



Educaguía
.com

ATENCIÓN TEMPRANA

VI. EL PROCESO DE EVALUACIÓN

VI . EL PROCESO DE EVALUACIÓN

Puntos del tema:

1. valoración del contexto familiar
2. la entrevista
3. pruebas diagnósticas: terminología médica.
4. escalas de desarrollo

1. VALORACIÓN DEL CONTEXTO FAMILIAR:

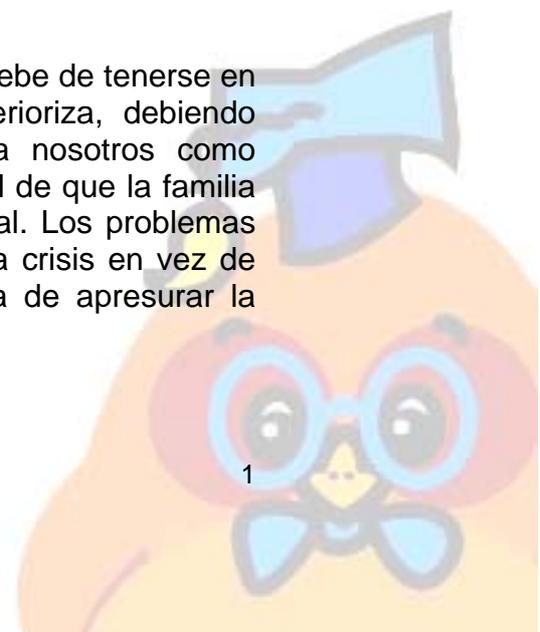
Hablar de la familia en general, puede resultar si no pretencioso, si al menos poco funcional. Sin embargo, a lo largo de la historia y de manera especial para las personas interesadas en la sociedad y en la mejora de las relaciones, saber y conocer el funcionamiento y la específica configuración de lo que denominamos " familia " ha sido un foco prioritario de atención. Hasta la actualidad, se considera el grupo primario más relevante de la sociedad. Se puede discutir a cerca de su naturaleza, aparición, composición, características y funciones, pero la generalización de la misma es evidente. En este sentido, se reconoce que la " célula familiar " ha sido y es en gran medida, almacén económico, afectivo, educativo y social.



Para nosotros, de las diferentes acepciones de familia existentes, nos vamos a quedar con que la mayoría hacen referencia a un *conjunto de individuos que unidos por un vínculo de descendencia utilizan un lugar común de convivencia. Tiene una estructura básica habitando en un espacio durante diversos ciclos vitales, que tiene como fin cumplir funciones sexuales, reproductoras, económicas, socioeducativas y afectivas y que funciona como un sistema con sus propias reglas internas y abierta tanto a la familia extensa como a la comunidad.* (Garrido Fdez, 1995)

En la actualidad, vemos múltiples estructuras y formas de familia y el conocerlas y respetarlas, haciendo hincapié en una base de **neutralidad** es fundamental para cualquier profesional que trabaje con niños y evidentemente con sus familias.

Cuando tomamos contacto con una familia, esto debe de tenerse en cuenta y la comunicación verbal y no verbal se exterioriza, debiendo analizar qué tipo de mensajes nos están llegando a nosotros como profesionales y los síntomas que nos llegan es una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa de ciclo vital. Los problemas surgen tanto cuando parte de la familia trata de evitar la crisis en vez de adaptarse a ella como cuando parte de la familia trata de apresurar la crisis.



ATENCIÓN TEMPRANA

En el caso que nos ocupa, (y sin entrar en una especialidad tan amplia como es la terapia familiar) un bebé es esperado por los padres mucho tiempo antes del nacimiento, siendo investido por diferentes demandas y deseos. En la relación que se establece entre el bebé y la madre, el niño desempeña un papel activo, ya que también él inicia y se retira del intercambio. La experiencia diaria, informa de que el bebé va modelando la conducta de la madre, estableciéndose un feedback continuo entre ambos. El nacimiento de un niño con algún problema de salud, supone un impacto tal que desencadena una crisis en el seno familiar, que va a ser resuelta de acuerdo a su propia historia familiar. De esta crisis la familia puede derivar hacia un reajuste adaptativo o hacia una situación de mayor disfunción. Dentro de los equipos de AT, el profesional es llamado para escuchar el discurso de unos padres ahogados por la angustia y el dolor. el equipo en su conjunto constituye el continente de las angustias y temores de unos padres desorientados que demandan apoyo para poder enfrentar la existencia de un bebé diferente al esperado.

La repercusión del nacimiento de un niño de muy bajo peso, por ejemplo, no sólo se deja sentir en los aspectos emocionales, sino que genera una sobrecarga de trabajo, ya que estos niños requieren cuidados especiales durante meses, revisiones hospitalarias, reingresos y en muchos casos, acudir a Centros de Atención Temprana . El problema se agrava, si el niño presenta otra problemática más grave. Todo esto se hace más patente cuando se trata de gemelos, o partos múltiples en general; en estos casos la sobrecarga de trabajo es tan importante para los padres que requieren ayuda de otras personas y si no la tienen difícilmente van a salir indemnes de esta etapa. En otras ocasiones, la repercusión negativa es de tipo económico, debida con frecuencia a que la madre deja su trabajo fuera del domicilio. Las madres consumen su baja maternal durante el ingreso del niño y el alta llega cuando se está terminando el permiso laboral. En los casos más graves, la situación es extrema y paradójica. Al ser niños con patologías más complejas tienen un ingreso más prolongado y cuando por fin llega el momento del alta en algunos casos su madre ya se ha incorporado al trabajo o está a punto de hacerlo.

Durante un estudio de seguimiento llevado a cabo por el Hospital 12 de Octubre de la Comunidad de Madrid a lo largo de 10 años sobre niños prematuros, en lo que respecta a las familias destacan lo siguiente:

"El 79% de los padres que respondieron el cuestionario refirieron que en el momento del alta del Servicio de Neonatología se sentían preocupados por el futuro de sus hijos y el 48% sentían miedo a no saber cuidarlo. Posteriormente, el 43% refirieron problemas con el peso del niño, el 35% con la alimentación, el 21% con el sueño. **Haber tenido un hijo menor de 1500 gr. les supuso problemas laborales en el 27% de los casos, personales en el 15%, económicos en el 13% o con su pareja en el 13%. Un 64% de los padres recibieron ayuda de otras personas y un 14% de nadie.** (Pallás & cool.pág.106-2000)

ATENCIÓN TEMPRANA

Por todo ello, analizando estos resultados y centrándonos en nuestro campo profesional, es necesario que dentro de estos equipos se lleve a cabo una atención especial a las familias y más concretamente a la figura de los padres o tutores, teniendo en cuenta que a la hora de llevar a cabo una valoración del contexto familiar donde se desarrollará ese niño es necesario estudiar qué factores de disfunción pueden estar influyendo.

A la hora de trabajar, destacamos los siguientes:

- ✚ rechazo al contacto con el niño; falta de acoplamiento y simbiosis con el nuevo bebé
- ✚ no realización de contactos oculares con él
- ✚ no comprensión de los mensajes que estos niños pueden estar llevando a cabo
- ✚ no teniendo una capacidad para consolarle
- ✚ presentación continua de descalificativos hacia él
- ✚ presentando desacuerdos entre los padres o no mostrando un apoyo de manera mutua
- ✚ muestras de situaciones de crisis familiar
- ✚ mostrando una negación del problema
- ✚ no colaborando con los profesionales o mostrando faltas continuas al tratamiento.

A través de la figura del especialista, generalmente un psicólogo o psicopedagogo especializado, se lleva a cabo un estudio tanto del genograma familiar (esto es la demografía, parentesco e historia familiar a lo largo de 3 generaciones que nos ayuden a conocer la familia con la que vamos a trabajar), desarrollando un mapa estructural que ayude en la intervención del nuevo caso a modo de arrojar luz sobre la situación de cada familia en concreto. Generalmente, los trabajadores sociales de los centros o del área de trabajo de esa unidad, son los que ayudan a desarrollar las labores con la familia, a modo de orientación y colaboración que va a repercutir sobre los tratamientos de los niños. Siempre tenemos que recordar que, dentro del desarrollo de los niños, los factores ambientales están muy presentes y dentro de éstos, las condiciones económicas, sociales y culturales van a jugar un papel muy importante por lo que debe de tenerse en cuenta como parte fundamental del trabajo.

Es evidente que todo el ámbito de intervención con las familias, al igual que cualquier otra formación que vemos reflejada en el curso, se lleva a cabo a modo de acercamiento, nunca de profundización, pues, como mencionamos en otros apartados, dicha formación específica de intervención es el resultado de años de aprendizaje.

No obstante, el objetivo aquí es el hacer una llamada de atención sobre la forma de desarrollar el trabajo en las unidades de Atención Temprana.

2. LA ENTREVISTA:

Cuando unos padres acuden a nosotros para plantearnos la necesidad de comenzar un tratamiento en las unidades, es raro el caso de padres que acuden por decisión propia; suelen venir derivados bien del ámbito hospitalario, educativo o desde los servicios sociales de la zona. Esto, va a marcar la pauta a la hora de comenzar nuestra relación profesional con las familias, y la recopilación de los datos en las primeras entrevistas, van a ser lo suficientemente importantes como para poder hacernos una idea de qué problema o qué tipo de problemas vamos a tener en cada caso. Las entrevistas, como la mayor parte del trabajo de los equipos, requiere experiencia y un cierto "sexto sentido" a la hora de recopilar los datos. Vamos a ver cómo se debe de desarrollar desde un punto de vista de instrumento de trabajo.



Debe de ser **diagnóstica y psicoterapéutica**; esto significa que nos debe de aportar elementos del "rompecabezas" que nos ayuden a entender cuál es el problema o el diagnóstico real para comenzar nuestro trabajo. La mayoría de las veces, los niños vienen con un diagnóstico poco clarificador; por ejemplo: retraso generalizado del desarrollo (lo cual es lógico, pues la plasticidad y maduración del sistema nervioso central en estas edades, daría lugar a diagnósticos cerrados probablemente erróneos) y a la hora de trabajar, nos damos cuenta que el diagnóstico origen del problema, es otro distinto. Los recursos verbales y no verbales que cada persona presenta, son capaces de crear y mantener una expectativa de cambio en la familia. Capaces de hacer nacer y aumentar una esperanza de curación o mejoría. Esta esperanza será lo que les movilice su confianza en nosotros para seguir las indicaciones y para hacerles coparticipes en el tratamiento (si ellos no lo hacen en casa de nada servirá lo que digamos o hagamos)

En las entrevistas, el terapeuta que las lleva a cabo, generalmente el psicólogo o psicopedagogo, debe de reunir una serie de características, como son:

- ✚ tener competencia técnica
- ✚ mantener una relación empática con la familia
- ✚ **neutralidad**
- ✚ realizar una devolución de la información;



ATENCIÓN TEMPRANA

Vamos a ocuparnos brevemente de la devolución de la información; ésta, se realizará después de la primera entrevista y de la exploración del niño, informando sobre lo que hemos visto, indicación o no la forma de tratamiento así como las pautas a seguir y las recomendaciones que para los padres serán necesarias a modo de trabajar en la casa.

Para todo ello, es importante utilizar un lenguaje inteligible, si hace falta con una demostración. Debemos asegurarnos que nos entienden. Utilizar frases cortas mirándolos para asegurarnos que hasta allí entienden. Utilizar palabras que la familia ha utilizado y procurar un discurso coordinado.

Al principio la relación terapeuta-familia va a ser simétrica, (es decir, la familia es menos participativa esperando la intervención del profesional) , para llegar posteriormente a una relación más de colaboración y responsabilización de la familia en el tratamiento de su hijo.

Cuando nos enfrentamos en el despacho a las entrevistas, tenemos que tener en cuenta lo siguiente:

EL ARTE DE HACER UNA MALA ENTREVISTA:

- ✚ No tener un buen contacto visual
- ✚ Interrumpir a los padres continuamente
- ✚ Escribir, leer informes mientras nos cuentan su historia
- ✚ Actuar como si estuviéramos ocupados
- ✚ Mostrarle su hostilidad
- ✚ Ser impersonal y distante
- ✚ Emplear una jerga técnica
- ✚ Ignorar sus preguntas
- ✚ Hacer entrevistas cerradas (preguntas estructuradas sin posibilidad de improvisación en función del camino que tome el diálogo)
- ✚ Restar importancia a su problema
- ✚ No dar explicaciones

POSITIVO:

En las primeras entrevistas, con los padres, es importante interesarse por “cómo” ven los padres al niño, resaltar sus cualidades, interpretar señales del niño hacia sus padres, informar objetivamente sin anticipar, optimizar ni descalificar la evolución del niño, mantener la neutralidad con los familiares así como adquirir un compromiso de colaboración de los padres. ¡ **OJO** ! no de complicidad ni de coqueo. Esto es algo que

ATENCIÓN TEMPRANA

teóricamente siempre se tiene muy claro, aunque en la realidad, sólo la experiencia nos va poniendo en sobreaviso de este tema. Los padres buscan conseguir siempre lo que quieren y nos deben de ver como profesionales que para ayudar van a pedir una serie de compromisos.

NEGATIVO:

No insistir en los temas de embarazo y parto. No insistir en los temas de patologías familiares o parecidos físicos (esto genera mucha culpabilidad a los padres si anteriormente no hay una buena aceptación de la situación).

No debemos de responder a preguntas de otras especialidades sino que dichas preguntas se derivarán al profesional correspondiente.

No les abrumaremos con tareas complejas. Respecto a esto, resulta muy útil enviar tareas a los padres para hacer en la casa cuando son objetivos que ya se han conseguido o están camino de ello en las sesiones de tratamiento. Si lo hacemos de otra manera, corremos el riesgo de no trabajar en esa zona de desarrollo próximo que siempre mencionamos y el resultado puede ser tanto la frustración de los padres, porque ven que no lo consiguen, como el cansancio del niño, al no obtener éxito.

Es muy importante no aceptar ni fomentar las alianzas

Es evidente, que todos los aspectos nombrados anteriormente, no son fruto de unas pautas sino que, como alumnos, os daréis cuenta que sólo a lo largo de la experiencia y el tiempo, así como el pasar por las diferentes situaciones, llevará a dominar las técnicas de la entrevista y una vez más la observación nos ayuda como retroalimentación de nuestro trabajo.

Las **técnicas** empleadas para la entrevista que se proponen son:

- Neutralidad y circularidad en la información
- Respeto al soporte mítico del grupo familiar
- Utilización de rituales propios ; cada profesional va perfeccionando su técnica
- Llevar a cabo una connotación positiva del síntoma
- Apoyarse en el uso de metáforas y lenguaje sencillo
- Identificar la postura emocional que está primando en la familia
- Apoyar la capacidad de cada familia para construir la tarea terapéutica

Para llevar a cabo una evaluación del sistema familiar, en atención temprana deberemos considerar:

- ✚ El momento del ciclo vital en que se encuentran, es decir, si hay una aceptación de la nueva situación, por ejemplo.
- ✚ La información que tienen y la que tenemos nosotros

ATENCIÓN TEMPRANA

- ✚ Los primeros vínculos, cómo están establecidos
- ✚ El problema, cómo es vivido por cada miembro de la familia nuclear y las respectivas familias de origen
- ✚ Estilos y reglas relacionales que existen: cómo se organiza esa familia, qué papel adopta cada miembro de cara a la convivencia, el trabajo, etc.
- ✚ Qué apoyos reciben y en qué se apoyan
- ✚ Qué crisis hay, (si es que están manifiestas) y qué ajuste están realizando: hay una manifestación abierta, está encubierto con ocupaciones fuera del ámbito familiar etc.
- ✚ Qué motivación tienen
- ✚ Qué diagnóstico hay y qué pronóstico se tiene

Por último, es importante saber qué es lo que más les preocupa a ellos como padres y qué es lo que esperan. Esto nos ayudará a tener en cuenta las expectativas que se plantean, pues a veces esto es un primer punto a trabajar.

Aquí mostramos un modelo de entrevista, no cerrado, es decir que no hay una propuesta estándar para todos los Centros, sino que cada uno crea su propio modelo aunque siempre se recogen como mínimo los datos que mostramos aquí:

ENTREVISTA CLINICA

FECHA:

MOTIVO DE LA CONSULTA:

DIAGNOSTICO MEDICO PRINCIPAL:

REMITIDO POR:

ACUDEN A LA ENTREVISTA:



DATOS FAMILIARES

Nombre y apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Edad real:

Edad corregida:

Dirección:

Teléfono:

Nombre del padre:

Edad:

Profesión:

Nombre de la madre:

Edad:

Profesión:

Salud de los padres:

Número de hermanos:

Nombres:

Edades

Lugar que ocupa el niño:

Salud de los hermanos:

Otros familiares que conviven en el hogar:



ANTECEDENTES FAMILIARES

Embarazo:

—

- Normal o patológico:
- Deseado:

Parto:

- normal o inducido:

- ✚ asfixia:
- ✚ ictericia
- ✚ lloró al nacer:
- ✚ pesó al nacer :
- ✚ talla al nacer:

complicaciones posteriores:

DESARROLLO EVOLUTIVO

Lactancia natural o artificial

Duración:

Succión:

Destete:



Cambio de alimentación (problemas):

Edad en la que sostuvo la cabeza:

Edad en que se sentó solo:

Edad en que le salió el primer diente:

Edad en que gateó:

Edad en que se mantuvo de pie agarrado:

Edad en que dió los primeros pasos:

Edad en que dijo las primeras palabras:

Control de esfínteres:

Empleo de la frase en su lenguaje:

Enfermedades que ha padecido:

SITUACION ACTUAL

Sueño:

Alimentación (Tipo):

Moja la cama:



Juego:

Contacto con otros niños:

Contacto con los adultos:

Actitud de los padres hacia el niño:

Expectativas de los padres acerca del niño:

Comportamientos problemáticos:

- **Reacciones de los padres ante ellos:**
- **Intensidad de estos comportamientos:**
- **En qué circunstancias se dan:**



LENGUAJE

Hacía ruidos con la boca cuando tenía meses:

Jugaba con la voz haciendo “aaa”, “aeu”:

Hubo un periodo de “bababa” y “papapa”. Cuándo fue?

A qué edad dijo papá y mamá:

Otras palabras distintas a papá y mamá. Edad en que dijo las primeras palabras:

Empleo de la frase en su lenguaje:

Cómo se comunica:

Tiene algún tipo de jerga. Se ayuda también de mímica o gestos o le basta su jerga:

Es capaz de escuchar un cuento o estar atento cuando mira un libro de imágenes:

Le gusta la música:

Cuando le habláis le señaláis además de hablarle:

Nivel de comprensión: comprende las preguntas e instrucciones corrientes (órdenes sencillas):

Si el/la niño/a imita qué imita:



OBSERVACIONES:



Cuando no se tiene experiencia, se suele agobiar a los familiares preguntando todo; poco a poco, el profesional va priorizando la información, habiendo respuestas que con la observación y el trato, no hace falta volver a insistir, salvo que se busque la respuesta u opinión por parte de los padres con el fin de contrastar la información que se tiene.

3. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: TERMINOLOGÍA MÉDICA

Cuando en esos primeros contactos con las familias éstas nos entregan informes médicos, muchas veces vienen en un lenguaje no siempre inteligible para los profesionales que no nos dedicamos al campo de la medicina y esto dificulta la clarificación de los diagnósticos así como retrasa la devolución de la información hacia las familias. Por ello y a modo de facilitaros una mejor comunicación interprofesional, dedicaremos un pequeño apartado teórico a la terminología médica que aparece de manera generalizada en los informes. Esto, lo completaremos con ejercicios prácticos de búsqueda e interpretación de la información.



Algunas de las problemáticas más comunes que nos encontramos en los informes, pueden ser las siguientes:

HEMORRAGIA SUBEPENDIMARIA BILATERAL: Zona del cerebro (parte frontal) donde se diferencian las distintas neuronas. Si se produce una hemorragia de este tipo, el riesgo de parálisis cerebral es elevado.

LEUCOMALACIA QUÍSTICA BILATERAL: Pérdida de neuronas

FUR: frecuencia de la última regla. Este dato, es habitual en los informes, a modo de ayudar a calcular la semana de gestación en la que se encuentra la madre.

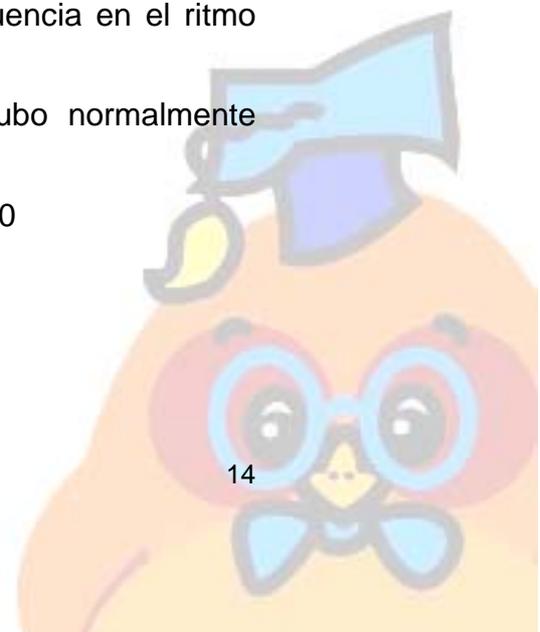
CIR: crecimiento intrauterino retardado. Si esto se produce en el feto, se suele provocar una cesárea a modo de evitar el sufrimiento fetal en el bebé

BRADICÁRDICO: hace referencia a la baja frecuencia en el ritmo de latidos del corazón en el bebé

INTUBACIÓN OROTRAQUEAL: inserción de tubo normalmente por la garganta

TROMBOPENIA: nº de plaquetas inferior a 150.000

ISQUEMIA: falta de oxígeno



ATENCIÓN TEMPRANA

HIDRONEFROSIS: distensión (dilatación) del riñón por la orina, causada por la presión de retorno sobre el riñón cuando se obstruye el flujo.

DUCTUS: comunicación entre arteria aorta y pulmonar

SEPSIS: infección bacteriana grave que se propaga por todo el cuerpo durante el primer mes de vida

INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS: enfermedad vírica que puede causar lesiones cerebrales o incluso la muerte del recién nacido

TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA: infección que se produce durante el embarazo causada por un parásito que pasa de la madre al feto.

DISPLASIA BRONCOPULMONAR: los grandes prematuros con diagnóstico de displasia broncopulmonar y necesidad de oxígeno hasta la 36 semanas de edad corregida, van a necesitar apoyo desde temprana edad para intentar que las limitaciones que sufran sean las mínimas posibles. Esta enfermedad, se caracteriza por la dependencia crónica de suplementos de oxígeno. Los principales factores implicados en el desarrollo de la enfermedad son la inmadurez pulmonar y el daño que sufre el pulmón como consecuencia de la ventilación mecánica y oxigenoterapia. A pesar del tratamiento sustitutivo de la enfermedad de membrana hialina con surfactante y de otros avances en la prevención y tratamiento de las enfermedades respiratorias neonatales, la frecuencia de displasia broncopulmonar prácticamente no se ha modificado.

ATRESIA ANAL: Ano imperforado es el desarrollo incompleto del mismo.

TORTICOLIS CONGÉNITA: enfermedad por la cual el cuello del recién nacido y la cabeza se inclinan hacia un lado de forma poco natural. La causa suele ser una lesión de los músculos del cuello durante el nacimiento; otras causas incluyen la unión de las vértebras cervicales (síndrome de Klippel-Feil) o la unión de la primera vértebra del cuello con el cráneo (fusión atlanto-occipital)

ARTROGRIPOSIS MÚLTIPLE CONGÉNITA: Trastorno en el que una o más articulaciones se fusionan y, en consecuencia no pueden flexionarse.

TAC: Tomografía axial

PAAF: punción aspirador aguja fina

GLOSOPTOSIS: caída de la lengua hacia la faringe (característico de S. De Pierre Robin



EJERCICIO DE BÚSQUEDA:

A modo de ejercicio, os propondremos la búsqueda, bien por libros o por la red de los siguientes términos, teniendo posteriormente que citar la fuente de localización de dicho término:

FONTANELA NORMOTENSA:

MEGALIAS

EXUDADO CONJUNTIVAL

ENTEROBACTER CLOACAE

APOYO INOTRÓPICO

DIURESIS

VENOCLISIS

ECOGENICIDAD SUBEPENDIMARIA

PROMINENCIA DEL SISTEMA PIELOCALICIAL

URETEROHIDRONEFROSIS

MASA SÓLIDA HIPOECOGÉNICA

ADENOPATÍA

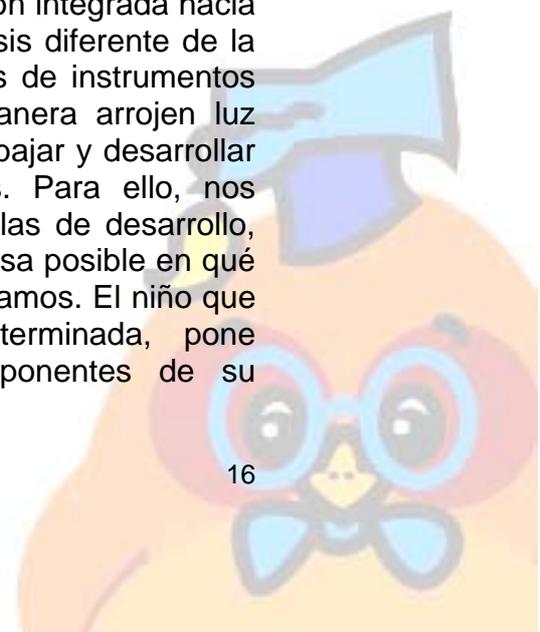
RAC CRANEAL

SUBEPENDIMARIO

ESPACIOS SUBARACNOIDEOS

4. ESCALAS DE DESARROLLO UTILIZADAS EN ATENCIÓN TEMPRANA:

Dentro del interés por llevar a cabo una aproximación integrada hacia el desarrollo del niño que puede conducirnos a un análisis diferente de la finalidad de sus conductas, nos es necesario ayudarnos de instrumentos validados para nuestra población y que de alguna manera arrojen luz desde un punto de vista cuantitativo que nos permita trabajar y desarrollar los programas de nuestras posteriores intervenciones. Para ello, nos ayudamos de distintos instrumentos, denominados escalas de desarrollo, que nos van a permitir saber de una manera lo más precisa posible en qué edad de desarrollo se encuentra el niño con el que trabajamos. El niño que utiliza unos medios para alcanzar una meta determinada, pone espontáneamente en funcionamiento todos los componentes de su



personalidad: sistemas sensoriales, motricidad, representaciones, motivación, etc y esto es en parte lo que podremos valorar. La orientación ecológica e interaccionista necesaria para la validez de la aproximación evolutiva se niega a separar al niño de su medio. Esta orientación favorece una aproximación integrada del desarrollo; la interpretación de los resultados de una evaluación no se hace más que en función de los objetivos iniciales del evaluador, pudiendo poner el acento sobre el resultado (cuánto) o sobre el funcionamiento que ha llevado a ese resultado (cómo) y es el estudio de estas elecciones preferentes lo que más nos enseñará sobre la forma de desarrollarse las características individuales a lo largo del desarrollo. No obstante, cabe decir que el examen del comportamiento con la ayuda de los test no puede ser suficiente y es preciso acompañarlo de un examen neurológico más profundo. Sería un error pensar que los baby-test pueden reflejar con precisión los que será la inteligencia posterior. No miden inteligencia en sí misma, sino solamente un ritmo de desarrollo general porque los aspectos del comportamiento son todavía muy dependientes entre sí como para servir de información sobre las diferenciaciones que se manifiestan posteriormente en los planos distintos de lo físico y de lo mental. Para los autores, importa bastante poco en la práctica " saber si el niño examinado obtendrá los mismos resultados dentro de seis meses o de seis años " lo más importante es señalar lo antes posible problemas de desarrollo de manera que se pueda llevar a cabo inmediatamente una acción educativa o reeducativa y ayudar a los padres a comprender mejor las necesidades y las dificultades de los niños llamando su atención sobre ciertos aspectos de los comportamientos de los niños y permitir a cada uno obtener la solución más simple y eficaz que les convenga.

Dentro de las escalas evolutivas utilizadas, hay toda una variedad que cada equipo profesional escoge, bien por unos motivos o por otros. Actualmente, no hay una unificación en las escalas utilizadas para el conocimiento de todos los profesionales implicados. Aquí, enumeraremos las más conocidas y desarrollaremos una de ellas, a modo de ejemplo y conocimiento práctico de su utilización.

Las escalas de desarrollo publicadas en nuestro país fundamentalmente a través del Grupo TEA, deben de estar baremadas y contrastadas con grupos de población referentes a la que sea más cercana a nuestra realidad. Así, la Batelle, la Brunet- Lézine corregida, la Guía Portage y la escala Bayley , son las más utilizadas dentro de nuestro ámbito territorial, si bien es cierto que existen discrepancias sobre cuál es mejor. Así por ejemplo, existen investigaciones en la actualidad, concretamente entre grupos de la comunidad catalana, donde ponen de manifiesto la baja efectividad de una de las escalas más utilizadas, la Brunet- Lézine corregida, e insistiendo la necesidad de traducir al castellano la escala de Bayley II, por ser la que más se adecua a esta población obteniendo un análisis de resultados muy ajustados a la realidad. No obstante, este es un apunte que está en vías de investigación. En concreto, dicha escala consta de 3 escalas diferenciadas que contribuyen a evaluar el desarrollo del niño en sus primeros dos años y medio de vida. La

ATENCIÓN TEMPRANA

primera, escala mental, aprecia aspectos relacionados con el desarrollo cognitivo y la capacidad de comunicación. La escala de psicomotricidad evalúa el grado de coordinación corporal, así como habilidades motrices finas en manos y dedos. Por último, el registro del comportamiento permite analizar la naturaleza de las orientaciones sociales y objetivas hacia el entorno.

Otra de las baterías evaluativas utilizadas en el desarrollo, es la Guía PORTAGE, pues ésta, abarca hasta los 6 años de edad, ofreciendo así una cobertura de trabajo para niños más grandes. Al igual que las anteriores, plantea distintas áreas de desarrollo como son la social, lingüística, adaptativa, cognitiva y motora. Dentro de la lingüística, se divide en lenguaje comprensivo y expresivo y dentro de la motora, estudia la motricidad gruesa y fina por separado. Esta prueba lleva más tiempo de ejecución aunque la información que se obtiene es muy concreta, lo cual ayuda a la hora de ajustar los trabajos de la programación con el niño aunque los especialistas apuntan a su desfase en la actualidad, habiendo pruebas más actualizadas.

La escala BATELLE (Inventario de desarrollo) aprecia el nivel de desarrollo del niño (con o sin minusvalías) y permite evaluar su progreso, en cinco áreas diferentes: personal / social / adaptativa / motora / comunicación y cognitiva. Está formada por más de 30 elementos, puede aplicarse en su forma completa o abreviada (screening); por ser una escala que se suele utilizar a partir de los 30 meses (al ser este el límite de edad de la BRUNET-LÉZINE corregida, más utilizada en edades inferiores por su fácil aplicación) no la desarrollaremos en este curso pues, como solemos comentar, nos centramos en el primer año de vida del bebé.

A modo de ejemplo, comentar que dentro del área de lenguaje, algunos de los más utilizados son:

- ✚ El examen fonético de Monfort y Suarez
- ✚ Test de Terman Merrill (analiza medida de inteligencia, y factor verbal) Aplicable a partir de los 2 años
- ✚ Test Borel Maissony: analiza comprensión y expresión verbal para ver si el niño tiene o no el uso correcto de un material lingüístico y cómo lo utiliza. Aplicable a partir de 2 años hasta 6
- ✚ Test Peabody, de comprensión verbal. Aplicable de 2 años y medio hasta los 6
- ✚ ITPA (Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas: analiza el nivel tanto representativo como el automático y es aplicable a partir de 2 años y medio ; estudia las siguientes áreas:
 - ✚ Comprensión auditiva
 - ✚ Comprensión visual
 - ✚ Memoria secuencial visomotora



ATENCIÓN TEMPRANA

- Asociación auditiva
- Memoria secuencial auditiva
- Asociación visual
- Integración visual
- Expresión verbal
- Integración gramatical
- Integración auditiva
- Expresión motora

Ya dentro de las escalas generales del desarrollo, la Brunet- Lézine, por ser una de las más utilizadas entre los diversos equipos, la desarrollaremos practicando además el análisis de algunos casos prácticos, con el fin de entender la dinámica de lo que se persigue con este tipo de trabajos.

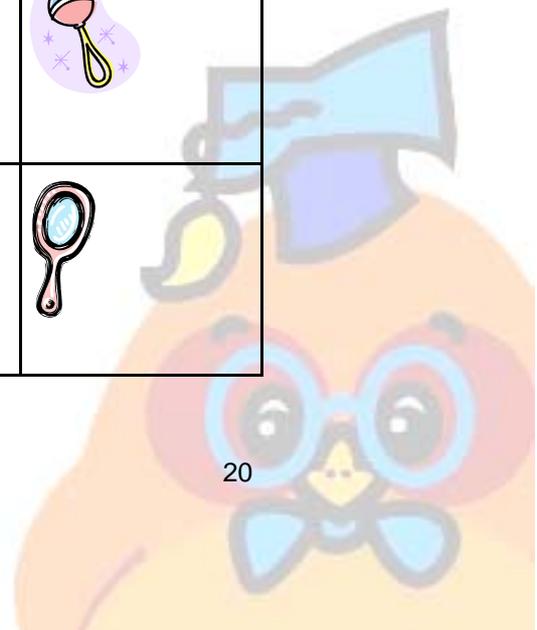
Esta prueba, abarca desde el nacimiento del niño hasta los 30 meses de edad, y divide su estudio en las cuatro áreas del desarrollo: cognitiva-perceptiva, postural, del lenguaje y de socialización. Dentro de las mismas, hay que valorar además los niveles de atención; es decir, si el niño observa lo que tiene o si lo explora, no sólo lo que hace, sino también cómo lo hace. El material que se utiliza para llevar las pruebas a cabo, viene recogido en una maleta, habiendo sido elegido por atrayente, sin peligro y resistente, sin embargo en algunos ítems la utilización de pequeños objetos exigirá por parte del examinador una actitud vigilante.

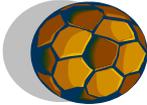
Los materiales que se necesitan se desarrollan en el siguiente cuadro. Es un material atrayente, sin peligro y resistente. Sin embargo, algunos ítems exigen la utilización de pequeños objetos (botón) por lo que el examinador debe estar siempre muy vigilante durante su utilización, en particular con los niños pequeños que se llevan muchos objetos a la boca.



LISTA DE MATERIAL INCLUIDO EN LA MALETA

<p>Tablita para encajar (círculo-triángulo-cuadrado)</p>	
<p>Campanilla</p>	
<p>Conjunto de 12 cubos de madera</p>	
<p>Cucharilla de café</p>	
<p>Lapicero rojo</p>	
<p>Pastilla / Caramelo</p>	
<p>Sonajero</p>	
<p>Espejo</p>	



Balón (pelota grande de plástico)	
Libro de dibujos	
Juguetes para tirar	
Muñeca	
Silla Pequeña	
Taza Grande	
Aro	
Servilleta	
Frasco de vidrio	



Cepillo pequeño para el cabello	
Taza pequeña	
Dos láminas de dibujos	
Pelota pequeña	
Muñeca pequeña	
Coche	
Cuchara Pequeña (de niños)	
Gafas	
Botón	
Caballo	
Reloj	



Cordero	
Lápiz azul	

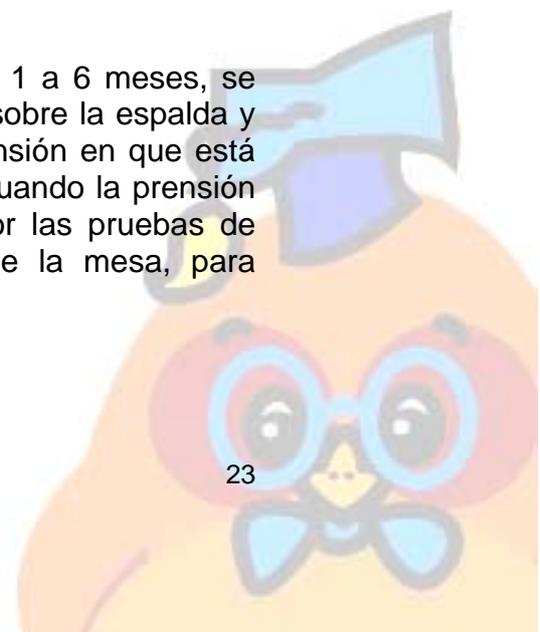
APLICACIÓN:

Se dispondrá de una mesa delante de la cual la madre podrá sentarse teniendo sentado cómodamente al niño sobre sus rodillas. Esta mesa estará cubierta de una sabana forrada para las pruebas posturales para las que el niño deberá estar tumbado. La superficie sobre la que se manipule el material deberá ser lisa y contrastar con el objeto presentado. En las pruebas de manipulación el examinador se situará a la izquierda del niño, un poco hacia atrás, teniendo cogido el material, la mesa deberá estar completamente vacía con el fin de no perturbar su atención. Los objetos se presentarán en el centro de la mesa.

No obstante, no debéis obsesionaros con la manera de pasar las pruebas. En la práctica, con la experiencia cada profesional lo adapta a su manera.

Respecto a los tiempos de aplicación, la atención del niño es muy débil, por ello se debe intentar por todos los medios limitar el tiempo del examen. En general, para los niños de menos de 15 meses, el tiempo de aplicación se sitúa entre los 25 y 35 minutos. Para los niños de más edad la aplicación puede durar hasta 60 minutos. Sin embargo, la duración de las pruebas es variable para cada niño según su disponibilidad y su interés. Si se muestra fatigado o irritable y sus respuestas no parecen reflejar sus posibilidades, se puede interrumpir la aplicación y reemprenderla un poco más tarde. No hay un límite de tiempo para la aplicación de los ítems. En función del interés del niño hacia el material, de las tareas propuestas y de la relación establecida con el examinador, algunos ítems que no hayan obtenido respuesta al principio del examen pueden volver a ser presentados.

Hay unos criterios de inicio y de finalización: de 1 a 6 meses, se comenzará por las pruebas en que el niño está tendido sobre la espalda y se continuará por las pruebas de visualización y de prensión en que está sentado delante de la mesa. Después de los 6 meses, cuando la prensión haya sido bien establecida, la aplicación comenzará por las pruebas de manipulación, manteniendo al niño sentado delante de la mesa, para finalizar con las pruebas posturales.



ATENCIÓN TEMPRANA

Según la edad del niño o el nivel que se le supone, se aplicará la serie de pruebas (diez ítems) del nivel correspondiente, pasando a los niveles inferiores en caso de fracaso (incluso en un solo ítem) y prosiguiendo hacia arriba en caso contrario hasta un fracaso completo en un nivel de edad (diez ítems)

EJERCICIO DE PRÁCTICA:

El caso que proponemos a continuación, pertenece a un niño con síndrome de Prader Willi. Deberéis buscar información lo primero sobre este síndrome y dejar reflejadas sus características y la fuente de dónde habéis obtenido la información. Una vez hecho esto, y en vista a los resultados que aparecen en el cuadro de anotación y perfil, deberéis hallar:

- 🎯 El número de puntos
- 🎯 AD en meses
- 🎯 AD en días
- 🎯 QD
- 🎯 Hallar el perfil

Tenéis que tener en cuenta, que las puntuaciones con signo de suma, es que consigue superar el ítem y con signo de resta, que no. Tener además en cuenta, que las puntuaciones entre 2 y 10 meses incluidas, valen un punto; entre 12 y 14 meses, valen 2 puntos; entre 17 y 20 meses, valen 3 puntos; de 24 meses, 4 puntos y de 30 meses, 6 puntos.

Para obtener la AD tanto en meses como en días, las buscaremos en las tablas

El QD es el resultado de dividir la Edad de desarrollo en días (AD en días) entre la edad real una vez corregida por la tabla de prematuridad, si es que hay, multiplicando el resultado de esa división por 100. Redondearemos en caso de decimales con un límite de 05 ; así un resultado de 57, 48 se valorará como un 58 y si obtuvieramos 57, 44 , se valorará como un 57.

Cuando tengamos los resultados iremos corrigiendo y realizaremos el siguiente paso, que es la interpretación de resultados.

