aumente. En ese periodo, hay que trabajar mucho los movimientos oculares, para que pueda aparecer algún comportamiento visual. Otro aspecto, es trabajar la expansión del campo visual, a través del rostro y objetos contrastados de distinto tamaño. En la intervención con los niños siempre hay que incluir a la familia. Los padres tienen que usar mucho su rostro para estimular la fijación y seguimiento. También colocar objetos contrastados en su entorno inmediato, como cuna y silla de paseo. Los lactantes con DVG tienen un retraso en el desarrollo viso-manual y espacial. En los lactantes normales, a los 5-6 meses se desarrolla la capacidad de manipular y jugar con los objetos, pero en los niños con déficit visual ésta se retrasa hasta el año

de vida. En los niños ciegos se atrasa aún más, por lo que hay que estimular la coordinación oído-mano. Es muy importante trabajar con los padres el vínculo de apego con sus hijos, a través de gestos, conversaciones, abrazos y caricias. La aparición del lenguaje también se atrasa en relación al niño vidente, los primeros balbuceos aparecen alrededor de los seis meses. Para lograr un desarrollo psicomotor adecuado necesitan de una estimulación adecuada. Esto último está vinculado a las dificultades que el niño ciego tiene para conocer el entorno y los objetos que los rodean. Se debe estimular desde pequeños la coordinación y la movilización en su entorno familiar. Favorecer las conductas imitativas para que no se atrase el juego simbólico.

Inteligencia preoperacional

Segundo año de la vida. En este periodo hay que seguir trabajando el desarrollo motor, lenguaje y adaptación social. Favorecer el conocimiento del propio cuerpo y la autonomía motriz para que el niño desee utilizarla solo, sin el apoyo del adulto. Se trabaja la noción de cantidad de objetos y cualidades de los mismos como semejanzas, diferentes tamaños, texturas y grosor. Se debe monitorear el desarrollo sensorial. Se comenzará a estimular la comunicación verbal con otros niños. Hay que cuidar la aparición de “verbalismo”, que es la preocupación y hablar de cosas que no saben, por no tener la experiencia previa. A partir de esta etapa los niños se separarán de los padres durante el periodo que van al centro educativo. Eso se debe preparar desde que los niños son pequeños, tratando de incluir a otros miembros de la familia, amigos y vecinos.

De 3 a 6 años. Continúa el periodo preoperacional

El niño ciego, o con DVG pero sin otros impedimentos e integra en este período al centro educativo. En ese momento hay que apoyar al niño y contar con la colaboración de la familia y de los educadores. Los niños tendrán que procesar la separación con los padres y además

familiarizarse paulatinamente con el lugar nuevo. En este periodo hay que tomarse el tiempo necesario para que se sientan seguros y puedan adquirir autonomía.

Se continuará con la estimulación visual (si hay restos), motriz, auditiva y olfativa. Se inicia la representación figurativa de los objetos y se estimula el juego simbólico. Se continúa con la estimulación del lenguaje y corrigiendo: las desviaciones, tu-yo, ecolalias, verbalismos. Se trabaja para aumentar las experiencias perceptivas del espacio y con los objetos.

Se iniciará con la prelectura y preescritura (sistema Braille en ciegos con DV severo). En esta etapa el aprendizaje estará dirigido por el orientador del centro al que asiste el niño, al que se debe informar del comportamiento visual del niño, así como se le darán las orientaciones específicas del caso.

Déficit visual óptico y déficit visual cerebral. Abordaje en Atención Temprana. Docente Mercé Leonhardt

La docente comenzó su exposición definiendo a la ceguera. Ésta se manifiesta cuando la agudeza visual es 1/10 (0.1) con corrección o cuando el campo visual se ha reducido a 10°. Se considera discapacidad a la disminución de la visión desde 3/10 hasta la pérdida total de ésta.

La ceguera se divide en ceguera total (ausencia total de visión) o solamente percepción luminosa y ceguera parcial. En la parcial hay un resto visual que permite la orientación mediante la luz y percepción de masa y por eso facilita el desplazamiento y reconocimiento del mundo externo de quien la padece.

Se destacó la importancia del diagnóstico precoz del déficit visual, para favorecer la maduración de la vía visual, a través de la estimulación adecuada. La plasticidad cerebral permite

modular las distintas funciones en este caso la visual, si se actúa en el momento adecuado. Se pueden distinguir dos periodos: crítico y sensible. El primero va de 0 hasta los 4 meses y el segundo hasta los 9 años. En el periodo crítico, si no hay estímulo de luz que llegue a la retina, no se producirá la maduración de la vía visual. Por esto último, el déficit debe ser detectado y tratado a tiempo. En últimos estudios, se ha concluido que aunque se actúe en el período sensible igual se podrán recuperar algunas de las funciones visuales.

La docente expuso además las conexiones a nivel del cerebro. La vía dorsal va desde el occipital a la parte posterior, o córtex, del lóbulo parietal. En un área vinculada con el procesamiento de gran cantidad de información en forma simultánea. Si esta vía se encuentra alterada, el niño va a ver el mundo como los bebés, que focalizan su atención en un solo objeto. También tendrá dificultades para moverse hacia un lugar concreto dentro del espacio visual y en el seguimiento de los objetos en movimiento. La vía ventral va desde el lóbulo occipital al interior de los lóbulos temporales, de cada lado del cerebro. Esta vía permite el reconocimiento de los distintos objetos y de las distintas caras. Por consiguiente, el niño que tenga dañada la vía ventral, tendrá dificultades para el reconocimiento de los distintos objetos, caras de la gente y diferenciar tipos de animales. Puede tener, además, dificultades para reconocer las señales de las expresiones faciales.

El examen de la visión, comienza por la observación y luego se valoran las distintas capacidades visuales: luminosidad, adaptación a la oscuridad, enfoque, fijación, funcionamiento binocular o monocular, movimientos oculares, seguimiento, fijación sacádica, convergencia, acomodación, coordinación viso-motriz, amplitud del campo visual, agudeza visual, visión del color, sensibilidad al contraste y capacidad de discriminación, identificación, interpretación y utilización de la información visual.

En el caso de neonatos con déficit visual, se puede aplicar la “Escala de Brazelton”. Su aplicación favorece el vínculo de apego con sus padres. Se debe tener en cuenta que, para aplicarla, es necesario que el niño se encuentre en estadio 1-2, entre sueño profundo y ligero. La docente comentó algunos de los ítems que se evalúan en la “Escala de Brazelton”, como los sistema regulador del estado del recién nacido y el sistema social interactivo.

Trabajó sobre la habituación. A partir de la estimulación de la luz, el neonato con déficit visual por lo general presenta una habituación. Sin embargo, frente al estímulo sonoro el recién nacido responde enseguida, pero si el estímulo se mantiene le genera estrés y lo desorganiza. Por ello, es muy importante tratar de evitar los ruidos fuertes. Se le debe hablar muy suave.

Trabajó también sobre la orientación: si al recién nacido se lo estimula mediante el sonido se da vuelta hacia el sitio de donde proviene el sonido hasta el mes de vida. Luego del mes, cuando escucha un sonido, se orienta hacia el otro lado, para focalizar la atención en el sonido. De esa manera, trata de captar lo más que puede. A los 4 meses, mira nuevamente a su mamá. El tono del lactante ciego de un mes es igual al del recién nacido de tres días. Se mueve poco porque su movimiento puede enmascarar los ruidos.

Otras características del niño ciego

Se plantea que los niños ciegos no adquieren un ritmo circadiano sueño-vigilia. Esto está determinado por su limitación para ver la luz. Suele suceder que como en la noche hay silencio, y todo está más tranquilo, los niños ciegos se encuentren más reactivos. Se debe trabajar con ellos para ayudarlos a adquirir ese ritmo, a pesar de su limitación.

Debido a su déficit sensorial, los niños ciegos pueden presentar alteraciones del comportamiento y/o de la personalidad. La docente expuso que en estudios realizados por ella en

1992 observó que algunos niños ciegos presentan falta de motivación por explorar el mundo exterior y necesitan continuamente de un “yo auxiliar” que los impulse a realizar o decir cualquier acción. Se debe estar atentos para que no generen un pseudo-yo. Una de las tareas en el trabajo con ellos es ayudarlos para que puedan ir definiendo su propio yo. En ocasiones el niño ciego puede usar a la otra persona como un objeto y generar un monólogo en la comunicación con el otro. La docente destacó que en estudios realizados por Fraiberg en 1971 se concluyó que 60% de niños ciegos presentaban problemas del comportamiento y de personalidad y 20% podrían padecer psicosis. El recién nacido ciego busca el vínculo con el adulto, pero después toma distancia. El adulto no debe dejar de aproximarse y tocarlo, para evitar los trastornos antes mencionados. La “consolabilidad” por parte del adulto es muy importante y en general el niño ciego se auto-tranquiliza. La docente destacó la importancia de generar un vínculo adecuado y una afectividad acorde. También la importancia del contacto con la madre, los abrazos y el ritmo suave del habla.

Con los niños ciegos también se debe trabajar el conocimiento del espacio exterior que los ayudará en las destrezas motoras y la locomoción.

El lenguaje del niño ciego tiene ciertas características como estereotipias y “blindismos”. Los “blindismos” más frecuentes son tocarse los ojos con las manos y el balanceo.

La docente expuso una clasificación de las estereotipias:

1) Estereotipias de evolución: movimientos estereotipados como movimientos de piernas, balanceo que en los videntes son transitorios, pero en los niños ciegos se pueden transformar en permanentes.

- 2) Movimientos parásitos: descargas motoras encadenadas, que responden a una acción principal. Por ejemplo, cuando están excitados pueden realizar aleteo de manos, balanceo.
- 3) Estereotipias sociales: comportamientos rígidos y limitados. Conductas generadas con la interacción social como el aleteo de las manos.
- 4) Estereotipias en forma de blindismo: son movimientos que se presentan sobre todo cuando el niño tendría que fijar la mirada para ver, por ejemplo, se toca los ojos. Estereotipias en forma de lenguaje: repetición automática de palabras o frases muy cortas sin esperar respuestas.
- 5) Estereotipias auto- sensoriales: conductas auto-estimulantes. Dificultades con el contacto sensorial con la realidad. Esa desconexión con la realidad se debe trabajar mediante la contención. En los ciegos esto puede determinar un autismo secundario. Cuando el niño tiene 4-5 años, se le comienza a enseñar las conductas sociales propias de las personas videntes.

La docente mencionó los tres tipos de temperamentos de los niños. Uno es el niño con temperamento adaptable, se adapta a las situaciones nuevas y el tutor empatiza fácilmente con él. En segundo lugar está el niño con temperamento observador, es cauteloso ante situaciones nuevas y, si se le aplica la “Escala de Brazelton”, necesita un tiempo de adaptación. Por último, el niño con temperamento activo presenta un ritmo más anárquico, en este caso el adulto tiene que ser más flexible. La anticipación de lo que va a ocurrir por parte del adulto resulta importante para los niños con temperamento observador y de temperamento activo.

La comunicación verbal hacia los niños ciegos debe ser con tono de voz bajo, entre 20-30 decibeles. La modulación resulta importante, porque los bebés ciegos son hipersensibles a los ruidos.

La docente mostró los materiales que son utilizados para la estimulación visual en los niños con déficit visual o riesgo de padecerlo. Éstos son pensados según su forma, color contraste, tamaño y movimiento. Son presentados al niño individualmente o combinados dos o más según la etapa en que éste se encuentre.

La docente comentó el caso de los niños con albinismo ocular, que presentan nistagmos. Estos niños acercan mucho los objetos para magnificar la imagen, porque la visión es borrosa. Hay un punto en que ese movimientos de los ojos se detiene, es el punto 0. A partir de los 9 meses se produce la maduración cortical para lograr el punto 0.

Déficit visual y familia

José Antonio España sostuvo que en la atención específica del niño con déficit visual juega un rol fundamental la atención y la orientación a la familia (padres hermanos, tíos y abuelos). Eso se realiza al inicio y durante las distintas etapas de la intervención. El objetivo principal de esa intervención es transmitir la idea de que los principales educadores de estos niños son la familia. Los padres pasan por distintos momentos. Primero necesitan entender que su hijo tiene un problema y demandan toda la información posible, después, deben comprender que el desarrollo no será igual al resto de los niños. Además, hay que orientarlos sobre las características que deben reunir los centros educativos donde su hijo va a concurrir. En todo el proceso, resultan de particular importancia todos los técnicos que los acompañen. Resulta importante que se los escuche, acompañe, incluya y especialmente que se sea muy respetuoso y se los contenga. Asimismo Leonhardt enfatizó también como los profesionales que trabajan con niños con déficit visual deben conocer, y promover, las funciones emocionales que deben cumplir los adultos que tienen a su cargo a los niños. Éstas son: empatía, esperanza, contención de la

ansiedad y ayudar a pensar. Los padres requieren al principio de una atención individualizada con un especialista en déficit visual. Después, por lo general, pueden formar parte de un grupo de padres con niños con déficit visual. La participación en estos grupos resulta muy enriquecedora.

A partir de la exposición de un caso clínico, Leonhardt fue explicando los elementos que se tienen que tener en cuenta al entrar en contacto con padres que han tenido un hijo con déficit visual. El especialista que trabaja con niños ciegos y su familia debe empatizar con la nueva situación que están atravesando y la necesaria reorganización familiar. Se analizaron las etapas del duelo generado cuando los padres se enfrentan a una situación no esperada. Se repasaron las etapas: shock, culpabilización, adaptación y finalmente aceptación. La docente refirió que por lo general no llegan a aceptar el déficit visual que presenta el niño, sino que se adaptan a la nueva situación.

Reflexión personal del módulo 8

La visión es el sentido que ofrece más información acerca de lo que sucede en el entorno. Si un niño no aprende a conocer y explorar el mundo exterior, va a presentar un compromiso en su desarrollo intelectual y su personalidad. Entre los dos y tres años de la vida se produce la mayor plasticidad cerebral. El profesional que trabaja en atención temprana, debe conocer que el desarrollo de un niño ciego mantiene la secuencia en cuanto al orden de adquisición de las conductas en las distintas áreas, pero a un ritmo más lento. Además debe conocer que el niño ciego presenta el riesgo de padecer alteraciones del comportamiento, personalidad e incluso enfermedades psiquiátricas más complejas, como una psicosis. Eso va a estar potenciado por el desconocimiento de las familias, técnicos y profesionales que los acompañen en su desarrollo, de

sus necesidades, si no se han formado en la temática. También en este caso resulta muy importante el trabajo con los niños y sus familias desde los primeras semana de vida.

Vinculado con lo expuesto, es necesario saber que el diagnóstico debe realizarse antes de los 4 meses, porque ese es un tiempo crítico para que se produzca la maduración de la vía visual. Existe un tiempo que se conoce como sensible, que permitirá adquirir algunas de las funciones visuales pero no todas. El pronóstico de los niños con trastornos del desarrollo, independientemente del que tipo presente, se encuentra fuertemente condicionado por el momento de su detección y por la calidad de las intervenciones.

Módulo 9. Intervención en niños con trastornos del desarrollo, escuela y familia

En este módulo se integra lo trabajado por 5 docentes sobre niños con trastornos del desarrollo, que implican funciones cognitivas complejas como los trastornos en proceso de adquisición del lenguaje, dislexia, trastornos globales del desarrollo y por déficit atencional y/o hiperactividad. Los temas abordados fueron: detección temprana de problemas del lenguaje (docente: Antonia González), dificultades específicas del lenguaje (docente; Ariel Cuadro), trastornos globales del desarrollo y trastornos del Espectro Autista (docente María Mercedes González). ¿Qué es el TDAH? ¿Cómo detectarlo, evaluarlo y tratarlo? (docentes: Juan Fº Romero Pérez y Rocío Lavigne Cerván)

Detección temprana de problemas del lenguaje. Docente Antonia González Cuenca

Antonia González destacó que el lenguaje es un proceso aprendido, a diferencia de la comunicación que es un proceso innato. Para adquirir el lenguaje se necesita de los genes, un

sistema fono articulatorio adecuado y un entorno social. Se refirió a dos corrientes sobre esta temática: el innatismo e interaccionismo y las diferencias entre ambas. La primera asevera que la adquisición del lenguaje sería un proceso innato y genéticamente programado. Independiente de otras áreas del desarrollo y que el input solo es necesario para activar el lenguaje. El interaccionismo por el contrario, vincula la adquisición del lenguaje a factores genéticos, biológicos y sociales. Lo asocia a otras áreas del desarrollo y destaca la importancia del input en la calidad del lenguaje.

Comentó además que, para que se desarrolle el lenguaje, se tienen que haber adquirido los prerequisites lingüísticos. En la etapa prelingüística, existen dos tipos de recursos: presimbólicos y simbólicos. Los recursos presimbólicos por lo general se adquieren entre los 9 y 12 meses de edad. Éstos no tienen un significado propio, requieren de interpretación y contexto. Ejemplos de gestos pre simbólicos son dar, pedir, mostrar e indicar o señalar con el dedo. Estos serían gestos pre lingüísticos que sustituyen a la denominación de objetos. Las vocalizaciones como llamar la atención y acompañar a los gestos, el balbuceo canónico o reduplicado (tata, mamama) y la jerga (alternar consonantes y vocales), con cambio de consonantes, pero con entonación que le aporta un componente comunicativo, son ejemplos de recursos pre simbólicos. Los recursos simbólicos se adquieren después de los 12 meses. Los gestos simbólicos son las rutinas comunicativas que los padres enseñan a sus hijos como aplaudir si el niño hizo las cosas bien, hacer adiós, imitación en directo y en diferido, juego con o sin objetos y palabra etiqueta. La palabra etiqueta es una palabra presentacional no representacional, porque existe en relación a un objeto determinado que el niño está observando. La palabra etiqueta se sobreextiende y se sobre restringe. Se sobreextiende cuando se aplica una palabra a mas referentes de lo que corresponde y sobre restringe cuando se utiliza una palabra para un objeto determinado. Los

niños pueden sobrestender la palabra hasta los tres o cuatro años. Otros ejemplos de recursos simbólicos son la mueca que hace el niño cuando quiere comer, la jerga con significado y el juego simbólico. La jerga simbólica, o lenguaje egocéntrico, se manifiesta cuando los niños hablan a sus juguetes sin intención comunicativa, sin esperar respuesta. El juego simbólico puede manifestarse con objeto y sin objeto. En este caso lo que importa es la relación de lo que el niño hace con lo que significa.

La etapa lingüística comienza a los 18 meses y se extiende hasta los 7 años. A los 7 años se alcanza un nivel de lenguaje suficiente y completo. Esta etapa comprende el desarrollo fonológico, morfosintáctico y la etapa de adquisición del significado. La adquisición de los recursos fonológicos tiene precursores que son las vocalizaciones, balbuceos, ecolalias, reduplicación y jerga. En esta etapa existen errores comunes que son frecuentes a los tres años pero que deben no existir a la edad de los seis años. Estos son los procesos de sustitución y asimilación. La docente destacó que si los errores en la fonología se prolongan en el tiempo puede deberse a inmadurez articulatoria por problemas en la praxia o retraso mental, como es el síndrome de Down. Además existen errores fonológicos atípicos y consistentes como la disartria y la diglosia que no están presente en un niño con desarrollo normal. La disartria es determinada por una lesión cerebral que afecta la articulación de las palabras. El disártrico discrimina, por ese motivo puede escribir bien porque tiene buena percepción fonológica. La diglosia puede estar determinada por el frenillo, macroglosia, queilopalatosquisis, etc. En ese caso, se altera la articulación por un problema en el órgano articulatorio.

El desarrollo morfosintáctico comienza a manifestarse entre los 12 y los 18 meses con la adquisición de la holofrase, pre sintaxis y frases hechas y después se adquieren las frases telegráficas y la sobrerregulación. Los errores en la morfosintaxis consistente o atípica es cuando

la holofrase, frase telegráfica y/o la sobrerregulación se prolongan en el tiempo. En estos casos se debe descartar que se trate de un retraso madurativo del lenguaje, retraso cognitivo o deficiencia auditiva grave.

Los errores atípicos del lenguaje se manifiestan por desórdenes en la estructura de la oración. Se trata de una disfasia o trastorno específico del lenguaje (TEL), sin una lesión neurológica evidente. Presentan problemas de procesamiento de la información, errores en la estructura de la sílaba, oraciones telegráficas, uso de protoartículo (a coche), errores fonológicos y en la sintaxis. En esos casos, se encuentra afectado el componente gramatical.

Por último explico la etapa de adquisición del significado: En el primer año las palabras se relacionan con el objeto y vinculados al contexto. Entre el segundo y tercer año, aparecen los conceptos la palabra, se desprende del objeto y es porque hay representación, palabras que tienen significado. A partir de los 4 y hasta los 7 años, se desarrolla la taxonomía, la capacidad de categorizar, distinguir sinónimos, antónimos y polisemia.

La docente explicó además que significa el sistema de apoyo a la adquisición del lenguaje. Éste contiene el estilo materno y los formatos de interacción. El estilo materno es la forma de comunicarse e interactuar de la madre con el niño. Este es de una manera entonada, lenta, pausada, con pronunciación adecuada, tono agudo. Si resulta compleja se va a transmitir más lento. Los formatos de interacción pueden ser de acción conjunta o atención conjunta. Los formatos de acción conjunta se caracterizan por ser repetitivos, contingentes (hay un diálogo, se relaciona una cosa con la otra) y asimétricos (uno de los dos dirige la interacción y “andamiaje”). La madre debe manejarse en un lenguaje que se ajuste a la “zona de desarrollo próximo”. Para que se cumpla con los criterios de formato de acción conjunta, es muy importante que esté

presente el andamiaje. Vigotsky (1978), definió al andamiaje como la cesión, y traspaso progresivo, del control y la responsabilidad, la madre debe ser entonces un mediador competente. En el formato de atención habría atención conjunta pero no interacción. Las diferencias entre los distintos estilos maternos dependen del vínculo de apego y del conocimiento que la madre tenga sobre el desarrollo del niño.

Dificultades específicas del lenguaje. Docente Ariel Cuadro

El docente comenzó la ponencia definiendo lenguaje como una función cognitiva de carácter biológico que se aprende de forma natural y es adaptativo. Se compone de unidades lingüísticas combinadas, según reglas que operan en distintos niveles.

El lenguaje tiene varias funciones comunicacional y capacidad de atención voluntaria. La función comunicacional es la vía de comunicación humana a través de la cual se comparten ideas, información, emociones y creencias. Vigotsky (1978) enfatiza el contexto social y la interacción para que se produzca el lenguaje. El mismo autor refiere que sin interacción puede generarse un retardo mental profundo. La capacidad de atención voluntaria: no lo pueden hacer los animales. Esto es porque generamos estructuras simbólicas en el entorno socio histórico cultural. El mediador principal del lenguaje es la interacción madre-hijo-tutor. El lenguaje genera cultura.

El proceso de adquisición del lenguaje es una función cognitiva y tiene un periodo crítico hasta los 6-7 años.

El lenguaje escrito es una actividad cognitiva compleja que intervienen muchos procesos y que supone el desarrollo del lenguaje oral, no hay lenguaje escrito si no hay lenguaje oral. La calidad del lenguaje oral se relaciona con el lenguaje escrito.

El sistema escrito depende de un sistema explícito y no de una estructura especializada cerebral. Hay que especializar estructuras cerebrales orales y el sistema visual. Asimismo se activan y generan conexiones sinápticas que se van a especializar en el lenguaje escrito gracias a la neuroplasticidad. La disfunción del sistema de conexiones a nivel cerebral lleva entre otros trastornos a la dislexia, determinando un procesamiento lento a nivel frontal(Cuadro, 2015).

La lectura es una actividad cognitiva compleja. El conocimiento que hoy se tiene del proceso de adquisición de la lectura y las dificultades que pueden surgir en su aprendizaje, se ha nutrido de los aportes de la psicología y neuropsicología. En la lectura se ponen en juego diferentes procesos, la identificación de las letras, transformarlas en sonido, construir una representación fonológica de la palabra, acceder a los múltiples significados de esta, seleccionar un significado apropiado al contexto, dar un valor sintáctico a cada palabra, construir el significado de la frase, integrar el significado de esa frase para elaborar el sentido global del texto y realizar inferencias. La precisión y fluidez en la lectura mejora la comprensión.

Los niños tienen que automatizar el reconocimiento de palabras para tener una lectura precisa y fluida. A través de la memoria de trabajo y la comprensión de la lectura hay un acceso más rápido a la automatización. La automatización se adquiere con las prácticas de lectura sistemática y sucesiva. La fluidez en la lectura implica velocidad, precisión y prosodia. La lectura prosódica hace referencia a la lectura expresiva con pausas, acentos, entonación, además

de una adecuada segmentación de las frases en sintagmas con significado. Entonces una lectura precisa y fluida permite la comprensión de la misma.

El proceso de la lectura depende del reconocimiento de palabras, transformación de grafema-fonema, decodificación y se genera el lexicón ortográfico (memoria a largo plazo), que me permite el reconocimiento del texto globalmente. El docente comentó las dos vías de acceso a la lectura, la vía directa y la vía indirecta. En la vía directa no hay necesidad a aplicar las reglas de ensamblaje (reconocimiento de palabras, decodificación de grafema en fonema), porque se produce el reconocimiento de la palabra a través del lexicón ortográfico. Un lector experto, usa la vía directa e indirecta. En el caso de las palabras que no conoce recurre a la vía indirecta. Cuanto más se ejercita la lectura, más léxico ortográfico se adquiere y se lee con mayor fluidez, precisión y prosodia.

Es de destacar que la conciencia fonológica prelectora mejora con la lectura y esta última mejora la metafonología. Cuando el niño comienza a leer mejoran sus habilidades metafonológicas porque existe una relación bidireccional

La dislexia en Uruguay tiene una incidencia de 17-18%. Los niños disléxicos tienen entre un 75% a 80% de antecedentes familiares (Cuadro, 2015).

El disléxico tiene un déficit en la conciencia fonológica. La conciencia fonológica, es la sensibilidad para reconocer los distintos sonidos del habla. Esta permite la decodificación de fonemas en grafema, silabas, reconocimiento de palabras y el léxico ortográfico. El disléxico puede presentar además dificultades en la recuperación de la información (memoria a largo plazo) y es más lento en la velocidad de nominación. Las dificultades en el reconocimiento de la

palabra escrita van a repercutir secundariamente en la comprensión de la lectura. El disléxico puede tener dificultades en la discriminación visual.

Los errores específicos que cometen los niños disléxicos son omisiones, sustituciones, alteraciones, inversiones, agregados, conglomerados, fragmentación. Como ya se comentó, el niño disléxico tiene un déficit en la conciencia fonológica. La conciencia fonológica es entrenarle y tratado precozmente mejora el pronóstico. Es importante estar atentos a los signos de alarma en la etapa prelectora o en las primeras etapas del aprendizaje de la lectura porque la intervención precoz mejora el pronóstico.

Trastornos globales del desarrollo. Trastorno del Espectro Autista. Docente María Mercedes González Sánchez

La palabra autismo surge por primera vez en 1911. Un psiquiatra llamado Bleuler describió pacientes esquizofrénicos con conductas peculiares. En 1943, Leo Kaner empleó el término para describir a 11 niños con alteraciones conductuales similares. Más adelante Wing y Gold incluyeron algunos niños bajo la denominación de “espectro autista” y describieron sus características clínicas centrales, que denominaron tríada de Wing (Muños-Yunta et al., 2003).

El manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, revisado 4ª edición (DSM-IV-R2000), incluyó dentro de la definición del trastorno generalizado del desarrollo: al autismo, síndrome de Asperger, trastorno generalizado del desarrollo no especificado, trastorno desintegrativo de la infancia y síndrome de Rett.

En mayo del 2013 se publicó el DSM-V que introduce el concepto “el trastorno del espectro autista”, bajo esta denominación se incluye a los pacientes con diagnóstico según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo. Luego, según

la misma publicación, se debe especificar si tienen déficit cognitivo, o no; asocian una alteración o no del lenguaje; presentan alguna enfermedad médica o genética; están asociados, o no; a otro trastorno del desarrollo; mental o del comportamiento y si presentan o no catatonía.

El DSMV los divide como trastornos del espectro autista, según su grado de gravedad. Dependiendo de la necesidad de ayuda que presenten en la comunicación social y en los comportamientos restringidos y repetitivos. Los clasifica en Grado 1 “necesidad de ayuda”, Grado 2,” necesidad de ayuda notable “y Grado 3 “necesidad de ayuda muy notable”.

La incidencia exacta no se conoce. Se plantea 4-5cada 10000 personas, más frecuente en varones. Puede afectar a cualquier familia, etnia, nivel socioeconómico y cultura. A excepción del síndrome de Rett, no se ha identificado una base biológica (Díez et al., 2005).

En cuanto a la etiología del autismo se describe su base genética, aunque también se le vinculan factores ambientales (Ruggieri, 2011). Dentro de las causas genéticas se describen asociado al síndrome de X Frágil. Un 4 a 6 % de los niños con autismo presentan un Síndrome de X frágil, e inversamente la mayoría de los niños con Síndrome de X frágil tienen los síntomas de autismo (Artigas, Gabau & Guitart, 2005). Otros síndromes genéticos que además de los síntomas que los definen pueden presentar clínica de autismo son: Síndrome de Prader Willi, de Angelman, de Williamns, de Rett, de Appert, etc (Artigas, Gabau & Guitart, 2005). Dado la variedad de enfermedades genéticas que pueden presentar síntomas de autismo, es prioritario undiagnóstico adecuado, para realizar un abordaje integral, conocer la probable evolución, eventuales complicaciones y además para realizar asesoramiento genético (Artigas et al.,2005).

Éstos niños presentan, compromiso en la interacción social, intereses restringidos con conductas repetitivas y trastornos en el desarrollo del lenguaje. (Batlle et al., 2013)

El diagnóstico de los niños con trastornos del espectro autista es de sospecha clínica, en primera instancia. Por este motivo, resulta imprescindible el reconocimiento de los retardos y o desvíos del desarrollo sicomotor lo más precozmente posible. No hay un marcador de laboratorio ni de imagen específico para el diagnóstico (Díez et al, 2005).

Las herramientas diagnósticas de referencia son el Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) y Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS), que deben ser aplicados por profesionales expertos en niños con autismo. El ADI-R, es una entrevista estructurada que se realiza a los padres de los niños con trastornos del espectro autista. El ADOS permite una evaluación y diagnóstico de los niños TEA. Puede ser usado, en niños de distintas edades, nivel cognitivo mayor de dos años. Se trata de una evaluación estandarizada y semiestructurada de la comunicación, interacción social y el juego o el uso imaginativo de materiales.

La docente expuso herramientas que pueden usarse para trabajar con estos niños, destacó los pictogramas y agendas visuales. El pictograma es una herramienta que pueden emplear padres y/o cuidador para que el niño pueda identificar y comprender los acontecimientos importantes del día. Se usa para ir anticipando al niño, las distintas actividades diarias que va a realizar. Además puede servir para que el niño pueda entender normas y conductas adecuadas en situaciones determinadas como por ejemplo no gritar, no se pega, no quitarse la ropa en público, etc. De acuerdo esté trabajando con él para lograr una mayor autonomía, se puede realizar una secuencia de los distintos momentos de alguna actividad en particular. Por ejemplo del aseo al levantarse. Los pictogramas se pueden organizar en fichas plastificadas de las distintas actividades de cada día colocadas en un rulo o espiral, sobre fieltro en muebles o en la pared.

La docente hizo referencia a las aulas y método de aprendizaje TEACHH. Expuso las características y ventajas de método.

¿Qué es el TDAH? ¿Cómo detectarlo, evaluarlo y tratarlo? Docentes Juan Francisco Romero Pérez y Rocío Lavigne Cerván

El TDA/H es un trastorno crónico. Se plantean varias hipótesis para explicar su etiología. La hipótesis neuroanatómica y funcional se fundamenta en diversos estudios de neuroimagen y funcionales. Plantea que habría una menor actividad funcional y menor reactividad a distintos estímulos en distintas áreas del sistema nervioso central, como el área prefrontal, ganglios basales cerebrales (caudado y pálido), cerebelo, amígdala y formación reticular. La hipótesis genética, se fundamenta en el coeficiente de heredabilidad, de 0.8-0.9, y en que más del 50% de los hijos de padres con TDH tienen probabilidad de heredar el trastorno. Los genes implicados son el DAT1 (gen transportador de dopamina) y DRD4 (gen de receptor 4 de la dopamina). La hipótesis neuroquímica sostiene la existencia de una disfunción de circuitos frontoestriados, mediados por neurotransmisores, dopamina y noradrenalina, que originarían un déficit cognitivo de las funciones ejecutivas. Por último las teorías neuropsicológicas plantean diversas hipótesis, una de ellas sostiene que las dificultades que presentan estos niños presentan en la organización, planificación, control de impulsos y mantenimiento de tareas se explicaría por el déficit en las funciones ejecutivas. Otra teoría es el trastorno de la inhibición conductual. Esta inhibición bloquearía las respuestas motoras inmediatas, dando tiempo a que operen efectivamente las funciones ejecutivas, fenómeno que no ocurriría en los niños con TDAH.

La prevalencia del TDHA es un 4-8%. Es más frecuente en niños que en niñas, con una relación de 6 a 4 respectivamente. Estos niños presentan una incapacidad de mantener la

atención sostenida, cuanto más rutinaria y/o compleja sea la actividad más dificultades presentarán. Presentan dificultades para cumplir tareas con procesamiento secuencial, o para dar respuestas a dos actividades al mismo tiempo. Sin embargo en actividades de su interés, puede incrementarse su nivel de atención. De ahí que los padres y/o profesores pueden pensar que el niño se distrae por falta de motivación. Asimismo son niños que presentan dificultades para terminar tareas o juegos y constantemente pierden las cosas que necesitan(Lavigne & Romero, 2015).

Otra de sus características es la un fracaso del control de la impulsividad. Tienen alta tasa de respuesta por unidad de tiempo y el período de latencia, es decir el tiempo que transcurre entre el estímulo y la respuesta es extremadamente corto. Además la impulsividad se considera polifacética, cognitiva y conductual. Ambas van a incidir en el rendimiento académico, pero solo lo conductual predice problemas de adaptación social. Son niños que no respetan su turno, interrumpen y/o se entrometen. A menudo aun conociendo las normas de la actividad, no las siguen por lo que los padres y/o profesores piensan que no lo hacen porque no quieren.

Además pueden presentar hiperactividad. Ésta se define por una alta tasa de actividad motriz, incontrolada, inapropiada y sin ningún fin concreto. La hiperactividad también se puede manifestar durante el sueño. De las características de los niños con TDA/H la hiperactividad es la que menos repercusiones tiene a largo plazo. Es importante hasta los 11-12 años, pero luego disminuye.

En los niños con TDHA es frecuente la detección de comorbilidades. Un 50% presenta además uno o más trastornos psiquiátricos, como el trastorno oposicionista-desafiante, trastornos

del estado de ánimo y de ansiedad. Otras comorbilidades que se diagnostican son la dislexia, discalculia, trastornos del lenguaje oral y escrito, torpeza motriz y síndrome de Gilles de Tourette.

El proceso de evaluación de los niños con este trastorno comienza con el análisis de la demanda, que se apoya en dos fuentes: la información obtenida por quién realiza la demanda (padres y/o profesores) y el llenado de un cuestionario, con los síntomas que caracterizan a este trastorno (protocolo de detección). De acuerdo a la información obtenida de los padres y profesores, y una vez aplicada un protocolo de detección podemos, se formula una hipótesis de trabajo. Una vez planteada se debe avanzar en el análisis, realizando cuestionarios específicos para padres y profesores. Actualmente, se aplican los criterios diagnóstico del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-5). Éste define al Trastorno por Déficit Atencional/o Hiperactividad-impulsividad (TDAH) enmarcado dentro de los trastornos del desarrollo neurológico, y se define como:

Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo. Los síntomas deben persistir durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales. Varios de los síntomas del niño: familia, escuela, con los amigos o parientes de hiperactividad/inatención deben estar presentes en 2 o más contextos del entorno. (p.59)

El DSMV, clasifica los niños con TDHA en predominantemente hiperactivo, predominantemente desatento y combinado

Los docentes hicieron referencia a un tipo que no está definido en el Manual es el caso del niño que presenta un “tiempo cognitivo lento”, que puede tratarse de un tipo de TDAH o de un

trastorno aparte. Los niños con tempo cognitivo lento presentan desatención o falta de concentración, son distraídos, sueñan despiertos, tienen una respuesta reducida a los estímulos y se confunden fácilmente. A diferencia de otros niños con TDAH, no son hiperactivos ni presentan déficit en la inhibición de impulsos, sino que son lentos (Barkley, 2009).

Un tercer paso en la evaluación, son pruebas específicas al niño que incluye la valoración con neuropediatra y escalas y técnicas de evaluación, que permite la detección del compromiso de las funciones ejecutivas, trastornos en la atención, nivel cognitivo y detección de posibles comorbilidades. Para elaborar una propuesta de intervención se requiere de un diagnóstico adecuado e identificación de posibles comorbilidades.

El abordaje terapéutico debe ser multidisciplinar, implicando tratamientos: psicológicos, psicoeducativo y médico. Las intervenciones psicológicas incluyen una intervención individual y abordajes, y orientación, a la familia y en el centro educativo. Con el tratamiento psicoeducativo se pretende enseñar técnicas que mejor en los distintos procesos del sistema ejecutivo como atención, memoria de trabajo, autorregulación etc. Esto incidirá en un mejor rendimiento académico y relaciones sociales (Lavigne & Romero, 2015).

En cuanto al tratamiento médico, el fármaco de primera línea en el tratamiento del TDAH es el Metilfenidato. El Metilfenidato es un estimulante del Sistema Nervioso Central, su modo de acción no está completamente aclarado, planteándose que determina una estimulación cortical y del sistema de activación reticular (Taketomo, Hodding & Kraus, 2009). Algunos efectos colaterales de su administración son el insomnio, falta de apetito y cefaleas. Éstos son transitorios y no está indicado suspender su uso. El uso está contraindicado en los niños hipertensos o con una cardiopatía. (Taketomo et al., 2009). Si el tratamiento con metilfenidato

fracasa, se puede emplear la atomoxetina, que es un inhibidor de la receptación de la noradrenalina. Sus efectos colaterales más frecuentes son la sequedad bucal, náuseas, vómitos, pérdida de peso y dolor abdominal. Actualmente, hay otros fármacos que se están usando en España, como derivados de las anfetaminas y de clonidina.

Reflexión personal del módulo 9

En este módulo he trabajado sobre dificultades específicas o primarias que presentan una importante incidencia. En un aula de 25 alumnos, 1 de ellos podría presentar TDAH y 3 podrían presentar trastornos en la lecto-escritura. Esas dificultades, se manifiestan fuertemente en el ámbito escolar, y repercuten en el contexto familiar. Cuando los diagnósticos se dilatan en el tiempo, crece el componente emocional que acompaña a las dificultades, y el niño sus docentes y familia pierden confianza en su potencial cognitivo. Para los docentes los alumnos con necesidades educativas especiales son un desafío, que se incrementa cuando no hay diagnóstico. Un aspecto a trabajar sería la formación de los docentes para que puedan identificar las señales que lleven a una consulta. En nuestro país, no se cuenta con equipos psicopedagógicos en todas las escuelas del país, por ese motivo, mucha de esa consulta recae en el pediatra. Por ese motivo desde nuestra disciplina debemos tener la formación como para detectar lo antes posible el retraso o el desvío en la adquisición de las distintas áreas del desarrollo infantil. Para evitar el sufrimiento de los niños y sus familias, la intervención interdisciplinar debe comenzar precozmente, aunque no se tenga aún un diagnóstico etiológico. La articulación o la coordinación de los distintos actores: profesionales, familia y educado resulta imprescindible para el éxito en la intervención. El pronóstico de los niños con trastornos del desarrollo va a estar

fuertemente condicionado por el momento de la detección, la calidad de las intervenciones que se realicen y la confianza que tengan docentes y familia acerca del potencial de los alumnos.

Módulo 10. Intervención en niños con carencias afectivas y enfermedades raras, familia y escuela

En este módulo se integra lo trabajado en dos oportunidades por una docente María del Mar Castañeda sobre los trastornos del desarrollo que pueden determinar algunas enfermedades raras, carencias afectivas y/o maltrato infantil. Los temas abordados fueron: definición, diagnóstico e intervención familiar en niños con enfermedades raras e intervención en niños con carencias afectivas y déficit socio ambiental.

Definición, diagnóstico e intervención familiar en niños con enfermedades raras. Docente María de Mar Castañeda Carrasco

La docente definió las enfermedades raras, según la Unión Europea. Se trata de enfermedades que presentan peligro de muerte o de invalidez crónica. El 6 a 8% de la población mundial padece enfermedades raras. Su prevalencia es variable en los distintos países. En España es de 5 casos por cada 10000 habitantes, EEUU 1 cada 1500, Japón 1 por cada 2500 y Uruguay 1 cada 2000 habitantes.

En la actualidad existen de 5 mil a 7 mil enfermedades raras, de las cuales 80% son de origen genético. Éstas se caracterizan por ser crónicas y la mayor parte degenerativas. Uno de cada tres casos, presenta discapacidad en la autonomía, debido a déficit motor, sensorial y/o intelectual. El pronóstico vital es grave, produciéndose un 35% de muertes antes del año de vida, 10% entre el año y los 5 años y 12 % entre los 5 y los 15.

Las manifestaciones clínicas varían de enfermedad a enfermedad y pueden haber diferentes formas de presentación clínica dentro de una misma enfermedad. Asimismo, diferentes enfermedades pueden tener características sindromáticas similares.

Se clasifican en enfermedades neurológicas (neurogenéticas, neurodegenerativas, neuromusculares), metabólicas, respiratorias, cardiovasculares, inmunológicas, endocrinas, óseas, conectivopatías, inmunodeficiencias, sensoriales, dermatológicas, del sistema genitourinaria y otras.

Para arribar a un diagnóstico de enfermedad rara, el profesional de atención temprana necesita realizar una adecuada entrevista inicial -con la obtención de toda la información necesaria (antecedentes familiares, personales perinatales patológicos, diagnósticos ya realizados), observación directa y la aplicación de distintas pruebas o test. En la observación directa del niño o niña, se debe prestar atención a los rasgos fenotípicos y conductuales. Asimismo se debe valorar el desarrollo a través de la observación directa y aplicar pruebas de *screening* y diagnósticas. Los profesionales de atención temprana pueden hacer el diagnóstico presuntivo que un niño, o niña, presenta determinada enfermedad rara. En ese caso debe solicitar que el pediatra, neuropediatra y /o genetista confirme o descarte determinado diagnóstico, de ser necesario éstos realizan las pruebas necesarias.

La docente nos informó que para realizar un diagnóstico presuntivo de enfermedad rara de origen genético, nos podemos apoyar en distintos libros y buscadores online. Entre ellos destacó el atlas de síndromes pediátricos y buscadores de síndromes raros como OMIN, Web London Data Base, etc.

El diagnóstico definitivo puede requerir de la realización de estudios de imagen, como la resonancia nuclear magnética y estudios genéticos como cariotipo de alta resolución, MLPA de regiones subtelómericas, secuenciación completa del gen y/o CGH. Array o ARRAYCGH, de la máxima resolución posible.

La intervención con la familia del niño que padece una enfermedad rara, comienza cuando se presenta la sospecha y se solicitan las pruebas anteriormente mencionadas, de valoración del desarrollo, así como los otros estudios que se necesiten para confirmar el diagnóstico. Confirmado el diagnóstico de la enfermedad que padece el niño, es fundamental obtener toda la información posible acerca de la etiología, pronóstico y posibilidades terapéuticas. De tratarse de una enfermedad de transmisión genética es importante la coordinación con el genetista, para un adecuado asesoramiento genético. La familia suele pasar por un proceso de aceptación y adaptación a la enfermedad que padece el niño. Estas etapas son aturdimiento, shock e incredulidad, periodo de negación, luego de negociación y finalmente reconocen la individualidad y la heterogeneidad de cada ser humano. No todas las familias pasan por todas las etapas y algunas no llegan a la última.

La docente destacó la importancia del trabajo grupal y mencionó y definió los grupos de ayuda mutua, de apoyo y de acogida. Destacó que investigaciones actuales confirman lo que ya había investigado Spira y Spiegelen en 1993 que las variables psicosociales tienen efecto sobre la incidencia, progresión y mortalidad de los distintos cuadros médicos. Mencionó además los efectos positivos del trabajo grupal con el niño y su familia.

La ponente también nos dio a conocer el protocolo EPICEE. Esta es una sigla que significa entorno, percepción del paciente, invitación, comunicar, empatía y estrategia respectivamente. Es

un modelo que los profesionales en atención temprana usan en muchos países para transmitir malas noticias, como comunicar a la familia de un niño su padecimiento de una enfermedad rara.

Intervención en niños con carencias afectivas y déficit socio ambiental. Docente María del Mar Castañeda Carrasco

Castañeda expuso a que el nivel socioeconómico por sí mismo no es un factor de riesgo del desarrollo del niño. Sin embargo padres, mujeres embarazadas y/o niños en ambientes empobrecidos cuyas necesidades (nutricionales o de salud) no están satisfechas, presentan un mayor riesgo de tener hijos con bajo coeficiente intelectual y descendido rendimiento académico.

Castañeda destacó asimismo que familias que provienen de un buen nivel socioeconómico pueden tener hijos con un desarrollo inadecuado si no hay un vínculo y pautas de crianza acorde entre los padres y el niño.

De acuerdo al Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (revisado 4ª edición) algunas situaciones (hospitalización prolongada del niño, ambientes muy empobrecidos, situaciones de abandono, maltrato, etc.) pueden determinar en el niño un trastorno reactivo a la mala vinculación con sus cuidadores. Estos son tipo inhibido y tipo desinhibido. En el tipo inhibido hay una incapacidad persistente de establecer relaciones sociales acorde al nivel del desarrollo del niño y en el tipo desinhibido hay una sociabilidad indiscriminada con ausencia de selectividad en figuras de vínculos. Sin embargo hay niños que aún en situaciones de crianza patológica igual establecen relaciones sociales y vínculos adecuados.

La docente mencionó cuatro tipos de carencias afectivas: carencias por separación de la madre, depresión anaclítica, carencias por insuficiencia y por distorsión ambiental. Las carencias por separación se refieren a los trastornos del desarrollo y/o conductas inadecuadas que pueden

determinar en un niño (entre los 5 meses y los 2-3 años) la separación de la madre de su hijo por un período mayor a tres meses. Se puede englobar dentro de la depresión anaclítica, a los síntomas generados en un niño debido a un afecto insuficiente por parte de la madre; separación por insuficiencia, cuando hay una presencia insuficiente de la madre con su hijo por ejemplo en una situación de hospitalización y por último carencia por distorsión ambiental, que son situaciones desfavorables socioeconómicas o de escasa estimulación sociocultural. Estas carencias pueden determinar en el niño distintos trastornos y conductas inadecuadas, como alteraciones en el crecimiento, compromiso en las habilidades afectivas y sociales por baja tolerancia a la frustración, ansiedad de separación, actitud pasiva, baja autoestima, agresividad reactiva, trastornos del lenguaje y retraso cognitivo.

La docente además hizo referencia al maltrato infantil y la repercusión en la calidad de vida de los niños afectados. Hay varias formas de clasificar al tipo de maltrato psicológico, físico y social.

Reflexión personal del módulo 10

El profesional en atención temprana puede a partir de la entrevista, observación directa, pruebas aplicadas y dialogo con otros profesionales que asisten al niño detectar si un niño puede presentar una enfermedad rara. Es imprescindible la comunicación con los otros profesionales que realizan el abordaje de la problemática del niño y su familia. En relación al otro punto incluido en este módulo es importante conocer los riesgos biológicos y sociales y la interacción de los mismos como determinantes del desarrollo del niño. Se destaca la importancia del trabajo interdisciplinario, para llegar a un diagnóstico funcional, sindromático y eventualmente etiológico para poder apoyar al núcleo familiar y al niño. El profesional de atención temprana

debe conocer los distintos servicios y estrategias de apoyo individual, grupal y comunitario que puedan acompañar el abordaje integral del niño, familia y su entorno. Estos servicios son de particular importancia para el abordaje de las problemáticas emocionales o sociales que pueden afectar el desarrollo de los niños y niñas.

Módulo 11. Intervención en niños con déficit cognitivo

Niños con Síndrome de Down y sus familias. Docente María del Mar Castañeda Carrasco

El síndrome de Down es la cromosomopatía congénita más frecuente. Clínicamente se caracteriza por hipotonía, retardo mental y fenotipo característico. Se trata de la primera causa congénita de retardo mental. Es importante destacar que además de los rasgos físicos característicos, tienen mayor riesgo de presentar otras anomalías congénitas y predisposición a enfermedades médicas. Las malformaciones congénitas más frecuentes son cardiovasculares y digestivas y dentro de las enfermedades medicas pueden presentar alteraciones endocrinas, infertilidad, diabetes, alteraciones oculares, auditivas, osteoarticulares, hematooncológicas (leucemia), mayor predisposición a presentar infecciones y enfermedades auto inmunes (Sastre et al., 2004).

El niño o niña con Síndrome de Down presenta un retraso cognitivo, por lo que es importantes realizar el seguimiento y una intervención oportuna para favorecer al máximo sus potencialidades. Este déficit cognitivo se sustenta en una base neurobiológica. la alteración genética que presentan estos niños limitan su desarrollo cerebral tanto en lo estructurar como en lo funcional. Estas alteraciones se traducen en distintas áreas del desarrollo: motor, social, lenguaje y cognitivo. Es importante conocer esto último, porque es evidente que aunque se

realice una intervención adecuada, la neuroplasticidad cerebral de estos niños va a estar limitada por la determinante genética del que se traduce en alteraciones cerebrales, como una deficiente formación de neuronas, y posibilidades de crear conexiones sinápticas.

Castañeda hizo referencia a las distintas posibilidades de intervención con estos niños. Se refirió a las distintas alteraciones oro faciales (macroglosia, proyección lingual) y la hipotonía facial. Nos enseñó las distintas posibilidades de estimulación para aumentar el tono facial y trabajar praxias buco linguo faciales. De esta forma estamos apoyando y mejorando la respiración, alimentación y posterior adquisición del lenguaje. Además en estos niños también se debe realizar una intervención integral, trabajando también sobre la hipotonía generalizada. Son niños que por su hipotonía van a presentar un desfase respecto a un niño normal, en relación a la adquisición de las distintas conductas motoras.

En Uruguay desde el año 1986 existe la Asociación Down. Es una entidad privada, sin fines de lucro, que surge de la iniciativa de un grupo de padres y profesionales. Sus objetivos son brindar información, asesoramiento, formación, cursos y actividades para los familiares y niños con el síndrome. En el año 2009 el Ministerio de Salud Pública decretó el uso de un carné de control del niño con Síndrome de Down. Este carné de seguimiento contiene información sobre crecimiento y desarrollo de estos niños.

Reflexión personal del módulo 11

Considero importante el acompañamiento precoz de la familia y del niño con síndrome de Down. De esta manera se podrá realizar un seguimiento y asesoramiento para que el niño pueda desarrollar al máximo todas sus potencialidades.

Si el profesional con formación en desarrollo conoce las características de este síndrome y las intervenciones precoces con el niño y la familia, no solo van a favorecer la adquisición de las distintas habilidades sino también el vínculo con sus padres. Por ende, van a potenciar aún más sus capacidades del niño. Asimismo los profesionales que trabajan con estos niños deben saber transmitir a los padres que existen un desfase en las posibilidades de aprendizaje en relación con los niños con un desarrollo normalizado.

Capítulo 2.

Creación de un Centro de Desarrollo Infantil en Atención Temprana para niños con riesgo biológico de presentar trastornos del desarrollo en una prestadora de salud privada de Uruguay

Introducción

Los prestadores de salud públicos o privados de Uruguay no cuentan con centros especializados para la atención temprana de niños con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos. Esta situación determina, en muchos casos, dificultades en el acceso a evaluaciones tempranas y en el establecimiento de las intervenciones necesarias. En muchos casos, además, se pierde un tiempo valioso entre el momento en que se detectan los primeros signos y el comienzo de los tratamientos. Al considerar esa realidad, se debe tener en cuenta que el pronóstico de los niños con trastornos del desarrollo se encuentra fuertemente condicionado por el momento de la detección y calidad de las intervenciones que se realicen. Por ese motivo la existencia de centros especializados en atención temprana (AT) puede ser considerada como una necesidad evidente para avanzar en una mejora de la atención clínica de los niños que presenten trastornos del desarrollo, o riesgo de padecerlos. En un centro especializado se realizan los diagnósticos, seguimiento y también los tratamientos necesarios.

En este capítulo, luego de relevar información sobre los centros especializados en algunos países de Europa y España se trabaja sobre la situación de la Atención Temprana en Uruguay. Se elige una prestadora privada de salud y se presenta la propuesta de Centro de Diagnóstico y

Tratamiento de Atención Temprana, a partir de un diagnóstico situacional empleando la Matriz FODA.

Antecedentes y marco teórico: Marco contextualizado de la A.T.

La Atención Temprana en Europa.

Belda (s/f) plantea que en algunos países europeos, como en España, la AT está regulada por ley y describe el trabajo en algunos países. En Alemania, se la considera en etapas precoces de la vida y se realiza en centros de atención temprana y a través de quipos de profesionales móviles, que prestan servicios en domicilio y asesoramiento en centros educativos de educación especial. En Francia, se la considera una obligación nacional y se regula por el Código de Salud Pública. Se realiza en forma ambulatoria por un equipo multidisciplinario. En Suecia, la AT se realiza en niños con discapacidad, en servicios médicos dirigidos a niños de 0 a 7 años, centros preescolares y servicios de rehabilitación (Belda, s/f).

La Atención Temprana y su abordaje en España

En España existen centros que trabajan en AT, se denominan Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT). Allí trabaja un grupo de profesionales, que tiene como objetivo detectar y/o tratar a niños con algún trastorno del desarrollo, de tipo físico, psíquico, sensorial o a niños que se encuentren en riesgo biológico, psicológico o social de padecer una alteración del desarrollo. Los profesionales trabajan en forma interdisciplinar o transdisciplinar.

La AT surgió en España hace más de 50 años y ha evolucionado no solo en su definición sino también en la forma de intervención. En los años 70, la intervención se centró en la discapacidad del niño. En los 80, se incorporó el concepto de intervención precoz, es decir, se comenzó a

otorgar importancia a la detección precoz de los trastornos, para mejorar el pronóstico de los niños. La familia y el niño fueron considerados los sujetos de las intervenciones. A partir de los años 90, surgió el concepto de AT y se incorporaron a la prevención primaria y a la detección desde la gestación, los niños con riesgo biológico o ambiental de presentar trastornos del desarrollo. A partir de ese momento, se desarrollaron intervenciones con el niño, familia y su entorno, en el entendido que las experiencias favorecedoras del ambiente pueden modificar o potenciar el desarrollo (Gómez & Viquer, 2007).

En la actualidad uno de los ejes ineludibles del trabajo en AT es encontrar una forma efectiva de integrar a la familia. García, Escorcía, Sánchez, Orcajada & Hernández (2014) sostiene que se debe favorecer un entorno familiar adecuado para facilitar el desarrollo del niño. Los autores desaconsejan que los padres reproduzcan en el hogar la rehabilitación de los técnicos, ya que eso los apartaría de su rol parental. Los padres en cambio deben ofrecer oportunidades de aprendizaje a partir de las rutinas diarias propias del entorno familiar. García et al. (2014) enumeran numerosos trabajos de investigación neurocientífica donde se concluye que los niños aprenden mejor a partir de experiencias reiteradas en el contexto de sus rutinas y actividades diarias. De acuerdo con ese enfoque, McWilliam (2016) sostiene que al trabajar en AT no se puede relegar a las familias al rol de meros observadores, ni ignorar la importancia del contexto diario del niño y sus rutinas para su desarrollo.

La AT tiene como objetivo lograr que, desde un modelo bio-psico-social preventivo y asistencial, se potencie el desarrollo del niño para posibilitar su integración al medio familiar, escolar y social. Ésta ofrece un conjunto de acciones optimizadoras y compensadoras para los niños con trastornos del desarrollo, o con riesgo de padecerlos. Como se ha planteado, en la actualidad la AT considera al niño, familia y entorno como sujetos de una intervención, que debe

ser sostenida en el tiempo para resultar efectiva (Lipina & Segretin, 2015). Se trabaja con los niños de 0 a 6 años porque en ese período de la vida se produce la mayor maduración y plasticidad del sistema nervioso central. Las acciones del medio pueden modificar el cerebro funcional y estructuralmente. Se puede cambiar su organización e incrementar las conexiones sinápticas, para favorecer el mayor desarrollo del niño (Castaño, 2002). De acuerdo con el modelo ecológico del desarrollo infantil propuesto por Bronfenbrenner (1979) se considera que el desarrollo psíquico, social e intelectual de un individuo depende de la interrelación dinámica del niño con su entorno.

En 2000, se publicó en España el Libro Blanco de la Atención Temprana. Este documento reflejó un consenso científico interdisciplinar y ha contribuido al entendimiento del concepto de atención temprana y a la búsqueda de criterios comunes de intervención. En éste se destacaron, entre otros aspectos, la importancia del trabajo interdisciplinario y transdisciplinario, los distintos ámbitos de actuación (niño, familia, centro educativo y entorno) y la necesidad de la articulación y coordinación con los distintos servicios e instituciones (GAT, 2000).

Se identificaron tres niveles de intervención: primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria tiene como objetivo evitar las condiciones que puedan determinar las alteraciones del desarrollo. En ese nivel, se promueven campañas de formación e información, como por ejemplo, programas de planificación familiar, control de la embarazada y del niño, maternidad adolescente, etc. En la prevención primaria participan además de los centros de desarrollo infantil en atención temprana, los servicios de salud, educativo y social.

En la prevención secundaria, se detectan y diagnostican las situaciones que pueden determinar trastornos del desarrollo, o a los niños que puedan tener riesgo de padecerlos, desde

la gestación en adelante. En este nivel, participan los servicios de salud: obstetricia, neonatología, pediatría, centros educativos y servicios sociales. Para arribar a un diagnóstico de un trastorno del desarrollo se llevan adelante una serie de acciones. Se debe detectar cuantitativa y cualitativamente cuál es el trastorno (diagnóstico funcional); identificar si existe un síndrome presuntivo, que defina una patología determinada –para poder comprender los problemas responsables del trastorno- (diagnóstico sindromático); identificar las causas de orden biológico o psicosocial, que lo pudieron ocasionar (diagnóstico etiológico). Una vez hecho el diagnóstico, se cuenta con los elementos necesarios para planificar la intervención terapéutica indicada (Buceta, 2011).

La variedad y complejidad de los posibles diagnósticos hace necesario el trabajo de un equipo interdisciplinario. En ocasiones, también se debe contar con la colaboración de otros programas o servicios de la comunidad, que incluyan dentro de sus objetivos favorecer el bienestar de los niños y sus familias. Entre ellos se destaca los programas nacionales encargados de control y seguimiento de los niños de alto riesgo, servicios sociales, centros educativos, etc.

Por último, una vez que se ha detectado el trastorno del desarrollo y realizado el diagnóstico definitivo o presuntivo, la prevención terciaria tiene como objetivo tratar de atenuar o compensar esa alteración.

Atención Temprana en Uruguay

En Uruguay a partir de 2007, se generó un cambio en el modelo de atención y gestión sanitaria, basado en la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). El sistema se plantea, entre sus objetivos, garantizar la equidad de los recursos sanitarios para toda la población, garantizando la salud integral del individuo. Este modelo de atención enfatiza las

medidas de prevención y promoción de la salud en el primer nivel de atención (Ley 18.211, 2007).

En nuestro país, existen políticas de salud, que se focalizan en la promoción de la planificación de la natalidad y control precoz del embarazo. Esos controles deben ser adecuados en cantidad y calidad. Además se promueve el posterior control y seguimiento del niño que fue producto de esa gestación. Existen algunos programas, a nivel de los prestadores públicos y privados, que están dirigidas a trabajar en prevención primaria, secundaria y terciaria. Asimismo de acuerdo al marco legal, los prestadores de salud públicos y privados deben cumplir con determinadas metas asistenciales. Las metas asistenciales son objetivos que se plantean a las instituciones para cumplir con los controles adecuados en el primer nivel de atención, de acuerdo a la edad y sexo del usuario. Por ejemplo en la primera meta se plantea el control de la mujer embarazada y del niño de 0 a 3 años, que incluye la valoración obligatoria del desarrollo del niño (MSP, 2010).

En 2010, el Programa Nacional de la Niñez del Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Centro Latinoamericano de Perinatología y la Organización Panamericana de la Salud (CLAP/OPS), comenzó a implementar la “Guía de la vigilancia del desarrollo del niño y la niña menor de 5 años” (GNVD). Se trata de un instrumento de *screening* aplicable a niños menores de 5 años, que evalúa la adquisición de conductas en diferentes áreas del desarrollo: motor, coordinación, lenguaje y desarrollo social en grupos de edad predefinidos (MSP, 2010). Actualmente se está realizando la validación de la guía, para evaluar en qué medida los resultados de ese instrumento que los pediatras emplean en los controles de los niños, coinciden con los del Inventario de desarrollo Batelle. Dicho de otro modo, se busca determinar si los pediatras podrían detectar con ese instrumento los trastornos o desvíos del desarrollo.

El Ministerio de Salud Pública se propone, además, disminuir la prevalencia de los trastornos del desarrollo en niños de 0 a 5 años e intervenir para atenuar la severidad de las alteraciones diagnosticadas en ese grupo etario. También, disminuir las discapacidades prevenibles y optimizar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios y programas de salud

En 2015, el Poder Ejecutivo creó el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), que comprende un conjunto articulado de nuevas prestaciones y una consolidación y expansión de los servicios ya existentes, como la regulación de las personas que trabajan en los servicios de cuidados. Se considera al cuidado tanto un derecho como una función social, que implica la promoción de la autonomía personal, la atención y asistencia a las personas en situación de dependencia. El SNIC en su accionar se dirige a tres grupos de sujetos de derecho: niños 0 a 3 años, cuidadores y personas en situación de dependencia (Ley N°19.353, 2015).

A continuación se enumeran algunos programas que se han implementado en el subsector público, para el seguimiento y cumplimiento del control pediátrico de los niños de riesgo biológico y/o medios socioeconómicos vulnerables.

Programa “Plan Aduana”

Mediante ese programa, las maternidades del país generan un listado de los recién nacidos y lo comunican a los prestadores de salud público o privado, que le corresponde a sus familias. Además, en cada centro de salud de primer nivel de atención, se ha conformado un grupo de 2 o 3 técnicos, generalmente nurses o auxiliares de enfermería, que reciben las notificaciones y captan a los recién nacidos y sus familias. Además, desde el Plan Aduana se monitorea el cumplimiento de los controles garantizando su cumplimiento hasta los cuatro años.

Programa “Uruguay Crece Contigo”

“Uruguay Crece Contigo” es una estrategia pública que tiene como objetivo principal cuidar el desarrollo integral de la mujer embarazada y niños menores de 4 años, de medios socioeconómicos y culturales muy vulnerables, a partir de una perspectiva de derechos. Se acompaña mujeres embarazadas y niños que están en riesgo biológico y social. Este programa trabaja conjuntamente con otros de instituciones públicas y privadas.

Los técnicos del área social y de la salud acompañan a las familias con hijos menores de cuatro años, asesorando sobre pautas de crianza, mejorando de esta manera la nutrición y el desarrollo de los niños. Asimismo, apoyan y asesoran a esas familias en el acceso a prestaciones sociales que le corresponden. Los equipos trabajan en coordinación con los grupos de salud y de políticas sociales de los distintos organismos públicos nacionales y departamentales

Atención Temprana en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República

Programa SERENAR

Es un programa que surge en la Cátedra de Neuropediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UdelaR). Se comenzó a implementar en 2006, fruto de un acuerdo entre la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo y el Ministerio de Salud Pública. Cuenta con ocho unidades de atención temprana: tres en Montevideo y cinco en el interior del país, en los departamentos de Durazno, Maldonado, Salto, Tacuarembó y Treinta y Tres.

El equipo de profesionales que lo conforman está integrado por un pediatra, neuropediatra, fisioterapeuta, fonoaudiólogo y psicólogo. La finalidad del mismo es la captación, seguimiento, detección precoz y orientación al tratamiento de los recién nacidos de riesgo psico-neuro-sensorial, que son asistidos en instituciones públicas. Se realiza el seguimiento del desarrollo hasta los 7 años. La captación habitualmente se realiza en los hospitales donde nacen los niños, pero también pueden ingresar al programa a través de la consulta con el pediatra referente. Las unidades SERENAR trabajan empleando un sistema informático que les permite estar conectadas entre sí y tener una base de datos en común. Sus equipos realizan un trabajo con el niño y la familia, en prevención primaria, secundaria y terciaria (Berta, 2012).

Unidad Docente Asistencial de Desarrollo

Hace ocho años, integro una Unidad Docente Asistencial (UDA) que tiene como objetivo la prevención, detección de las alteraciones del desarrollo. Dentro de sus objetivos se incluye también la formación sobre desarrollo, de estudiantes de grado en medicina y de posgrado en pediatría. La UDA funciona en un centro de primer nivel de atención ubicado en el barrio del Cerrito de la Victoria. Se trata de un barrio constituido por una población de bajos recursos económicos y socioeducativos. Este centro tiene una muy buena ubicación en relación a las instituciones educativas de la zona. A su alrededor, existen cuatro escuelas públicas, una escuela privada y una guardería pública donde concurren niños de 1 a 4 años. El equipo de la UDA está compuesto por un neuropediatra, psiquiatra infantil, una fonoaudióloga, una psicóloga, una psicomotricista y tres pediatras. Este equipo de profesionales trabaja habitualmente de forma interdisciplinaria en la detección de los trastornos del desarrollo. Debido a la alta demanda de pacientes, los tratamientos se derivan a otros servicios e instituciones.

Además, un grupo de pediatras del Departamento de Pediatría de la UdelaR participa del proyecto de validación de la “Guía de la vigilancia del desarrollo del niño y la niña menor de 5 años”. Como ya se ha planteado este test de *screening*, es aplicado por todos los pediatras del país en la evaluación de desarrollo de los niños.

Institución sobre la que se va a trabajar

Se trata de una de las prestadoras de salud privadas más importantes de Uruguay. Su número de afiliados menores de 6 años es de aproximadamente de 10.000. Siendo entre 1.000 y 1.500 niños por franja etaria. La institución cuenta con una policlínica de seguimiento de niños de alto riesgo biológico de presentar trastornos del desarrollo. Ese seguimiento que se realiza hasta los 8 años, es llevado adelante por un pediatra, un neuropediatra y un psicólogo que controlan el desarrollo, crecimiento y otras complicaciones que pueden presentar estos niños (trastornos deglutorios, oftalmológicos, neumológicos, etc.). A partir de los diagnósticos, el equipo de la policlínica deriva las intervenciones terapéuticas necesarias a otros técnicos o profesionales de la institución. Los pacientes son recién nacidos; prematuros menores de 32 semanas o de 1500 gr al nacer; niños que presentaron hipoxia severa al nacer; fueron expuestos a drogas o infecciones durante la gestación; presentan síndromes genéticos severos o malformaciones o recién nacidos con enfermedades metabólicas. La institución cuenta además con psiquiatras infantiles, fonoaudiólogo, psicomotricista y fisioterapeutas para los niños que requieren tratamiento.

Para analizar a la institución y la viabilidad de una propuesta de creación de un Centro de Desarrollo Infantil en Atención Temprana, se va a emplear una herramienta diagnóstica: la “Matriz de Análisis FODA”.

Diagnóstico situacional: Matriz FODA

Esta matriz se emplea desde inicios de los años 70 como herramienta de diagnóstico, para analizar las organizaciones o formular proyectos. Su nombre proviene del acrónimo FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas), originalmente en inglés (SWOT). La matriz puede ser definida como una estrategia de análisis de una organización, que facilita la toma de decisiones estratégicas. Se trata de un cuadro que resume el cruce de factores externos e internos, que se identifican como relevantes, y a partir de un análisis de su interacción, se definen las acciones necesarias. Sarli, González & Ayres (2015) plantearon que se trata de una herramienta idónea para explorar la implementación de iniciativas y soluciones a determinados problemas. Para estos autores, la matriz aporta un cuadro de situación actual del objeto de estudio, que puede ser considerado un diagnóstico primario que habilita a definir decisiones necesarias. Por ese motivo, se puede concluir que la matriz ayuda a mejorar las posibilidades de implantación de un nuevo proyecto. Otra ventaja de su empleo es que al contar con un caudal de información previa, se pueden definir algunas acciones para minimizar las debilidades o amenazas posibles.

Para su empleo en el presente trabajo se consideran las fortalezas y debilidades propias y las oportunidades y amenazas identificadas en la organización o en el contexto que son presentadas en el cuadro 1.

Cuadro 1. *Matriz FODA*

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ACCION
<p>Formación en desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maestría en Atención Temprana” en la Universidad Católica del Uruguay, con doble titulación con la Universidad de Málaga, España • Realicé prácticas en el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana “Amappace” en Málaga, España y la Unidad neonatal en el Hospital Comarcal Costa del Sol en Marbella. <p>Experiencia laboral en desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desde 2010 formo parte una Unidad Docente Asistencial, donde participan una neuropediatra, psiquiatra, fonoaudióloga y psicomotricista, con el objetivo de promover el desarrollo del niño menor de 6 años y la detección precoz de trastornos de desarrollo. • Soy Profesora Adjunta de Facultad de Medicina de Universidad de la República. <p>• Participación en actividades de vigilancia y promoción del desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integro el equipo de docentes de pediatría que participa en el proyecto de validación de la Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo del niño y la niña menores de 5 años. 	<ul style="list-style-type: none"> • No formo parte del equipo que está trabajando en desarrollo en la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • El CDIAT propuesto se formaría a partir de una ampliación del equipo de la policlínica de seguimiento de niños de riesgo biológico, con una modificación de la modalidad de trabajo y los objetivos. Yo me integraría a ese nuevo equipo.

OPORTUNIDADES	AMENAZAS	ACCIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Marco legal vigente: Sistema Nacional Integrado de Salud y objetivos del Ministerio de Salud Pública. • Hay antecedentes de trabajo en la temática en la institución, existe un equipo trabajando en seguimiento de niños con riesgo biológico. • La institución elegida es una de las más importantes prestadoras de salud privadas en número de afiliados. • Hay posgrados de pediatría que realizan pasantías en la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • La policlínica de seguimiento de niños con riesgo biológico cuenta con un número acotado de disciplinas y los tratamientos se derivan a otros profesionales. • En nuestro país no hay una cultura de trabajo interdisciplinario. • Hay un número elevado de socios de 0 a 6 años, (10000 niños en ese grupo etario) 	<ul style="list-style-type: none"> • El modelo propuesto de CDIAT implica la incorporación de nuevas disciplinas. Habrá que trabajar con quienes toman decisiones en la institución para que se incorporen los técnicos necesarios, que podrían ser profesionales que ya están trabajando en la institución como, fonoaudiólogo, fisioterapeuta y psicomotricista. Se deberá contratar un psicopedagogo ya que esta institución no cuenta. • El modelo requiere del trabajo interdisciplinario, debido al marco teórico elegido. Desde el inicio el funcionamiento del CDIAT debería apuntar a la construcción de esa cultura. • Debido al número elevado de socios, se acotará la población objetivo. En una primera instancia, comenzaremos con los niños prematuros menores de 32 semanas y de menos de 1500 gr que están en seguimiento por la policlínica de niños con riesgo biológico de presentar trastornos del desarrollo. • Ofrecer pasantías por el centro con la finalidad de formar a los postgrados en desarrollo y trabajo interdisciplinario

Análisis de la Matriz

La primera de las fortalezas identificadas es mi formación en la maestría. Ésta me ha aportado una visión amplia y actualizada, que me habilita a proponer un proyecto para ampliar la propuesta asistencial de la institución. A esto se suma, la experiencia de trabajo en la temática en las pasantías, en un Centro de Desarrollo Infantil en Atención Temprana (Amapacce) en Málaga y en la unidad neonatal en el Hospital Comarcal Costa del Sol en Marbella. También mi experiencia profesional, integrando unidades donde se trabaja en desarrollo como docente en la Universidad de la República, que implica trabajo con otras disciplinas. Por último, el trabajo en la institución, me aporta el conocimiento y vínculo con quienes van a considerar la implementación del proyecto propuesto.

Una debilidad que identifico es no formar parte del equipo que se encuentra trabajando en la institución en actividades relacionadas con el desarrollo. Una acción posible para minimizar dicha debilidad es desarrollar el proyecto incorporando a quienes ya trabajan en la temática en el prestador de salud.

Entre las oportunidades identificadas, puede destacarse al marco legal vigente que es favorable para proponer un CDIAT en la institución. El Sistema Nacional Integrado de Salud determina metas asistenciales que deben cumplir todos los prestadores de salud. La primera meta incluye el control obligatorio del niño de 0 a 3 años.

Otra oportunidad es la existencia de un equipo que trabaja en el seguimiento de niños de riesgo biológico. Como ya se ha planteado, a este equipo se podrían incorporar otras disciplinas. La ampliación de la conformación del equipo habilitaría además al desarrollo de los tratamientos

necesarios en el centro. Al integrar todas las acciones en el centro se optimizarían los tiempos de atención de los niños.

Otra oportunidad identificada es que posgrados de pediatría complementan su formación con pasantías en la institución. El CDIAT propuesto podría funcionar como un espacio donde los estudiantes se formen en desarrollo y trabajo en interdisciplina. En la medida que la institución lo habilite, la unidad también podría ofrecer pasantías para la formación de postgrado en desarrollo.

Una posible amenaza es en nuestro país existe una escasa cultura de trabajo interdisciplinario. Sin embargo, en la institución los profesionales trabajan de forma interdisciplinaria en el seguimiento de los niños de alto riesgo, ese equipo puede ser la base desde donde plantear las futuras acciones. La elección del marco teórico propuesto implica el trabajo interdisciplinario y transdisciplinario. Para ampliar la conformación del equipo se debe trabajar con las autoridades presentando la propuesta de un CDIAT con su equipo y objetivos, para que se comprenda la necesidad de incorporar a los profesionales y técnicos que deben integrar el centro. Una alternativa práctica sería incorporar al proyecto, técnicos que ya trabajan en la institución.

Por último, otra amenaza sería el elevado número de usuarios. Al definir un proyecto, se debe elegir bien a la población con que se comenzará trabajando en función de los recursos con que se cuenta. Debido a la cantidad de niños de 0 a 6 años, en un primer momento se tendrá que acotar el número de destinatarios. Para la propuesta de un CDIAT se ha elegido trabajar con una población vulnerable, la de los niños prematuros. Por otra parte, estos niños se encuentran incluidos en el seguimiento que realiza la policlínica de riesgo biológico de presentar trastornos del desarrollo.

Proyecto: “Conformación de un Centro de Atención Temprana para niños con riesgo biológico de presentar trastornos del desarrollo”

Justificación

En los primeros años de la vida, el desarrollo se caracteriza por una progresiva adquisición de funciones como el control postural, autonomía de desplazamiento, comunicación e interacción social. Esa evolución se encuentra estrechamente vinculada al proceso de maduración del sistema nervioso, que comienza en el periodo intrauterino (Bucetas, 2013). La primera meta del Sistema Nacional Integrado de Salud para los prestadores de salud es el adecuado control de la mujer embarazada y del niño de 0 a 3 años, que incluye la valoración obligatoria del desarrollo del niño. En la institución hay un equipo de profesionales que integran la policlínica de seguimiento de niños de riesgo biológico de presentar trastornos del desarrollo, que está constituido por un pediatra, un neuropediatra y un psicólogo. Sin embargo, no existe un centro de desarrollo que integre otras disciplinas y donde se realicen los tratamientos necesarios y trabaje con las familias. Al pensar en esa carencia, se debe tener presente que el pronóstico de los niños en riesgo de presentar trastornos del desarrollo se encuentra fuertemente condicionado por el momento de la detección, calidad de las intervenciones que se realicen e inclusión de los padres en el trabajo. La creación de un Centro de Desarrollo en Atención Temprana (CDIAT) en la institución que trabaje con el niño, su familia y eventuales educadores, puede resultar entonces necesario para optimizar el desarrollo de una población vulnerable.

Un CDIAT se encuentra integrado por un equipo interdisciplinario que atiende niños de 0 a 6 años, que presentan trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos. Trabaja para la detección y diagnóstico de los trastornos y el inicio de las intervenciones terapéuticas requeridas. Los

trastornos del desarrollo que debe abarcar, de acuerdo al Libro Blanco de Atención Temprana (2005) son: déficit sensorial, cognitivo, trastornos del desarrollo motor, del lenguaje, de conducta, del espectro autista y sus formas menores. El centro también se dedica al asesoramiento y acompañamiento de las familias desde el momento en que se identifican los primeros signos. Además, asesora otros cuidadores y educadores que trabajan con los niños. Un CDIAT puede ser considerado una alternativa eficaz para el abordaje oportuno e integral de los niños y convertirse en un espacio de referencia y consulta, para los profesionales que detecten signos de alarma o sospechen desviaciones del desarrollo o situaciones de riesgo. Otro aspecto a considerar es que, al englobar diagnóstico y tratamientos optimiza recursos, tiempo y acciones.

Una opción posible para la conformación del CDIAT en la institución es integrar al equipo de la policlínica de seguimiento de alto riesgo y reclutar los otros técnicos o profesionales de la institución, para completar el equipo necesario. De este modo, se aprovechará la experiencia acumulada por el equipo que ya trabaja en la temática.

En una primera etapa de consolidación, el centro puede trabajar con la misma población que atiende la policlínica, pero aumentando las disciplinas que integran el equipo, cambiando el enfoque y alcance de las intervenciones. En la institución nacen aproximadamente 1500 niños por año, de los cuales aproximadamente el 8% son prematuros y, de esos, unos 50 niños por año son prematuros que nacieron con una edad gestacional menor a 32 semanas y pesaron menos de 1500 gr. Para la concreción del CDIAT se propone trabajar con esos niños prematuros, para poder cumplir adecuadamente con la demanda de diagnóstico, seguimiento y tratamiento. En una segunda etapa, si se considera necesario y posible, se puede ampliar la cobertura hacia un número mayor de niños.

Al pensar en los motivos para elegir esa población, hay algunos aspectos acerca de los recién nacidos que se deben tener en cuenta. En las últimas décadas los avances en el conocimiento de la medicina neonatal y perinatal ha determinado un aumento de la sobrevivencia de los recién nacidos prematuros moderados a severos. En Uruguay nacen al año 48.000 recién nacidos, de los cuales un 9% son prematuros, lo que significa unos 4.000 recién nacidos prematuros al año (Migdal & Mas, 2015). Entre los recién nacidos prematuros, los que pesan menos de 1500 gr son los que asocian mayor morbilidad (Guzzo & Camacho, 2015). Los prematuros presentan comorbilidades vinculadas a su inmadurez. Entre las complicaciones a corto plazo pueden identificarse: dificultad respiratoria, anemia, hipoglucemia, ictericia, hipotermia, infecciones y trastornos de la alimentación. En relación al desarrollo neurológico, pueden presentar a largo plazo parálisis cerebral, retraso mental, déficit auditivo y/o visual, dificultades de aprendizaje, trastornos del lenguaje, déficit atencional, hiperactividad y trastornos de conducta (Lee & Cloherty, 2005). Numerosas investigaciones coinciden en que la prematuridad es uno de los principales factores de riesgo biológico asociados a las alteraciones motoras (Venegas, Gutiérrez & de Paula, 2014). Estas posibles complicaciones serán objeto de las intervenciones y seguimiento del CDIAT.

Objetivos del Centro de Diagnóstico y Atención Temprana

Objetivo general

Generar un modelo bio-psico-social preventivo y asistencial que potencie el desarrollo de los niños prematuros para favorecer su desarrollo e integración en el medio familiar, escolar y social.

Objetivos específicos

- Optimizar, en la medida de lo posible, el desarrollo del niño prematuro.
- Reducir efectos de un déficit del desarrollo del niño.
- Evitar o reducir la aparición de efectos secundarios, producidos por un trastorno.
- Considerar al niño y la familia como objetivos de la intervención.

Población objetivo

La población objetivo serían los niños nacidos prematuros menores de 32 semanas y/o menores de 1500 gr que nacen en la institución y sus familias.

Recursos materiales

- Tres salas: una para la coordinación y la entrevista inicial con los padres, otra para el trabajo de la fonoaudióloga y otra para uso del psicólogo. La institución ya cuenta con salas de psicomotricidad y fisioterapia.

-Televisión con entrada digital y una impresora. Cada sala debe disponer de un ordenador.

-Material adecuado para la evaluación diagnóstica: Inventario de Desarrollo Battelle, Prueba de lenguaje oral Navarra revisada (Plon-R), Test de vocabulario en imágenes Peabody (PPVT-III), Cuestionario del Desarrollo Comunicativo y Social en la Infancia (M-chat), Entrevista para el Diagnóstico del Autismo revisada (ADIR) y Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS).

-Material didáctico acorde a las distintas edades.

-Fonoaudióloga: escritorio y silla adecuada para niños, colchoneta, pelotas, espejo y materiales específicos para el trabajo con niños con trastornos deglutorios y déficit sensoriales.

Recursos Humanos

Como se ha planteado, el CDIAT se conformará complementando el equipo de profesionales que integran la policlínica de seguimiento de niños de riesgo biológico con un conjunto de nuevos técnicos y profesionales de otras disciplinas que se consideran necesarias. Se enumeran los miembros del equipo con sus funciones.

El equipo será organizado por una coordinadora general que sería una pediatra con formación en AT. A quien corresponderá coordinar las acciones necesarias para la conformación del CDIAT y posteriormente las reuniones del equipo interdisciplinario y comité de recepción. La formación en AT es importante para poder implementar el nuevo modelo de trabajo, que se genera a partir de ese marco teórico.

Un segundo pediatra integrará el equipo. Realizará el seguimiento de los niños con los otros profesionales que también lo integran. Será una profesional referente para la familia y los centros educativos. Ese rol es importante para comunicar diagnósticos y acciones terapéuticas y asesorar a las familias para el cumplimiento de las acciones pautadas por el equipo. Además realizará una articulación con el pediatra tratante en el primer nivel de atención.

El neuropediatra es muy importante para arribar a diagnósticos funcionales, sindromáticos y etiológicos de niños en los que se sospechen procesos de base orgánica, como enfermedades neurometabólicas, miopatías o formando parte de síndromes específicos. Este profesional puede identificar la necesidad de exámenes paraclínicos específicos y aportar información para definir el abordaje terapéutico del niño y la familia. Además, si es necesario, puede prescribir fármacos o dietas espaciales. En el caso de pacientes complejos muchas veces se requiere también de la

interconsulta con un genetista y/o de médico especializado en enfermedades metabólicas, que no formarían parte del CDIAT.

El psicólogo desarrollará tareas de diagnóstico de las dificultades emocionales y problemas vinculares con la familia o el entorno. También puede desplegar acciones de prevención y detección de dificultades en el vínculo temprano de la madre con el niño. Todo apego inseguro va a repercutir en el desarrollo del niño, no solo en adquisición de las conductas sino también en su vínculo con el entorno, generando posteriores secuelas. También un psicólogo con formación en niños con trastornos del espectro autista puede aportar muchas herramientas en el trabajo con estos niños. Además puede orientar en el manejo de niños con síntomas, que en la evolución, puedan configurar un déficit atencional, con o sin hiperactividad

El fonoaudiólogo cumpliría múltiples funciones que resultan necesarias. Se encargaría de la detección y tratamiento de los trastornos deglutorios. En ese caso, la intervención requiere del trabajo conjunto con otros miembros del equipo, para favorecer y ayudar en la alimentación de esos niños y fortalecer el vínculo con los padres. Entre las múltiples funciones del fonoaudiólogo se puede incluir además todo lo vinculado con el déficit auditivo y de los trastornos del lenguaje.

El psicomotricista resulta necesario porque en la consulta se detecta un conjunto de trastornos o retrasos madurativos y, muchas veces, están vinculados con la falta de un estímulo adecuado. Esa carencia no siempre se relaciona con una negligencia de los padres sino que es resultado de una falta de asesoramiento.

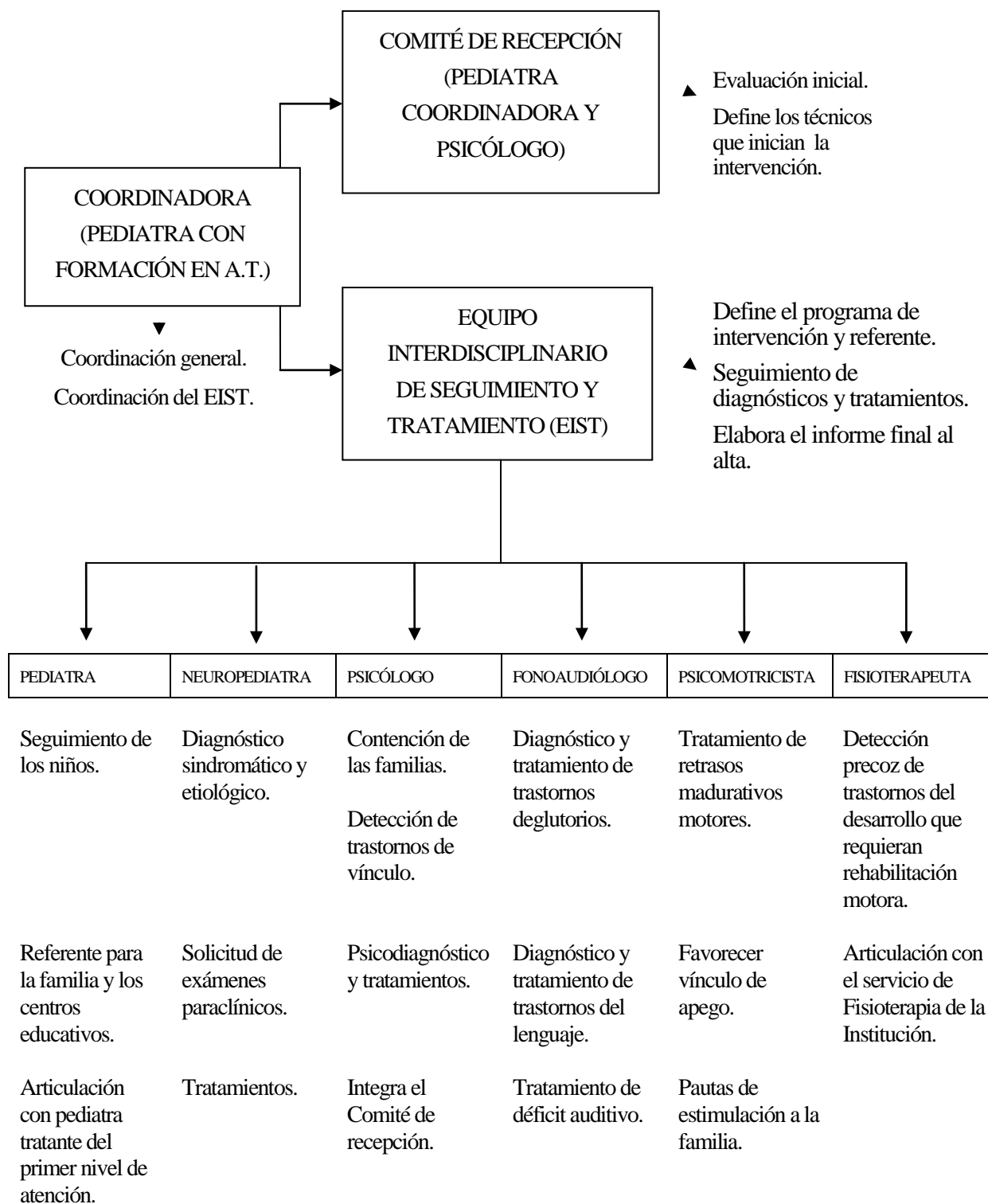
El fisioterapeuta deberá integrar el equipo para realizar un tratamiento de rehabilitación precoz, evitar movimientos y posturas compensatorias inadecuadas, contracturas y deformidades que alteran más la función y el bienestar del niño con déficit motor.

El psicopedagogo sería necesario para la evaluación de algunos niños, antes o después, del ingreso a educación inicial. Además su orientación resulta importante para facilitar la integración de esos niños a los centros educativos, pudiendo sugerir modalidades de trabajo a los educadores.

En algunas situaciones, se va a requerir del apoyo de un psiquiatra infantil para el abordaje de niños con trastornos de conductas psiquiátricas, del espectro autista de bajo rendimiento y de conducta. Esos cuadros, por lo general son seguidos en conjunto con el psiquiatra, debido a la necesidad de la prescripción de algún fármaco. Este profesional puede formar parte del equipo o se puede acceder a un servicio de psiquiatría externo al CDIAT.

En suma, los profesionales que resultan imprescindibles para la conformación de un CDIAT son: pediatra, neuropediatra, psicólogo, fonoaudiólogo, psicomotricista fisioterapeuta y psicopedagogo. Se demandará la participación de otros profesionales, como psiquiatra infantil, nutricionista, trabajador social, neumólogo y oftalmólogo si fuese necesario y según los controles pautados por la Guía nacional para el seguimiento de recién nacido de muy bajo peso al nacer que se aplica en Uruguay (Giachetto, 2010).

Figura 1 – ORGANIGRAMA del CDIAT



Cronograma de Actividades

A continuación, se presentarán las actividades del centro a partir del momento en que el proyecto se propone a los jefes de pediatría. Las actividades, con su calendarización, se presentan también en el cuadro 2.

Fase preparatoria

La implementación del proyecto tendría una fase previa o preparatoria que puede tener una duración variable, dependiendo del tiempo que insuma la autorización por parte de la directiva de la institución.

Presentación de la propuesta

Se solicitará una reunión con los jefes de pediatría para presentar el proyecto, con los objetivos perseguidos y la propuesta de integración de los recursos humanos. Si a partir de lo conversado en esa reunión, se identifica que el proyecto requiere de ciertos ajustes, se propondrá una nueva reunión en dos semanas para la entrega del proyecto definitivo. Una vez que los jefes de pediatría den el visto bueno, se elevará la propuesta a la directiva de la institución, organismo que tiene la potestad de autorizar la conformación del CDIAT.

Fase de ejecución

Relevamiento e incorporación de recursos

A partir de la autorización comienza el primer mes de trabajo del CDIAT. En los dos primeros meses se trabajaría en el relevamiento de recursos humanos y materiales disponibles en

la institución y reclutamiento de recursos externos. También se procederá a la compra de los materiales necesarios.

Formación y definición de criterios de funcionamiento

En la primera semana del tercer mes se conformará el equipo de trabajo y se presentará en una reunión inicial, donde se explicitarán las funciones de cada integrante. A partir de la semana siguiente, se desarrollarán cuatro talleres de capacitación para los integrantes del equipo: “Objetivos de la Atención Temprana”, “Modalidad de trabajo interdisciplinario”, “Ámbitos de actuación: niño, familia y entorno” y “Definición de protocolos de funcionamiento”. Uno de los objetivos de los talleres es presentar el marco teórico y metodológico del CDIAT, que se ha generado a partir de los desarrollos actuales en atención temprana. Luego, en las reuniones quincenales del Equipo se promoverá la apropiación del modelo propuesto. Además, para promover una formación permanente se organizarán talleres de actualización, a cargo de los integrantes del equipo y supervisado por la coordinadora del centro, cada dos meses.

Comienzo del trabajo con los pacientes

En la segunda semana del cuarto mes, comenzarán las reuniones del Equipo Interdisciplinario de Seguimiento y Tratamiento (EIST). El EIST estará integrado por todos los integrantes del CDIAT, se reunirá quincenalmente para definir el programa de intervención de cada niño, seguimiento de los tratamientos y las altas, con el informe respectivo.

También esa semana comenzará a funcionar, con frecuencia semanal, el Comité de Recepción, integrado por la pediatra coordinadora del CDIAT y el psicólogo. El comité trabajará con los niños que sean derivados por cumplir los criterios de inclusión al centro. En el inicio, los integrantes del centro continuarán con el seguimiento de los niños de la policlínica con riesgo

biológico, hasta su alta, y realizarán las intervenciones interdisciplinaria con pacientes nuevos, a propuesta del Comité de Recepción y siguiendo las recomendaciones del EIST.

La historia clínica en la institución se encuentra digitalizada. Los profesionales irán registrando lo trabajado, evolución y pautas sugeridas a los padres para realizar en domicilio. De ese modo, otros integrantes del CDIAT y pediatras que realizan el seguimiento de los pacientes en el primer nivel de atención pueden seguir la evolución de los tratamientos. Cuando los pacientes hayan tenido una evolución acorde y se hayan cumplido los objetivos propuestos por el Equipo se otorgará el alta. En ese caso, los profesionales que conforman el Comité de Recepción tendrán entrevistas con los padres del niño y se realizará una devolución de lo trabajado, donde se destacarán las fortalezas del niño y familia. En el caso de niños con trastornos del desarrollo que requieran mantener tratamiento con algún especialista, se realizará la derivación necesaria dentro de la institución o fuera de la misma. Los pediatras tratantes en el primer nivel de atención continuarán con el seguimiento de los niños, por ese motivo resultan de gran utilidad informes del alta, que contenga sugerencias para el seguimiento dirigido a dichos profesionales y que también sean entregados a los padres.

A partir del séptimo mes comenzarían el espacio de pasantía para los posgrados de pediatría que se forman en la institución. Dentro de las actividades posibles de los pasantes, éstos podrían realizar una visita domiciliaria para conocer y filmar algunas de las rutinas cotidianas y juegos de los padres con sus hijos en el ambiente familiar. Con ese valioso material el Equipo podría evaluar las competencias de cada familia, para definir acciones de orientación. Estas actividades resultarían muy útiles para el abordaje integral del niño con sus cuidadores.

Evaluación del trabajo del Centro

En el mes doce, y luego cada seis meses, se realizará una evaluación del funcionamiento del CDIAT y del cumplimiento de sus objetivos. Una herramienta posible es una encuesta permanente de satisfacción de los usuarios, donde se evalúe el cumplimiento de los objetivos e indicadores de la calidad de la atención. Los indicadores se deberían definir al comenzar a trabajar.

En suma, en los tres primeros meses se trabajará en la conformación, capacitación del equipo del centro y en la organización de los recursos materiales necesarios. Además se contactará la unidad neonatal de la institución comunicando los criterios de inclusión de nuevos usuarios del centro. A partir del cuarto mes, el centro estará operativo con todos sus componentes trabajando de acuerdo a la frecuencia prevista. Los encuentros quincenales de equipo irán moldeando una cultura de trabajo interdisciplinario, preparando el terreno necesario para ir generando un conocimiento transdisciplinario.

Cuadro 2. Cronograma de actividades

Actividades	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4				Mes 5				Mes 6				Mes 7				Mes 8				Mes 9				Mes 10				Mes 11				Mes 12											
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
Relevamiento de recursos humanos y materiales	x	x	x	x	x	x	x	x																																																
Conformación del equipo y distribución de las tareas									x																																															
Talleres de capacitación a los integrantes del equipo													x	x	x	x													x																											
Comité de recepción																	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
Equipo Interdisciplinario de Seguimiento y Tratamiento																	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
Intervenciones de los integrantes del equipo																	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
Inicio de las pasantías																																																								
Elaboración del informe anual																																																								

La ejecución del proyecto empezaría a partir del momento en que la directiva de la institución apruebe la puesta en marcha del proyecto, por ese motivo no es posible determinar en qué mes se empezaría a trabajar. Algunos meses tendrán cinco semanas sin embargo, para la confección del cronograma, todos los meses se consideraron de cuatro. El cronograma se deberá adaptar cuando se apruebe la creación del CDIAT.

Sobre la financiación del centro

La propuesta de generar el CDIAT a partir de los recursos disponibles en la institución es un aspecto destacable, si se piensa en que la financiación del mismo no implicaría la creación de una estructura totalmente nueva. Aprovechar los recursos existentes es también, como ya se ha dicho, capitalizar la experiencia acumulada por quienes ya trabajan con la población elegida. Otro aspecto a considerar es que el funcionamiento del CDIAT aportaría una mayor celeridad en el diagnóstico e inicio de los tratamientos, generando un impacto positivo en el pronóstico de los niños y eso es muy importante. Pero además, en la medida que se optimizan recursos y acciones el CDIAT tendrá también impacto positivo a nivel económico en la institución.

El relevamiento de datos sobre la institución permite concluir que se encuentran dadas las condiciones para presentar un proyecto de creación de un centro especializado que optimizaría el trabajo con los niños prematuros. Por otra parte, esta propuesta se encuentra en sintonía con la normativa legal y las metas del Sistema Integrado de Salud. En el proyecto se plantea además la incorporación del equipo que ya trabaja con los niños prematuros y completar el equipo con otros profesionales que ya estén trabajando en la institución. Por último, se propone un modelo de abordaje actualizado, que se aplica con muy buenos resultados en otros países. La propuesta implica la formación permanente del equipo del centro, que puede transformarse en un lugar de referencia para los profesionales de la institución y de formación en desarrollo a partir de pasantías. La formación en desarrollo requiere necesariamente del pasaje por centros en funcionamiento donde se vea el trabajo cotidiano en equipo para complementar los aprendizajes teóricos. Como ya se ha sostenido los modelos de atención predominantes

en las instituciones de salud de nuestro país no han incorporado el modelo de trabajo en equipo que se propone en atención temprana. Por ese motivo, el trabajo interdisciplinario implica un importante desafío. Su implementación no estará exenta de dificultades, que habrá que enfrentar al construir una cultura, que al promover la importancia del saber colectivo, cuestiona las jerarquías en los saberes disciplinarios.

Reflexión crítica sobre los conocimientos teórico-prácticos y las prácticas realizadas

Elegí cursar la maestría para profundizar mi formación en el desarrollo infantil y conocer cómo trabajan las otras disciplinas que confluyen en ese campo. Otro motivo fue la necesidad, como docente de pediatría de la Facultad de Medicina, de contar con una formación actualizada acerca de la importancia de trabajar desde la interdisciplina e incluir a la familia de los niños, para optimizar su desarrollo.

Dentro de la formación recibida valoro muy positivamente las actividades teóricas y prácticas desarrolladas en España, un país que desde hace tantas décadas trabajaba en el tema. Destaco el profesionalismo, dedicación y generosidad de los docentes al transmitir sus conocimientos. La experiencia en el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana “Amappace” en Málaga, fue enriquecedora. Me permitió conocer como se trabaja en un CDIAT, al participar integrada a la actividad del centro. Un aspecto clave que rescato de mi experiencia trabajando con sus técnicos fue poder participar en el consultorio, visualizando directamente como se realizan las intervenciones y como integran a los padres cuando se está trabajando con el niño. Además constatar la riqueza del trabajo individualizado, generado a partir de planes definidos por equipos interdisciplinarios. Una constante en el trabajo de cada uno de los técnicos fue el

empleo del contacto visual, como una herramienta para lograr un vínculo adecuado con el niño y para focalizar su atención en la actividad que se propone realizar. He incorporado este recurso en mi trabajo como pediatra. Otra herramienta valiosa es el papel que se le adjudica a la comunicación como eje permanente. La comunicación que los técnicos establecen mediante el programa informático Alborada con el pediatra tratante resulta de mucha utilidad. A través de ese programa, describen que hicieron cada día y que respuesta obtuvieron del paciente. Además se comunican constantemente con el centro educativo.

También destaco la experiencia como pasante en la unidad neonatal en el Hospital Comarcal Costa del Sol, en Marbella. Fue interesante conocer la unidad neonatal y la forma en que se trabaja allí. Pues me permitió constatar las similitudes en la modalidad de trabajo en Uruguay, a pesar de las diferencias socioculturales de la población de destino. En ese hospital participé del pase de guardia, donde se comentan los ingresos y se discuten los diagnósticos y tratamientos; de la visita médica por salas de pediatría y la consulta en la policlínica del neuropediatra. De esa experiencia también enfatizo el profesionalismo, integración e intercambio de conocimientos con el equipo médico del lugar.

Otro elemento a destacar de las pasantías en el extranjero, es que fortaleció al grupo de estudiantes participó de ellas, pues todos asumimos las actividades académicas y profesionales de forma responsable y comprometida.

Los contenidos teóricos de los distintos módulos colmaron mis expectativas. Creo que la mayoría de los docentes lograron generar la inquietud de conocer más sobre los contenidos que trabajaron.

Respecto a los aspectos a mejorar, y reconociendo lo complejo que resulta organizar una maestría que incluye a dos universidades y docentes de dos países, creo que resultaría importante contar con un cronograma anual al inicio del curso, para favorecer la organización de los tiempos de los estudiantes. Otro aspecto que podría implementarse en las próximas ediciones de la maestría son prácticas en nuestro país, con docentes de distintas disciplinas para poder contextualizar la atención temprana en Uruguay, lugar donde trataremos de implementarla.

Realizar la tesis final, con un capítulo dedicado a los resúmenes y a la reflexión de los distintos módulos me permitió integrar, unificar y estudiar más sobre cada uno de los trastornos del desarrollo. Asimismo, los conocimientos adquiridos a lo largo de la maestría me han permitido proyectar la creación de un centro de desarrollo infantil. Ya he planteado mi motivación al elegir la maestría, considero que he tratado de aprovechar al máximo todas las instancias formativas y en tal sentido he logrado crecer en mi formación profesional en el campo del desarrollo infantil.

Referencias bibliográficas

- AIJU (2008). *Juegos, juguetes y Atención Temprana*. Alicante: AIJU
- AIJU (2007). *Juegos, juguetes y discapacidad*. Alicante: AIJU
- Artigas, J., Gabau, E, & Guitart, M.(2005). El autismo sindromático: II. Síndromes de base genética asociados a autismo, *Revista Neurología*, 40 (Supl 1): 151-162
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5ª ed.)*. Madrid: Medica Panamericana
- Banco de Previsión Social. Centro de Referencia Nacional de defectos Congénitos (2014). Recuperado de:
http://www.bps.gub.uy/bps/file/8522/1/proyecto_crenadecerversion_final_9_06_2014_cflujograma.pdf
- Barkley, R. A. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Revista de Neurología*, 48(2), S101-S106.
- Batlle ,S., Camprodón, E., Duñó, L., Ibáñez, N., Sibina ,S., & Aceña, M.(2013) Psicopatología de la infancia y la adolescencia. En Bras, J, de la Flor, J.(3ªEd) *Pediatría en Atención Primaria*.690-705. Barcelona: Elsevier Masson.
- Belda Oriola, J. C. (s/f). *Desarrollo Infantil y Atención temprana*. Recuperado de:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/cdiat_parte_1.pdf
- Berta, S. (noviembre 2012).Programa Nacional de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo psico-neuro-sensorial ASSE. Cátedra de Neuropediatría. UDELAR Uruguay. En Dr. Hernando A. Villamizar. Conferencia llevada a cabo en el XVI Congreso Latinoamericano Pediatría, Colombia.
- Bly, L. (2011). *Componentes del desarrollo motor típico y atípico*. Santiago de Chile: The Neuro-Developmental Treatment Association,Inc.

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Buceta, M.J. (2011). *Manual de Atención Temprana*. Madrid: Síntesis.
- Castro, M., Rabelino, G. G., Fuertes, C. S., Vázquez, E. U., da Rosa, A. G., López, S. B., & Legnani, D. B. (2014). Identificación de consumo de alcohol y derivados de Cocaína en el embarazo en meconio. *Anales Facultad de Medicina*, 1(2).
- Capdevila-Brophy, C., Artigas-Pallarés, J., & Obiols-Llandrich, J. E. (2006). Tiempo cognitivo lento: síntomas del trastorno de déficit de atención/hiperactividad predominantemente desatento o una nueva entidad clínica. *Revista de Neurología*, 42(2), 127-134.
- Cal, C. (2015). *Apuntes de clase del curso de Máster en Atención Temprana Bienio 2015-2016*. Montevideo. Universidad Católica del Uruguay.
- Castañeda, M (2015). *Apuntes de clase del curso de Máster en Atención Temprana Bienio 2015-2016*. Málaga. Universidad de Málaga.
- Castañeda, M (2016). *Apuntes de clase del curso de Máster en Atención Temprana Bienio 2015-2016*. Málaga. Universidad de Málaga.
- Casquero, L (2015). *Apuntes de clase del curso de Máster en Atención Temprana Bienio 2015-2016*.Málaga. Universidad de Málaga.
- Castaño, J. (2002) Plasticidad neuronal y bases científicas de la neurohabilitación. *Revista de Neurología*, 34(1), 130-135.
- Costas, C. (2016). *Apuntes de clase del curso de Máster en Atención Temprana Bienio 2015-2016*. Málaga . Universidad Católica del Uruguay.
- Cuadro, A. (2015). *Apuntes de clase del curso de Máster en Atención Temprana Bienio 2015-2016*. Montevideo. Universidad Católica del Uruguay.
- Cuadro, A. (2015). *La lectura y sus dificultades*. Uruguay. Grupo Magro.

De Aguilar, V. A. (2005). Detección precoz de la hipoacusia en el recién nacido. *Anales de Pediatría*, 63(3),193-198.

Díez, A., Muñoz., Fuentes, J., Canal,R., Idiazábal, M., Ferrai, M., Mulas, F., Tamarit, J., Valdizan, J R., Hervás, A., Artigas, J., Belinchón ,M., Hernández, J.M., Martos, J., Palacios, S., & Posadas, M.(2005). Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 45(5), 299-310.

Documento Marco Plan integral de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras.

(PIDCER). (2014). Recuperado de:

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/DOCUMENTO%20MARCO%20PIDCER.pdf

Elósegui, E. (2015). *Apuntes de clase del curso de Máster en Atención Temprana Bienio 2015-2016*. Montevideo. Universidad Católica del Uruguay.

España, J. (2016). *Apuntes de clase del curso de Máster en Atención Temprana Bienio 2015-2016*. Málaga. Universidad de Málaga.

Flórez, J. (2005). La atención temprana en el síndrome de Down: bases neurobiológicas. *Revista Síndrome de Down: Revista española de investigación e información sobre el Síndrome de Down*, (87), 132-142.

García-Sánchez, F. A., Escorcía-Mora, C. T., Sánchez-López, M. C., Orcajada, N., & Hernández-Pérez, E. (2014). Atención Temprana centrada en la familia. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 45(3), 6-27.

Giachetto, G. (2010). Guía nacional para el seguimiento del recién nacido de muy bajo peso al nacer. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 81(3), 174-182.

Gifre, M.,& Guitart, M. (2012).Consideraciones educativas de la perspectiva ecológica de UrieBronfenbrenner. *Contextos Educativos*, 15, 79-92.

Gómez ,A., & Viguer, P. (2007). Aproximación al estudio de la Intervención Temprana: antecedentes, orígenes y evolución histórica. En A. Gómez. P. Viguer. & M.

- Cantero. (Coords.), *Intervención Temprana. desarrollo óptimo de 0 a 6 años.* (pp. 21-35). Madrid: Pirámide.
- González, A., Fuentes, M., de la Morena, M., Barajas, C., & Quintana, I. (2015). Tecnologías auditivas actuales y desarrollo gramatical infantil. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 35(1), 8-16.
- González, A., Fuentes, M., de la Morena, M., & Barajas, C. (1995). *Psicología del desarrollo: teoría y prácticas.* (2da. Edición). España: Aljibe.
- González, J. (2016). *Apuntes de clase del curso de Máster en Atención Temprana* Bienio 2015-2016. Málaga. Universidad de Málaga.
- González, M. (2007). *Apuntes en pedagogía familiar.* Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana.
- González, M., Vandemeulebroecke, L., & Colpin, H. (2001). *Pedagogía Familiar. Aportes desde la teoría y la investigación.* Montevideo: Trilce.
- González, L. (2007). Notas sobre crianza. Primera nota: Psiquismo y Tono. 1-7.
Recuperado de:
http://www.aapsicomotricidad.com.ar/publicaciones/Psiquismo_y_Tono.pdf
- González, A. (2015) *Apuntes de clase del curso de Máster en Atención Temprana* Bienio 2015-2016. Montevideo. Universidad Católica del Uruguay.
- González, A. (2016) *Apuntes de clase del curso de Máster en Atención Temprana* Bienio 2015-2016. Montevideo. Universidad Católica del Uruguay.
- GRUPO DE ATENCIÓN TEMPRANA (2005). Libro Blanco de la Atención Temprana. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Real Patronato sobre Discapacidad.
- Guía Nacional de Vigilancia del Desarrollo en Niñas y Niños Menores de 5 años, 2010.
Recuperado de: [http:// www.mysu.org.uy/.../guia.../guia-nacional-de-vigilanc...](http://www.mysu.org.uy/.../guia.../guia-nacional-de-vigilanc...)

- Guzzo, F., & Camacho, S. (2015). Clasificación del recién nacido. En G. Pose. *Neonatología temas prácticos* (pp. 82-85). Montevideo: Vesalius.
- Hernández, R, Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *El proceso de la investigación*, Ciudad de México: Mc Graw-Hill.
- Hostinar, C., Stellern S., Schaefer, C., Carlson S., & Gunnar, M. (2012) Associations between early life adversity and executive function in children adopted internationally from orphanages. Proceedings of The National Academy of Sciences of The United States Of America [serial on the Internet]. Available from: JSTOR Journals.
- JND-ODU (2011). *Sobre ruidos y nueces. Consumo de drogas legales e ilegales en la adolescencia*. Montevideo: JND-ODU
- JUNTA NACIONAL DE CUIDADOS (2015). *Plan Nacional de Cuidados*. Montevideo. Recuperado de:
<http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/61181/1/plan-nacional-de-cuidados-2016-2020.pdf>
- Larrandaburo, M., & Noble, A.(2013). Los defectos congénitos: Síndrome de las tres D. *Revista Médica del Uruguay*, 29(4), 250-252.
- Larrandaburu, M., Matte, U., Noble, A., Olivera, Z., Sanseverino, M. T. V., Nacul, L., & Schuler-Faccini, L. (2015). Ethics, genetics and public policies in Uruguay: newborn and infant screening as a paradigm. *Journal of Community Genetics*, 1-9. DOI 10.1007/s12687-015-0236-2
- Larrandaburo, M.(2015) *Apuntes de clase del curso de Máster en Atención Temprana Bienio 2015-2016*. Montevideo. Universidad Católica del Uruguay.
- Lavigne, R., & Romero, J. F. (2015) *El TDAH ¿Qué es?, ¿qué lo causa?, ¿cómo evaluarlo y tratarlo?* Madrid. Pirámide.
- Lavigne, R. (2015). *Apuntes de clase del curso de Máster en Atención Temprana Bienio 2015-2016*. Montevideo. Universidad Católica del Uruguay.

- Leonhardt, M. (2016). *Apuntes de clase del curso de Máster en Atención Temprana Bienio 2015-2016*. Málaga. Universidad de Málaga.
- Lemes, A., Queijo, C., Garlo, P., Machado, M., & Queiruga, G. (2012). Pesquisa neonatal. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 83(1), 40-44.
- Libro de masaje Tui Na para niños. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/132295764/libro-de-masaje-tuina-para-ninos>
- Lipina, S. J., & Segretin, M. S. (2015). 6000 días más: evidencia neurocientífica acerca del impacto de la pobreza infantil. *Psicología Educativa*, 21(2), 107-116.
- McWilliam, R. (2016). Metanoia en Atención Temprana: Transformación a un Enfoque Centrado en la Familia. *Revista latinoamericana de educación inclusiva*, 10(1), 133-173.
- Miller, K (Productor) , & Miller, G (Director). (1992). *El aceite de la vida*. [Película]. Universal.
- Mori –Ministerio de Salud Pública. (2011). Estado de la situación sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en el Uruguay.
- Martell, M., Martínez, G., Burgueño, M. , & Langwagen, M. (2010). Semiología del desarrollo. En: W. Pérez. & A. García. (Coords.), *Semiología Pediátrica* (pp. 161-196). Montevideo, Oficina del Libro FEFMUR.
- Matarredona, A . (2015). *Apuntes de clase del curso de Máster en Atención Temprana Bienio 2015-2016*. Montevideo. Universidad Católica del Uruguay.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2015). Uruguay Crece Contigo. Recuperado de: <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/41937/3/innova.front/uruguay-crece-contigo-ucc>
- Ministerio de Salud Pública. (2007). Normas de Atención a la Mujer Embarazada. Recuperado de : <http://www.sguruguay.org/documentos/msp-gssr-capitulo-normas-atencion-mujer-embarazada.pdf>

- Ministerio de Salud Pública (2010). Metas Asistenciales. (2010). Recuperado de:
<http://www.msp.gub.uy/noticia/boletines-de-metas-asistenciales>
- Ministerio de Salud Pública. (2013). Campaña de vacunación contra el sarampión y la rubeola. (2013). Recuperado de:
http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=792:campana-vacunacion-contra-sarampion-rubeola-personas-nacidas-entre-1967-1986-&Itemid=340
- Molina, H., Cordero, M., & Silva, V. (2008). De la sobrevida al desarrollo integral de la infancia: Pasos en el desarrollo del sistema de protección integral a la infancia. *Revista chilena de pediatría*, 79, 11-17.
- Narbona J., & Crespo-Eguílaz, N. (2012). Plasticidad cerebral para el lenguaje en el niño y el adolescente. *RevNeurol*. 54(Supl 1), 127-30.
- Navarrete, I. (2015). *Apuntes de clase del curso de Máster en Atención Temprana Bienio 2015-2016*. Montevideo. Universidad Católica del Uruguay.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). Plan de acción para la documentación y verificación de la eliminación de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas. Recuperado de:
http://www.paho.org/immunization/toolkit/resources/paho-publication/PoA_Documentation-Verification_MRCRS_Elimination_s.pdf
- Ortiz, J. A., Borré, A., Carrillo, S., & Gutiérrez, G. (2006). Relación de apego en madres adolescentes y sus bebés canguro. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(1), 71-86.
- Ortiz, J. (2015). *Apuntes de clase del curso de Máster en Atención Temprana Bienio 2015-2016*. Montevideo. Universidad Católica del Uruguay.
- Parriz, A. & Cloherty, J. (2005) Enfermedades maternas que afectan al feto. En J. Cloherty, E. Eichenwald, & A. Stark. (4ta ed.), *Manual de Cuidados Neonatales*. (pp. 12-41). Barcelona: Masson

Palermo,S.(2015). *Apuntes de clase del curso de Máster en Atención Temprana Bienio 2015-2016*. Montevideo. Universidad Católica del Uruguay.

Picón,T., Speranza.,N., & Varela, A. (2013). Eliminación del sarampión, la rubéola y del síndrome de rubéola congénita: un desafío para Uruguay. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 84(4), 291-296.

Poder Ejecutivo de la República oriental del Uruguay,(4 de mayo de2006). Decreto Cereales. Elaboración de Harinas de Trigo Fortificadas con Vitaminas y Minerales, Decreto N°130/006. Recuperado de:
<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/130-2006>

Poder Ejecutivo de la República oriental del Uruguay,(11de agosto de 2008). Decreto Incorporación al Programa Nacional de Pesquisa Neonatal el estudio de la Hipoacusia Neonatal, Decreto N° 389/008. Recuperado de:
<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/389-2008>

Poder Legislativo de la República Oriental del Uruguay, (9 de noviembre de 1961).Ley Bocio Endémico. Reglas para la Comercialización de sal Común con la Finalidad de Imponer la Sal Iodada, Ley N°12.936. Recuperado de:
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/12936-1961>

Poder Legislativo de la República Oriental del Uruguay, (19 de diciembre de 2007).Ley de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, Ley N° 18.211.
Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>

Poder Legislativo de la República Oriental del Uruguay, (27 de noviembre del 2015). Ley Creación del Sistema Integrado de Cuidados, Ley N°19.353. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015>

Queiruga, G., Lemes, A., Ferolla, C., Machado, M., Queijo, C., & Garlo, P. (2010). *Pesquisa neonatal: lo que puede prevenir una gota de sangre*. Montevideo: Centro de Estudios de Seguridad Social, Salud y Administración.

- Rodrigo, M., & Acuña, M. (2008). El escenario y el curriculum educativo familiar. En M. Rodrigo , & J. Palacios (Coords.), *Familia y desarrollo humano* (pp.261-276). Madrid: Alianza.
- Rossi, G., Carbajal, M., & Bottrill, A. (2012). *La Previa. El consumo de alcohol entre los adolescentes*. Montevideo: Aguilar.
- Romero, J.F.(2015). *Apuntes de clase del curso de Máster en Atención Temprana Bienio 2015-2016*. Montevideo. Universidad Católica del Uruguay.
- Ruggieri, V. (2011). Trastornos por déficit de atención con o sin hiperactividad. En J. Campistol. *Neurología para pediatras, Enfoque y manejo práctico*(pp.139-151). Madrid: Médica Panamericana.
- Sánchez Rodríguez, G., Quintero Villegas, L. J., Rodríguez Camelo, G., Nieto Sanjuanero, A., & Rodríguez Balderrama, I. (2010). Disminución del estrés del prematuro para promover su neuro desarrollo: nuevo enfoque terapéutico. *Medicina Universitaria*, 12(48), 176-180.
- Sancho, E; Líbano, R (2013). El niño que no duerme bien. En J. Marquillas y J. de la Flor. *Pediatría en Atención Primaria* (pp. 439-503). Barcelona: Elsevier Masson.
- Sarli, R., González S. I., & Ayres, N. (2015). Análisis FODA. Una herramienta necesaria. *Revista de la Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Cuyo*, 9(1). Recuperado de:
http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/7222/rfo-912015-completa.pdf
- Sastre, D., Zabala, C., & Lanza, A. (2004). *Atención de niños con síndrome de Down*. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 75(2), 125-132.
- Shantala. El arte tradicional del masaje a los niños. Recuperado de:
<http://www.cetaos.com/files/ShantalalibroMasajeinfantil.pdf>
- Shonkoff, J , & Phillips, D (2000). *Fromneuron to neighborhood.The science of early childhood development*. National Academy Press: Washington.

- Suárez, A., Suárez, H., & Rosales, B. (2008). Hipoacusia en niños. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 79(4), 315-319.
- Suárez, M. (2015). *Apuntes de clase del curso de Máster en Atención Temprana Bienio 2015-2016*. Montevideo. Universidad Católica del Uruguay.
- Taketomo C., Hodding J., & Kraus D. (14th ed.). (2009). *Manual de prescripción pediátrica*. México DF: Lexicom
- Torres, A (2015). *Apuntes de clase del curso de Máster en Atención Temprana Bienio 2015-2016*. Montevideo. Universidad Católica del Uruguay.
- Venegas, A. O., Gutiérrez, V. R., & de Paula, L. A. A. (2014). Revisión sistemática de las intervenciones para la estimulación en niños con retraso motor de 0 a 12 meses de edad. *Revista Movimiento Científico*, 8(1), 118-130.
- Vigotsky, L. S. (1978). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores* (pp. 159-178). M. Cole (Ed.). Barcelona: Crítica.
- Vojta, V., & E, Schweizer. (2011). Vojta, V., y E, Schweizer. (2011). *El descubrimiento de la motricidad ideal*. Madrid: Morata.
- Waisburg, C. (2016). *Apuntes de clase del curso de Máster en Atención Temprana Bienio 2015-2016*. Montevideo. Universidad Católica del Uruguay.
- Winnicott, D. W. (1972), *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.