



X JORNADAS REGIONALES DE ATENCIÓN TEMPRANA

"Evaluación y Diagnóstico en *Atención Temprana*"

Baños de Fortuna 18 y 19 Noviembre 2005



RESÚMENES

CONFERENCIAS

Evaluación del lenguaje en Atención Temprana

Sonia Mariscal Altares.

Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Resumen:

La detección temprana de retrasos o trastornos del desarrollo en general y del desarrollo del lenguaje en particular constituye no sólo una necesidad en la práctica clínica y educativa, sino la mejor manera para garantizar el éxito en el tratamiento de los mismos.

En el contexto del desarrollo de la comunicación y el lenguaje antes de los tres años apenas contamos en el panorama editorial español con pruebas de detección y evaluación con las suficientes garantías científicas (véase, por ejemplo Puyuelo et al., 2002). Las razones de esta escasez se deben en parte a las dificultades metodológicas que supone la evaluación en estas edades tan tempranas.

En esta presentación, se revisarán brevemente los instrumentos y técnicas actualmente disponibles para evaluar las habilidades comunicativas y lingüísticas tempranas. A continuación se planteará la utilidad de los informes parentales y su fiabilidad. El núcleo principal de la presentación se dedicará a presentar los Inventarios MacArthur (Fenson et al., 1993) en su adaptación al español (López Ornat et al., 2005).

Se describirá su estructura, las innovaciones incluidas en la versión española, su proceso de baremación y se seleccionarán algunos resultados interesantes tras analizar los datos de la muestra completa (más de 1000 niños de toda España). Finalmente se resaltarán las ventajas y limitaciones que tiene el uso de estos inventarios, ilustrándolo con casos prácticos y se concluirá planteando un conjunto de buenas prácticas de uso de las mismas.

Referencias:

Fenson, L., Dale, P.S., Reznick, J.S., Thal, D., Bates, E., Hartung, J., Pethick, S. & Reilly, J. (1993) *The MacArthur Communicative Development Inventories: user`s guide and technical manual*. San Diego, Singular Publishing Group.

López Ornat, S., Gallego, C., Gallo, P., Karousou, A., Mariscal, S. & Martínez, M. (2005) *Inventarios de desarrollo comunicativo MacArthur*. Manual. Madrid: TEA, Ediciones.

Puyuelo, M., Rondal, J., Wiig, E. (2002) *Evaluación del lenguaje*. Barcelona: Masson.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN TEMPRANA

M^a Carmen Lillo Navarro

Universidad Miguel Hernández. Elche

mclillo@umh.es

Los objetivos de esta ponencia son:

1. Presentar la evolución en el modelo de discapacidad y su repercusión en la fisioterapia en atención temprana
2. Revisar el estado actual de la evaluación fisioterápica en atención temprana en España y los métodos más utilizados
3. Presentar un modelo de evaluación en fisioterapia pediátrica y algunas de las escalas de evaluación internacionales más utilizadas

La evolución del modelo de salud y discapacidad desde 1965 ha sido la siguiente:

- modelo salud 1965 Nagi: patología, déficit, limitación funcional, discapacidad. "ausencia de enfermedad"
- modelo 1980 OMS: enfermedad, déficit, discapacidad, hándicap.
- modelo 2002 OMS (médico-social): funciones y estructuras del cuerpo humano, capacidades, participación.

Las carencias principales de los modelos antiguos son que:

- las intervenciones se realizan únicamente hacia los problemas o déficits
- la discapacidad se debe a déficits en el individuo y la intervención es médica
- muchos niños tendrán déficits toda su vida y no podemos limitar la fisioterapia al tratamiento de los déficits, debemos hacer algo más...

El modelo nuevo introduce las siguientes mejoras:

- hace referencia a las estructuras y funciones de la persona, incluyendo la función psicológica en los déficits.
- habla de "capacidades" como la habilidad de un individuo para realizar tareas.
- la incapacidad se llama "limitación de capacidad"
- habla de la "participación" de una persona en las actividades de ocio y trabajo
- aborda la discapacidad como un problema social, no únicamente médico: "la discapacidad se debe en parte a la falta de apoyo de la sociedad, incluyendo los problemas de predisposición y accesibilidad de las personas con necesidades especiales" OMS 2002

Este nuevo modelo tiene implicaciones en la fisioterapia, ya que el diagnóstico fisioterápico debe abarcar tanto las limitaciones funcionales como las capacidades del paciente, las discapacidades, las habilidades de participación y los hándicaps.

Esto requiere una revisión de modelos de evaluación antiguos, que se están utilizando en la actualidad, aplicación de evidencias científicas en la valoración y tratamiento del niño, e identificación de objetivos para el niño y la familia.

En la fisioterapia en atención temprana es necesaria la utilización de métodos que garanticen la efectividad y eficiencia de la valoración de los pacientes. Deben poseer las siguientes características: validez, fiabilidad, aplicabilidad, flexibilidad y especificidad.

En España, los tres "métodos" de evaluación y tratamiento en fisioterapia pediátrica más utilizadas en los CDIAT son Bobath, Vojta y Le Metayer. Vamos a realizar un breve análisis de las características del "protocolo de exploración" de cada una de ellas.

Bobath se basa en el estudio de:

Actividad motriz espontánea, Actividad motriz ante un estímulo, Exploración de deformidades y contracturas, Reflejos primitivos, AVD, Test del tono postural, Reacciones automáticas de enderezamiento, equilibrio y apoyo.

Vojta se basa en el estudio de:

Ontogénesis postural, Reflejos primitivos, Reacciones posturales

Le Metayer se basa en el estudio de:

La motricidad voluntaria, La motricidad dirigida, La motricidad provocada, Examen muscular pasivo, Valoración del lenguaje, capacidad cognitiva, manipulación, AVD...

Parece ser que, sin entrar a valorar el tipo de tratamiento de cada uno de los "métodos", en la exploración, existen más similitudes que diferencias, y es necesario un mayor número de evidencias científicas que avalen el uso de uno de estos tres métodos de valoración frente a los demás.

NUEVAS PROPUESTAS

Guías de práctica clínica:

- Guía de Práctica Clínica de Fisioterapia Pediátrica basada en la evidencia.
- Incluye exploración, tests y protocolos.
- Disponible en la web de APTA www.apta.org

TESTS VALIDADOS

- Algunos son nuevos instrumentos y otros son tests actualizados con mayor especificidad y sensibilidad.
- Deben ser instrumentos para poblaciones y entornos específicos.
 - o Peabody Motor: PDMS2
 - o GMFM: Valoración de la Función Motriz Gruesa
 - o GMFCS: Sistema de Clasificación Motriz Gruesa en PCI
 - o PEDI: Inventario de Evaluación de Discapacidad en Pediatría
 - o SPCM: Valoración del control postural en sedestación
 - o AIMS: Escala de Motricidad Infantil de Alberta
 - o WeeFIM: Escala de Independencia Motora Funcional
 - o MFM: Escala de Función Motriz para niños con ENM

OTRAS VALORACIONES

- Valoración del tono muscular, espasticidad, rango articular.
- Valoración de la marcha

Acceso a la información

- Base de datos de Fisioterapia basada en la evidencia PEDro
 - o [http:// www.pedro.fhs.usyd.edu.au/index.htm](http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au/index.htm)
- Instituto Nacional Norteamericano de Servicios de Salud
 - o <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Base de datos Cochrane
 - o <http://www.cochrane.org>
- Base de datos de la Asociación Americana de Fisioterapia basada en la evidencia.
 - o <http://www.apta.org>
- Base de datos sobre evidencias científicas Pubmed

COMUNICACIONES

Análisis comparativo de la BSID-I frente a la BSID-II en niños evaluados a los 6 y 12 meses de edad

Grupo de Investigación en Atención Temprana (GIAT) y Alumnos internos (M^a Dolores Alarcón, Lara Andreu, Elena Cuevas, Jorge Mármod, Laura P. Perea)

Universidad de Murcia

juliopl@um.es

Resumen

El objeto del presente trabajo consistió en tratar de comprobar si las Escalas Mental y Psicomotora de las Escalas Bayley del Desarrollo Infantil (1977) (BSID-I) sobre valora el desarrollo de los niños cuando se les compara, a los 6 y 12 meses de edad cronológica, con la evaluación realizada mediante las mismas escalas de la 2^a Edición, Bayley (1993) (BSID-II).

Los participantes fueron 68 niños valorados a los 6 y los 12 meses de edad cronológica con las citadas escalas. Los resultados indicaron que la media de las puntuaciones en la escala mental es de 23,3 puntos más a los 6 meses y de 11,8 a los 12 meses (D.T. de 9,77 y 7,88 respectivamente) en la BSID-I frente a la BSID-II. Mientras que en la Escala Psicomotora, las diferencias son de 23,93 puntos a los 6 meses y de 10,16 a los 12 meses (D.T. de 9,85 y 9,02, respectivamente) en la BSID-I frente a la BSID-II.

Estos resultados se discutirán en relación con los trabajos existentes y sugieren que se podrían estar interpretando como falsos negativos a niños con algún retraso en el desarrollo si son evaluados con la BSID-I.

El trastorno específico del lenguaje (TEL) desde la experiencia en Atención Temprana

Isabel Caravaca Cantabella

Equipo de Orientación Psicopedagógica de Atención Temprana. Murcia.
eatemprana2@inicia.es

Resumen

Con esta comunicación se pretende poner de manifiesto, la importancia de detectar lo antes posible aquellos niños que tienen indicadores de padecer un Trastorno específico de lenguaje (TEL). Señalar aquellas dificultades que tienen algunos de estos niños con problemas de comunicación, que nos hacen predecir un posible TEL a partir del 2º año de vida, señalar algunos de estos indicadores, que nos permitan hacer un diagnóstico precoz y ajustado, a fin de poner los medios a nuestro alcance para favorecer un mejor desarrollo global y más especialmente del lenguaje y otros aspectos comunicativos.

Se constata la necesidad de intervenir de forma intensiva y temprana, fundamentalmente desde un modelo ecológico, ayudando y orientando a los padres, para que ofrezcan una atención y estimulación adecuada en el ámbito familiar, ayudarles a desarrollar estrategias para ayudar desde el principio a sus hijos, dar pautas a los profesionales implicados en su educación en la escuela infantil para que ajusten su intervención a las necesidades del niño, y todo ello coordinado con los centros de tratamiento para que se actúe lo antes posible desde todos los contextos en los que el niño se desenvuelve y se realice una intervención eficaz desde muy corta edad, que de prioridad a la funcionalidad en la comunicación, y que permita un mejor pronóstico para cada uno de estos casos.

Se centra en los casos de niños cuyo déficit afecta tanto a la comprensión verbal como a la expresión, y que están en torno a los 2 años de edad. Vienen a los Equipos derivados por su pediatra, o detectado que sufren algún problema por parte de sus padres o educadora de la E. Infantil, la cual pone sobre aviso a estos. Perciben que algo no funciona o que el niño sufre algún retraso, pero no saben de qué se trata. Se señalan algunas características comunes que se dan en muchos de estos niños que son valorados desde los Equipos de Orientación de Atención Temprana. Se informa sobre todo de los aspectos observados en los diferentes ambientes, que permite, no solamente conocer lo que el niño es capaz de hacer y como se desenvuelve en un contexto de exploración, sino también y sobre todo en los ambientes naturales, en la casa, y en la escuela infantil, valorar igualmente la incidencia en las relaciones sociales, especialmente en la que se refiere a sus iguales. Se recoge la información sobre las características del desarrollo del niño desde su nacimiento, las relativas a los aspectos comunicativos, balbuceo, desarrollo de las funciones pragmáticas, comprensión del vocabulario, juego combinatorio y simbólico, interacción con el medio...etc, información necesaria para una valoración más ajustada.

Es muy importante explicarles a los padres la naturaleza del problema, que sepan que el origen del problema no está en la falta de estimulación, muchos de los padres se culpabilizan pensando que no les han hecho suficiente caso, hay que incidir en ello y enseñarles a que estimulen adecuadamente a su hijo y concienciarles de la importancia del tratamiento especializado. Se recomienda usar cuanto antes, Programa de comunicación aumentativa.

ASPAJUNIDE: un modelo de valoración-diagnóstico interdisciplinar

Azorín Olivares, M^a Consuelo; Fernández Alarcón, Juan; Piqueras Rodríguez, José Antonio; García Martínez, M^a Pilar; Jiménez Gil, M^a Dolores; Mariscal Marin, Alicia; Candela Román, Beatriz; Morales Soriano, Mercedes; Valero Serrano, Alicia y Martínez Jaen, José.

ASPAJUNIDE. Jumilla (Murcia)
aspajunide@interbook.net

Resumen.

ASPAJUNIDE es la Asociación de Padres de Niños Deficientes de Jumilla (Murcia). Nace como asociación en 1985, cuando un grupo de padres, preocupados por el futuro de sus hijos, deciden unir sus esfuerzos con un fin claro: lograr la integración de éstos en la sociedad y asegurar el futuro de sus hijos. Entre las áreas de trabajo con las que cuenta ASPAJUNIDE se encuentra el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, de ámbito local y carácter privado.

Desde sus comienzos, el equipo de diagnóstico de esta Asociación ha estado compuesto por profesionales de varias disciplinas. Este equipo ha ido evolucionando paralelamente a la Atención Temprana, modificando su estructura conforme a las exigencias de la intervención:

- En los años 80 y principios de los 90, cuando la intervención se centraba en el niño, el equipo lo componían el médico neurólogo, el rehabilitador, el psicólogo y el logopeda.
- Cuando se empieza a ver la importancia de considerar el desarrollo como fruto de la interacción entre factores genéticos y ambientales, y a tener en cuenta los aspectos biológico, psicológico y social, entran a formar parte del equipo nuevos profesionales: el psicólogo especialista en familia y terapia sistémica, y el trabajador social.
- En la etapa actual, en la que se da tanta importancia a la intervención como a la prevención, entran a formar parte de este equipo los responsables del programa de detección de niños de alto riesgo, que son un psicólogo y un fisioterapeuta infantil.

En esta comunicación aportamos nuestra experiencia en este área resaltando el beneficio que supone tanto para la intervención con el niño y su familia, como para los profesionales y para la sociedad en general un modelo interdisciplinar de diagnóstico-valoración.

Uso cualitativo de los instrumentos de evaluación y su adecuación a los contextos

Juan Sánchez-Caravaca

Equipos de Atención Temprana. Consejería de Educación. Murcia
eatemprana2@inicia.es

Julio Pérez-López

Universidad de Murcia

Resumen:

La evaluación en Atención Temprana requiere un dominio de las pruebas, instrumentos y escalas de desarrollo existentes en el mercado. A mayor dominio y experiencia con dichas pruebas estandarizadas, más aprovechable será el resultado que se obtenga con ellas. Pese a ello, un buen control de lo que podemos denominar como "**contabilidad**" de las pruebas no es suficiente y la verdadera riqueza diagnóstica y educativa viene dada por un mayor y adecuado aprovechamiento de los aspectos cualitativos, tanto de las pruebas estandarizadas, como de otras observaciones y, más aún, de que seamos capaces, recuperando información de cualquier entorno (familia, hospital, escuela, etc.), de aplicar un procedimiento global que implique a los contextos naturales del niño.

Esta comunicación tiene como objetivo recoger y exponer todos los elementos que consideramos deben tenerse en cuenta en esta manera de trabajar la evaluación para el diagnóstico en Atención Temprana.

Programa de apoyo a hermanos/as en atención temprana.

Pilar García Marcos

Asprona. Valladolid

Marián Viforcós Fernández

Centro Base Valladolid

mviforcós@yahoo.es

Resumen:

El Modelo de Atención en Castilla - León de la Gerencia de Servicios Sociales (Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades) recoge, en el ámbito de aplicación de los Programas de Atención Temprana, la intervención con el niño/a, la familia y el entorno.

En el marco del Apoyo a la familia, surgió la necesidad de intervenir con los hermanos/as de niños/as con discapacidad, por lo que se diseñó, un Programa de Apoyo a Hermano/a denominado "TALLER DE HERMANOS/AS".

El objetivo general es apoyar a los hermanos/as de niños/as con discapacidad o riesgo de padecerla para afrontar la realidad familiar.

Los hermanos/as necesitan apoyo y cuidado también, pues pueden, entre otros sentimientos mostrar: rechazo, celos, enojo, resentimiento, aislamiento, etc, que afectan a la relación familiar. Con este Programa pretendemos, proporcionar apoyo emocional a través del contacto con otros niños/as en su misma situación, mejorar la relación con el hermano/a con discapacidad y aportar estrategias que ayuden a resolver situaciones estresantes.

El Programa se desarrolla en 8 sesiones, 2 con la familia y 6 con los niños/as, con una frecuencia semanal. Cada día se trabajan temas diferentes como: identificación grupal, expresión de emociones positivas y negativas, afrontamiento, etc

Las sesiones mantienen la misma estructura: Saludo y lema, repaso de normas, tema del día, evaluación, merienda y despedida.

Se realizó una evaluación final, a través de diferentes cuestionarios (a los niños/as y a las familias) en la que se destaca lo positivo y beneficioso de la experiencia y la consecución de objetivos propuestos.

POSTERS

Programa de intervención con menores en situación de riesgo social.

Dolores García García y Rosa M^a Mula Rabal

Centro de Atención Temprana de la Mancomunidad del Río Mula

RESUMEN

Descripción: Este Programa está destinado a la Intervención con Programas de Estimulación General a menores de 0 a 6 años en situación de riesgo social, que durante el periodo pre, peri o postnatal, ó durante el desarrollo temprano, están sometidas a situaciones ambientales que podrían alterar su desarrollo evolutivo y madurativo.

La finalidad es la prevención y detección de factores de riesgo, mediante este programa de colaboración entre el Centro de Atención Temprana y el Programa de Atención a Familias Desfavorecidas (P.A.F.D.) , que podrían alterar el proceso evolutivo del menor.

A través de este programa, que se viene desarrollando en la Mancomunidad, desde el año 1997, se detectan las necesidades de intervención con niños nacidos y criados en senos de familias "desfavorecidas", al observar que algunos de estos niños se desarrollan y hacen sus primeras adquisiciones más tarde que los niños criados en familias "normalizadas".

De igual forma, se observa que los niños que presentan algún déficit y/o patología en su desarrollo, son detectados a edades más tardías, ya que estas familias, no cumplen debidamente las visitas establecidas periódicamente al servicio de pediatría y solamente cuando llegan a la etapa de la escolarización se observa el desfase que presentan estos niños en algunas áreas de su desarrollo. Así pues se habría perdido un tiempo muy importante de estimulación a edades tempranas, tan decisorias en el desarrollo del niño.

En el año 2002 se empieza a intervenir de forma sistemática con familias que reunían los siguientes requisitos:

- Pertenecer al Programa de Atención a familias desfavorecidas y con menores en situación de riesgo.
- Tener niños entre 0 y 3 años y/o estar embarazada.

OBJETIVOS

Intervenir con niños de 0 a 6 años en situación de riesgo para prevenir y/o reducir lo efectos que pueden producir en su desarrollo y en su proceso de maduración tanto la falta de estimulación como la no detección de posibles déficit o patologías.

Evaluación de la motricidad gruesa del niño deambulante

Joaquín Pérez Navarro y M^a José Pardo Zapata

CDIAT [CAT] AIDEMAR. San Javier (Murcia)
cataidemar@terra.es

RESUMEN:

Se muestra una nueva herramienta de evaluación que podría ser de utilidad a los fisioterapeutas que trabajan en Atención Temprana: La EVALUACIÓN DE LA MOTRICIDAD GRUESA DEL NIÑO DEAMBULANTE. Se trata de un esquema de evaluación sistemática de las habilidades de motricidad gruesa propias del niño cuyo nivel motriz está comprendido entre los 12 meses y los 6 años, es decir, el niño que ya camina normalmente sin ayuda.

Esta guía de evaluación agrupa y ordena habilidades motrices que aparecen en los ítems de diferentes escalas de valoración motriz ya existentes ("Baileys", "GMFM", "Valoración Psicomotriz del preescolar") y añade otras habilidades que hemos considerado interesantes de valorar en los niños de estas edades porque muestran en gran medida el grado de independencia funcional del niño en el entorno que lo rodea.

El fin de esta herramienta es facilitar al fisioterapeuta la tarea de valoración de las habilidades motrices del niño que anda solo a la hora de programar los objetivos que pretendemos conseguir desde el punto de vista fisioterápico y de reevaluar periódicamente al niño para comprobar en qué tipo de habilidades motrices ha evolucionado y en cuáles no.

Las distintas habilidades que vamos a observar se pueden agrupar en:

- ENCADENAMIENTOS MOTRICES
- MARCHA EN DISTINTOS GRADOS DE DIFICULTAD
- CARRERA
- SUBIDA/BAJADA DE DESNIVELES
- APOYO MONOPODAL
- COORDINACIÓN DE MIEMBROS
- MANTENIMIENTO DE DISTINTAS POSICIONES
- SALTO
- PASO DE OBSTÁCULOS

Contribución a la detección de riesgos en el desarrollo

[Convenio de Colaboración CAT / Escuela Infantil Municipal de S. Javier]

Ester Arencibia Sánchez; Mónica García Tárraga; Natividad Madrid López y Tomás Meroño Zapata

CDIAT [CAT] AIDEMAR. San Javier (Murcia)
cataidemar@terra.es

RESUMEN:

a) Introducción:

Desde una perspectiva preventiva, el proyecto de colaboración CAT Aidemar / EIM de San Javier, es un protocolo de actuación conjunta para el desarrollo de actividades en torno a los siguientes ámbitos:

- Evaluación para la detección precoz de riesgos en el desarrollo
- Derivación de niños con riesgos en su desarrollo
- Desarrollo de experiencias de integración
- Asesoramiento destinado a los usuarios de la EIM y sus familias
- Coordinación de recursos para optimizar sinergias en interés mutuo.

b) Objetivos:

- Prevención en población infantil (niños menores de 3 años)
- Detección de dificultades en el desarrollo
- Diagnóstico precoz y orientación familiar
- Diseñar experiencias de integración con niños usuarios de ambos servicios así como cooperar y compartir actividades de interés común

c) Notas sobre Metodología:

- Protocolo de detección de riesgos
- Exploración y diagnóstico del desarrollo, en los casos significados
- Elaboración de un Protocolo de derivación a exploraciones complementarias
- Charlas de orientación y asesoramiento a familias

d) Recursos:

- Infraestructura física de la EIM
- Recursos técnicos de evaluación (Escala para evaluar el Desarrollo, protocolos de detección de riesgos)
- Colaboración de equipos multiprofesionales (CAT/EIM)
- Participación de voluntariado cualificado "en prácticas" (Psicopedagogía)

e) Conclusiones:

Tras una interesante experiencia desarrollada durante años con diferentes escuelas infantiles y guarderías de nuestra comarca, la ubicación de una escuela infantil municipal junto a nuestro centro, nos anima a explorar las sinergias de una colaboración que esperamos aporte resultados en el ámbito de la prevención.