

Simposios

Simposio:

Aportaciones desde la Neuropediatría a la Intervención en Atención Temprana.

Coordinadora:

Dra. Trinidad Rodríguez Costa.

Servicio de Neuropediatría. Hospital Universitario. Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Ponencias:

- "Afectación Cognitiva Transitoria por actividad EEG paroxística subclínica :¿Tiene significado en la patología neuropsicológica infantil?":
 - ⇒ **Introducción y planteamiento de los objetivos"**
Dra. Trinidad Rodríguez Costa. Servicio de Neuropediatría. Hospital U. Virgen de la Arrixaca. Murcia.

- "Afectación Cognitiva Transitoria en la edad infantil: Traducción clínica."
 - ⇒ **Metodología neurológica.**
Dr. Carlos Casas Fernández. Servicio de Neuropediatría. Hospital Universitario. Virgen de la Arrixaca. Murcia

 - ⇒ **Metodología neurofisiológica**
Dr. Eduardo Recuero Fernández. Servicio de Neuropediatría. Hospital Universitario. Virgen de la Arrixaca. Murcia.

 - ⇒ **Metodología psicológica / paidopsiquiátrica.**
Dra. Fuensanta Belmonte Avilés. Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil del Centro de Salud Mental de Cartagena. (Murcia)

Resumen

Las alteraciones del comportamiento y de la conducta en los niños se encuentran inmersas, en un elevado número de ocasiones en problemas más amplios, que van desde el desarrollo del lenguaje al área del aprendizaje y del rendimiento escolar.

Muchas de éstas anomalías se valoran a partir de las etapas madurativas en las que es exigible un nivel de lenguaje, conductual y de aprendizaje que hasta entonces ha sido infravalorado, fundamentalmente por considerar que son alteraciones “propias de la edad”, o bien por utilizar un concepto abstracto y habitualmente sustentado en criterios poco científicos de estar ante un “niño poco maduro”.

Se destaca el interés de una patología aparentemente “menor” al ser comparada con los grandes síndromes neurológicos que pueden presentarse en las primeras etapas postnatales y que condicionaron el inicio de un programa de Atención Temprana. Es frecuente que al alcanzar el límite cronológico de aplicación de estos programas, se consideren cumplidos los objetivos mínimos de recuperación, si bien al incrementar los niveles de exigencia, especialmente en la esfera psicopedagógica, afloran unas alteraciones que pueden haber sido incluso minimizadas por la familia y que sin embargo son evaluadas con rigor y precisión por los Gabinetes Psicopedagógicos Escolares, de donde proceden mayoritariamente los pacientes que hemos comenzado a estudiar.

Las consultas pediátricas contemplan en la actualidad un porcentaje elevado de problemas neuropsicológicos, que vienen a incrementar las interconsultas al especialista en neuropediatría y en paidopsiquiatría. Hace años, remontándonos a hace un par de décadas, la patología infantil se surtía de procesos derivados de las enfermedades infectocontagiosas, en aquello que dimos en llamar enfermedades propias de la infancia, así como de alteraciones enmarcadas en el área alimenticia, especialmente en problemas por defecto, como la malnutrición y no por exceso, la obesidad, como ocurre ahora y que asimismo se estructura, en un alto porcentaje de ocasiones, en disturbios psicológicos.

Hoy nos toca vivir una variación de la patología infantil, desapareciendo en gran medida muchas enfermedades infecciosas, gracias al desarrollo de los programas de vacunación infantil, difundidos universalmente en los países desarrollados y en gran número de los que se encuentran en vías de desarrollo, apareciendo los trastornos

neuropsicológicos con una frecuencia que crece exponencialmente. El origen es diverso, pero juega un papel determinante el aumento de nivel cultural de la sociedad, que solicita atención para una problemática que valora mejor, así como el incremento del control y seguimiento psicopedagógico de los niños, provocando una cada vez más frecuente solicitud de atención especializada por parte de éstos profesionales, detectando problemas que hasta entonces habían sido ignorados por la familia. Es preciso subrayar que éstas anomalías provienen mayoritariamente de un grupo de pacientes con un antecedente común, el nacimiento pretérmino y/o el padecimiento de patología grave en el período neonatal, que han sido excelentemente tratados en las Unidades de Neonatología y en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, condicionando por una parte un importante descenso de la mortalidad de éstos niños, pero incrementando por otra la morbilidad, con expresión clínica en ésta patología neuropsicológica.

Por todas estas razones, entre otras muchas que no cabe explicarlas para no extender ésta introducción, desde la Sección de Neuropediatría del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia se ha diseñado un trabajo en el que se ha intentado analizar el trasfondo neurológico de algunas de éstas anomalías neuropsicológicas, buscando específicamente la relación que pudiera existir entre las mismas y el registro EEG, y más exactamente, con hipotéticas alteraciones electroencefalográficas de carácter epileptógeno.

Nos hemos introducido en definitiva en el concepto de afectación cognitiva transitoria por descarga epiléptica. En este Simposio vamos a comentar inicialmente éste concepto y basándonos en él explicaremos los fundamentos del trabajo que hemos desarrollado y las conclusiones provisionales que hemos ido obteniendo.

Simposio:

“Evaluación-diagnóstico Neonatal con la escala NBAS de Brazelton”

Coordinadora:

Dra. Carme Costas i Moragas.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad Autónoma de Barcelona.

Ponencias:

“Evaluación conductual de neonatos de riesgo con la Escala de Brazelton (NBAS)”

Francesc Botet Mussons¹; Carme Costas Moragas² y M^a Luisa de Cáceres Zurita³

Hospital Clínic. Universitat de Barcelona¹. e-mail: fbotet@clinic.ub.es; Universitat Autònoma de Barcelona²; Hospital General de Catalunya³

Resumen:

La evaluación conductual del neonato en los primeros días de su vida permite detectar alteraciones en un momento clave de su desarrollo. Uno de sus objetivos es la prevención de futuros trastornos con una atención especializada hacia el recién nacido y su familia ya desde el momento del nacimiento y estancia en el hospital y, posteriormente, por medio de una intervención temprana.

La Escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal, *Neonatal Behavioral Assessment Scale, NBAS* (Brazelton y Nugent, 1995, 1997) es una prueba aplicable desde el primer día de vida hasta el final del segundo mes. Numerosas investigaciones realizadas desde 1973, en que se publicó la primera versión, dan cuenta del valor clínico de esta técnica, cuyo objetivo es la evaluación de las competencias del neonato, a

través de los siguientes parámetros: Habitación, Social-interactivo, Sistema motor, Organización del estado, Regulación del estado, Sistema nervioso autónomo y Reflejos.

Las investigaciones llevadas a cabo por nuestro equipo se han centrado en el análisis de las relaciones entre diferentes situaciones de riesgo y la conducta neonatal evaluada con la NBAS. Dichos factores han sido los siguientes: peso de nacimiento (bajo y elevado), plomo en sangre de cordón, niveles de bilirrubina, pérdida de bienestar fetal, prematuridad y diabetes materna.

En todos los casos estudiados, los sujetos de los grupos experimentales obtuvieron puntuaciones inferiores a los controles, excepto el grupo de hijos de madre diabética. Tal como ya estaba previsto, la NBAS no detectó alteraciones en la conducta de los neonatos cuyas madres, aunque afectas de diabetes, tenían un buen control metabólico durante el embarazo. En el resto de grupos, los parámetros de la NBAS en los que se detectaron más diferencias significativas fueron Social-interactivo y Regulación del estado, seguido de Motricidad y Habitación. Estos datos sugieren que los aspectos conductuales más afectados en el neonato de riesgo hacen referencia a sus habilidades para autorregularse así como para relacionarse con su entorno.

"Diferencias de género en el comportamiento del neonato sano, nacido a término".

Elisabet Boatella Costa¹, Carme Costas Moragas¹, Francesc Botet Mussons² y Albert Fornieles Deu¹

Universitat Autònoma de Barcelona¹ e-mail: bboatella@terra.es; Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. IDIBAPS²

Resumen:

Objetivo: El objetivo de la presente investigación fue analizar si mediante la Escala de Brazelton (NBAS) se podían detectar diferencias conductuales entre niños y niñas recién nacidos.

Sujetos: Se incluyeron en el estudio un total de 189 neonatos (87 niños y 102 niñas), nacidos a término, de peso adecuado para la edad de gestación y sin patología. Los subgrupos de niños y niñas no presentaron diferencias significativas en variables como: peso, longitud, edad gestacional, edad materna, raza, medicación durante el embarazo y parto, tipo de parto, tipo de analgesia utilizada durante el parto y nivel socio-económico. En la variable perímetro craneal los niños presentaron valores superiores a los de las niñas.

Procedimiento: Los neonatos fueron evaluados con la Escala de Brazelton bajo condiciones estándar, entre las 48 y 80 horas de vida, por examinadores expertos.

Resultados: En las variables conductuales se han detectado puntuaciones significativamente superiores en las niñas respecto a los niños en los cuatro ítems de la escala de Brazelton: Respuesta ante la voz del examinador; Capacidad de mantener un estado de alerta; Calidad de los estados de alerta y Capacidad de regulación del estado.

Conclusión: Los resultados, que coinciden con estudios anteriores, como los llevados a cabo por Lundqvist (2001) y por Lundqvist y Sabel (2000), sugieren la existencia de diferencias entre géneros anteriores a la socialización. Teniendo en cuenta que la diferenciación sexual se produce por mecanismos distintos entre niños y niñas provocando un dimorfismo encefálico entre géneros, se puede inferir que las diferencias conductuales halladas en este estudio sean consecuencia de ello.

“La escala de Brazelton: una experiencia en la unidad de cuidados intensivos neonatales”.

Remei Tarragó Riverola.

CSMIJ. Fundació Eulàlia Torras de Beà. Hospital de la Creu Roja. Barcelona. e-mail: 13018rtr@comb.es . www.fetb.org

Resumen:

La prematuridad es una de las circunstancias neonatales con mayor incremento en los últimos años.

Conocemos el impacto que supone un nacimiento prematuro, y las repercusiones que en esta situación significan, especialmente en el establecimiento del vínculo padres-hijo.

En la prematuridad nos encontramos ante una gestación dramáticamente interrumpida que provoca en los padres un sentimiento catastrófico ante lo inesperado y desconocido. Las madres sienten que no han podido aguantar a su bebé, dándole una vida demasiado fácil.

Los bebés prematuros no presentan las conductas innatas de succión y sonrisa, consideradas como las primeras conductas que ayudan a favorecer el establecimiento del vínculo.

Ante esta situación, la Escala de Brazelton es un instrumento que ayuda en el descubrimiento de las competencias del bebé, vivido por los padres y cuidadores, en la mayoría de los casos, únicamente por las respuestas fisiológicas de paso, frecuencia respiratoria o, saturación de oxígeno, y no como el individuo capaz de adaptarse a su entorno mostrando unas capacidades y unos recursos, dentro de su vulnerabilidad.

La administración la Escala de Brazelton en presencia de los padres ayuda a la observación de las respuestas del niño, permitiendo descubrir las posibilidades que tiene de interactuar con su entorno.

“Niños con discapacidad visual”

Mercè Leonhardt Gallego.

*Servei A.P. Joan Amades. ONCE. Barcelona. e-mail:
melg@once.es*

Resumen:

Los niños con discapacidad visual representan un reto para los padres, las familias y los profesionales de la salud. El hecho de no conocer sus señales reactivas, ni reconocer sus comportamientos competentes, presentes ya desde el nacimiento, provocan desánimo e inseguridad en los padres, así como valoraciones erróneas por parte de los profesionales. Por dicho motivo, el hecho de poder disponer de una escala de valoración de las primeras competencias del neonato, nos ha permitido recuperar desde el inicio de la vida el espacio justo y personal al que todo niño tiene derecho.

La Escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal (NBAS) del Dr. T.B. Brazelton nos ha facilitado esta valoración dada la filosofía por la que fue creada, y nos ha permitido mostrar a los padres las capacidades que presentan los niños ciegos y de baja visión al tiempo que los pone, especialmente, en alerta sobre sus necesidades especiales.

La utilización sistemática de la Escala en la práctica clínica con bebés que presentan un severo riesgo de padecer un déficit visual, nos ha proporcionado la posibilidad de observar su verdadero potencial, de una forma muy amplia. La NBAS nos revela cómo es el bebé, tenga o no una discapacidad visual, con sus aspectos fuertes y débiles y cómo adaptar la práctica de la Atención Temprana desde un enfoque eminentemente preventivo.

“Valoración del neonato mediante la escala de Brazelton para la intervención con familias de alto riesgo”.

Marcel Cortada Esteve.

Programa Preinfant: Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD). Fundació Eulàlia Torras de Beà (FETB). Hospital de la Creu Roja. Barcelona. e-mail: preinfant@abd-ong.org. www.abd-ong.org. e-mail: fetb@retemail.es. www.fetb.org

Resumen

La Escala de Brazelton (NBAS) es un instrumento muy útil para el diagnóstico y la intervención clínica en el recién nacido y su familia, así como para la investigación.

En las intervenciones con recién nacidos, éstas se suelen hacer partiendo de los factores de riesgo, ya sean de tipo biológico o psicosocial. Disponer de un método de observación y valoración del comportamiento del neonato, nos permitirá dimensionarlo más allá de lo que le rodea y ver “quién es él”, cuál es su nivel de vulnerabilidad y de qué competencias dispone y, por lo tanto, qué papel desarrolla en la relación con sus padres/cuidadores.

Modelo de Trabajo

En las familias de alto riesgo (padres drogodependientes, madres adolescentes, etc.), la labor de prevenir el maltrato infantil se realiza desde la vinculación y la educación, y en casos más extremos, desde la protección.

Administrar la Escala de Brazelton delante de los padres/cuidadores permite cubrir estos 3 objetivos:

1. Acompañar a unos padres en el descubrimiento de las capacidades de atención o reconocimiento de su voz por parte de su bebé, por ejemplo, permite que disminuyan muchas ansiedades que podrían estar dificultando la aproximación hacia su hijo.
2. Poder mostrar los puntos fuertes o débiles de un bebé, sus preferencias en el cuidado, así como su manejo con el entorno,

permite una mejor atención a sus necesidades (físicas y emocionales).

3. Hay bebés que requieren más esfuerzo que otros en lo que se refiere a sus cuidados por parte de sus cuidadores (son más vulnerables y menos competentes). Valorar esta situación personal del bebé conjuntamente a la de sus padres nos permite indicar con más elementos una intervención de protección.

Simposio:

Atención Temprana y Familia

Coordinadora:

Dra. Carmen de Linares von Smiterlow.

*Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.
Universidad de Málaga. Directora de la Unidad de Atención
Temprana del Centro Dulce Nombre de María. Málaga*

Participantes:

*Carmen de Linares Von Schmitterlöw. Profesora Titular de la
Universidad de Málaga y Directora de la Unidad de Desarrollo
Infantil y Atención Temprana “Dr. Miguel de Linares Pezzi”*

*Isabel Casbas Gómez. Centro de Atención Temprana y Desarrollo
Infantil del Ayuntamiento de Lorca. Murcia*

*Laura Escribano Burgos. Directora de la Asociación ALANDA.
Madrid.*

*Santiago Torres Monreal. Profesor Titular de la Universidad de
Málaga y Director del Grupo de Investigación MOC.*

Resumen:

En la actualidad la gran mayoría de los profesionales de la Atención Temprana estamos convencidos que la familia es el contexto de desarrollo más importante para el niño. Por lo tanto, tenemos conciencia que ésta debe ser un objetivo imprescindible de nuestra actuación, tanto por el papel que ha de jugar como por la formación que ha de recibir para desempeñarlo, dando respuestas a las diversas necesidades que las familias presentan.

El hecho de tener un hijo con problema o con el riesgo de padecerlo, suele generar momentos de desconcierto y de inseguridad que pueden ocasionar cierta inestabilidad emocional, ansiedades y miedos, provocando, a veces, sentimientos de ineficacia e inseguridad que pueden poner en peligro las interacciones positivas en el entorno familiar.

Pero, ¿disponemos en la actualidad de los recursos y formación adecuados que nos permitan dar respuesta a las necesidades que las familias presentan en esos momentos cruciales?.

En este simposio, se presentaran distintos modelos de intervención con la familia, así como algunos de los problemas con los que los profesionales nos encontramos en la práctica diaria.

Bajo estos planteamientos se desarrollarán exposiciones conceptuales de diversas concepciones o modelos de intervención familiar, así como exposiciones y propuestas surgidas de la práctica y de la experiencia. Específicamente, se tratará el sentido que la comunicación tiene para relacionarnos con nuestros iguales, se analizará la importancia de las diversas figuras familiares para el óptimo desarrollo del niño y se verán las posibilidades de intervención en diversos contextos.

Simposio:

Aportaciones desde el ámbito psico-educativo a la Atención Temprana

Coordinadores:

D. Isidoro Candel Gil y D. Juan Sánchez Caravaca.

Equipos de Atención Temprana de la Consejería de Educación de la Comunidad Autónoma de Murcia.

Ponencias:

La Atención Temprana en la Administración Educativa de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Representante de Consejería de Educación de la Comunidad Autónoma de Madrid

La Atención Temprana desde la Administración Educativa: El Programa de Prevención y Atención Temprana para Niños con Riesgo

Autores: *Margarita Alba Gámez.*
Francisca Eugenia Fornet Campoy
Esperanza Gil Blanco.
María del Mar López Dávalos.
Asunción Martínez Navarro.
Pilar Sanz Roldán
Juan Sánchez Caravaca.

Equipos de Atención Temprana Murcia I y II.
Consejería de Educación y Cultura de la Región de Murcia.

Resumen

Cuando se habla de prevención del fracaso escolar, de los niños con necesidades educativas especiales, de la importancia de prevenir los problemas del lenguaje, de la escritura o del cálculo, se tiende, de forma general, a pensar en programas que actúen cuando el niño se encuentra escolarizado. Para los profesionales que trabajamos en los Equipos de Atención Temprana esas edades nos parecen algo tardías, y tenemos la impresión de que, a partir de cierto momento (2-3 años) podemos, en efecto, producir mejoras y cambios en el desarrollo del niño, pero en una cantidad y calidad nada comparable a los que puede lograrse en los momentos anteriores.

En este trabajo vamos a resumir un programa surgido desde un servicio dependiente de la Consejería de Educación de Murcia. Si creemos que tiene algún valor, éste viene dado, sobre todo, porque rompe una tradición no escrita en la que se decía que la administración educativa sólo debía intervenir con sus recursos cuando se ha producido la escolarización de los sujetos en centros propios, y no, como ocurre en este caso, en que empieza a atenderlos desde mucho antes de que se produzca dicha escolarización obligatoria.

La efectividad de la detección, control y seguimiento que realizan estos Equipos reside en la presunción de que, mejorando las condiciones de crianza y provocando una adecuada estimulación del entorno familiar, y poniendo en marcha los apoyos especializados que sean precisos en cada caso, se conseguirá un desarrollo más completo de las capacidades de los niños y niñas que entre los 0 y los 2 años empiezan a ser atendidos y cuyo seguimiento se plantea hasta 6 años. Teniendo en cuenta que el Equipo de AT depende de la administración educativa y que estos sujetos son sus seguros futuros usuarios, su pretensión es doble: prevenir y hacer disminuir el número y gravedad de casos de alumnos con necesidades educativas especiales, y aprovechar las posibilidades educativas e integradoras de la escuela infantil, sobre todo en su Primer Ciclo.

Incluimos en este trabajo un resumen de los datos de los niños que han pasado por este servicio, y dentro de este Programa, que se inició oficialmente en 1996, con especificación de sus principales características.

Fundamentos del Servicio de Atención Ambulatoria y Previo a la Escolarización (S.A.A.P.E)

Autores: *María S. García Muria,
Nuria Gomez Simó,
Celia Parra Miró,
Miquel Ortells Roca*

CPEE “Pla d’Hortolans”. Burriana (Castellón)

Resumen:

Es un servicio más de los colegios de educación especial de la Comunidad Valenciana, en los cuales se atienden las necesidades educativas tanto temporales como permanentes dentro de una educación de calidad.

Modalidades del servicio

Modalidad previa a la escolarización

- ✓ Para niños desde el nacimiento a los tres años con alto riesgo de sufrir dificultades de aprendizaje.
- ✓ Para niños que necesitan potenciar y estimular sus capacidades: perceptivas, sensoriales, cognitivas, comunicativas, motrices, sociales...etc.

Modalidad Ambulatoria

- ✓ Para alumnos escolarizados en centros de Infantil, Primaria y Secundaria que presentan alteraciones del desarrollo u otras deficiencias, procurando ser atendidos en horario compatible con la jornada escolar.

Objetivos

- ✓ Participar en actuaciones de prevención de deficiencias.
- ✓ Colaborar en la elaboración y seguimiento de los Proyectos Educativos y Curriculares de los centros que lo soliciten, en el apartado de atención a la diversidad.
- ✓ Asesorar a los docentes sobre atención a alumnos discapacitados.

- ✓ Realizar la evaluación socio-psico-pedagógica de niños entre 0 a 3 años.
- ✓ Orientar a las familias sobre la problemática específica de los niños con discapacidad o de alto riesgo.
- ✓ Realizar actuaciones de intervención educativa y/o rehabilitadora en los niños que lo necesiten.
- ✓ Fomentar la integración familiar educativa y socio-ambiental de los niños.
- ✓ Coordinación con los recursos educativos, sanitarios y sociales de la zona correspondiente al centro escolar.

Principios pedagógicos

- ✓ Normalización
- ✓ Prevención
- ✓ Sectorización
- ✓ Gratuidad
- ✓ Integración
- ✓ Individualización
- ✓ Globalidad
- ✓ Coordinación multidisciplinar

Equipo profesional

- ✓ Psicopedagogo
- ✓ Profesor/a tutor/a de Educación Especial
- ✓ Logopedas
- ✓ Fisioterapeutas
- ✓ Educadoras
- ✓ Trabajador Social

Todos estos objetivos que se han especificado son trabajados por el equipo profesional, con coordinación tanto interna como externa.

Simposio:

Fisioterapia, su aportación a la Atención Temprana

Coordinadora:

Dra. Paloma Sánchez de Muniain.

Médico Rehabilitador Infantil. Madrid.

Ponencias:

“Terapia de regulación orofacial aplicada en el Síndrome de Apert”.

Laura Luna Oliva. Universidad Rey Juan Carlos (URJC) de Alcorcón – Madrid. e-mail: lluna@cs.urjc.es

Resumen

La Terapia de Regulación Orofacial (TRO), fue creada por el Dr. Castillo Morales (médico rehabilitador), de la ciudad de Córdoba - Argentina. Comenzó en 1959 en ésta ciudad, trabajando con niños discapacitados.

El Concepto Castillo Morales afirma que “reeducar” es: observar, pensar, reflexionar y establecer la conducta del niño, como también trabajar todo su cuerpo y no parte de él. Es por ello, que el Concepto Castillo Morales comprende dos partes:

1. Terapia del desarrollo motor: se utiliza para tratar niños que presentan “retraso psicomotor”, mielomeningocele, espina bifida y parálisis periférica.
2. Terapia de regulación orofacial: se aplica en niños con problema sensitivo- motor de la cara, cuando tienen dificultad en la succión, masticación y deglución.

La Terapia de regulación orofacial

El Dr. Castillo Morales en sus inicios utilizaba esta terapia en labios, mentón y paladar fisurado. Actualmente se aplica en las desviaciones más variadas como por ejemplo: dificultades en la succión, masticación y deglución. También en patologías congénitas con problemas en cara y boca, en parálisis faciales y problemas de articulación.

¿Qué es el concepto de Castillo Morales?: Es un concepto de tratamiento sensomotriz, para mejorar actividades motoras, con el objetivo de buscar una función.

¿Qué logramos con ésta terapia?: Se trata de mejorar la regulación de la tonicidad y la activación de la musculatura del complejo orofacial y la estimulación de funciones débilmente formadas o inexistentes. Todo esto favorece a la función de la cara, gestos, mímicas etc.; como así también, las funciones orofaciales de succión, masticación, deglución y fonación.

El concepto utiliza estímulos multisensoriales, que son procesos activos y selectivos que incluye componentes motores y es por eso que la técnica se compone de ejercicios como: contacto – vibración - presión, deslizamiento y tracciones.

Al tratar toda la zona orofacial intervienen los músculos de la mímica (frontal, piramidal, superciliar, etc). Estas zonas tienen una dirección y un sentido, se realiza por toda la cara siguiendo la dirección de los músculos, aplicando las diferentes técnicas para lograr una respuesta motora.

Dada las características del síndrome de Apert, se aplicó el TRO a un niño desde los dos años de edad hasta la fecha (cinco años). Los resultados observados durante estos tres años de tratamiento fueron óptimos, logrando mejorar el tono muscular de la cara, la movilidad lingual y los gestos faciales.

"Concepto Bobath".

Lisette Marker.

Fisioterapeuta Bobath. Madrid

Soraya Pacheco Dacosta.

Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Castilla La Mancha. Toledo.

Resumen:

Hablar de Concepto Bobath, es hablar de desarrollo sensorio-motor y neuro-evolutivo. Sus creadores fueron Karel Bobath y Berta Bobath, neurólogo y fisioterapeuta. El sentó las bases neurofisiológicas, y ella observo y sintió lo que hacia el paciente cuando ella le movía.

A lo largo de los años se han ido sucediendo una serie de cambios, si bien el concepto básico sigue siendo el mismo. Inhibimos patrones de actividad refleja anormal y facilitamos patrones motores normales.

Para **entender** el Concepto Bobath, tenemos que hablar de movimiento normal, de un Sistema Nervioso Central Normal, de un Mecanismo de Control Postural Normal, de un Tono Postural Normal, de una Inervación Reciproca Normal, y de gran variedad de patrones de postura y movimiento, basados en reacciones de enderezamiento, reacciones de equilibrio y reacciones de apoyo.

Valoramos en base a la observación y el análisis, vemos qué capacidades funcionales existen, y cuales presentan dificultades, y porque. Qué es lo que impide o interfiere para que no sea capaz de realizar actividades funcionales. Tenemos en cuenta los aspectos sensorio-perceptivos como son; visión, audición, lenguaje, olfato y tacto. Analizamos sus capacidades manipulativas, y como éstas se desarrollan o interfieren en la vida diaria.

Valoramos para tratar; el valor de la evaluación está directamente vinculada con la terapia.

El **tratamiento** se realiza manejando al paciente en constante feed-back entre terapeuta y paciente.

Inhibimos para facilitar, y facilitamos siempre bajo control inhibitorio.

Buscamos que el paciente se mueva primero bajo el control y ayuda de nuestras manos, para que luego sea capaz de moverse independiente de nuestra ayuda y facilitación.

Por ultimo destacar, que el Concepto Bobath hace énfasis en el trabajo **Multidisciplinar** donde participan diferentes profesionales formados todos en la misma disciplina.

“Principio Vojta: Activador de los patrones motores del primer año de vida del niño”

Ana María Pérez Gorricho. *Centro de Terapia Integral – Madrid*
e-mail: ampg@lander.es

Resumen:

A lo largo del primer año de vida del niño, las diferentes clases de estímulos que le va proporcionando su entorno ponen a su disposición una serie de programas motores que aparecen de forma espontánea y automática.

La progresiva aparición de estos programas tiene como finalidad importante el desplazamiento del cuerpo en el espacio y son el medio que le proporcionará el éxito en sus objetivos de una forma eficaz y con el menor gasto energético posible.

Llamamos así *Locomoción* a un patrón motor y postural global que aparece de forma espontánea con un desplazamiento del centro de gravedad del cuerpo sobre determinados puntos de apoyo, siendo un instrumento de expresión de la vida mental y emocional del individuo.

Para cada locomoción (gatear, andar, etc.) se necesitan las mismas condiciones. Estas son :

- Control automático y equilibrado de la postura corporal.
- Enderezamiento del tronco contra la gravedad y su desplazamiento.
- Actividad muscular fásica con determinados ángulos de las extremidades con respecto al órgano axial (cabeza y tronco).
- Una posición de partida y una final.
- Movimientos coordinados entre sí en los tres ejes del espacio.
- Sinergias musculares diferenciadas.
- La columna regula de forma automática los cambios de movimientos de cada extremidad entre sí.

La locomoción es una función compleja donde participan todos los sistemas del niño.

El *Principio Vojta* es una forma de cinesiterapia que activa los circuitos preorganizados del sistema nervioso central desencadenando programas motores con componentes de locomoción.

Activados por el terapeuta

- Mediante una posición de partida inicial y final
- Mediante estímulos propioceptivos
 - * Decúbito ventral: **reptación refleja**
 - * Decúbito dorsal: **volteo reflejo**

Manteniendo la posición de partida con la combinación de los estímulos, más la resistencia del movimiento de giro de la cabeza, se desencadenan los componentes análogos a la locomoción.

Se constituyen puntos fijos de apoyo en las extremidades en contracción isométrica

- Enderezamiento - desplazamiento del tronco contra la gravedad.
- Mantenimiento de la postura
- Movimiento fásico
- Diferenciación de las sinergias musculares.
- Patrones parciales como: flexión dorsal de pelvis, rotación externa de las articulaciones esféricas, flexión dorsal de muñeca y tobillo, etc.
- Activación respiratoria, vasomotora, etc.

Con la aplicación de la terapia de la *Locomoción Refleja* podemos influenciar desde el período neonatal el desarrollo de los patrones motores normales del primer año de vida antes de que aparezcan patrones anormales.

“Protocolo de valoración y tratamiento fisioterápico”

Francisco Javier Fernández Rego; Laura Murcia Gilabert; Isabel García Piñero; Antonia Jódar Gómez; Remedios Yagüe Rico; Alicia Gavilán Castro; Sara Carranza Aguilar; Bienvenida Semitiel Villegas.

Fisioterapeutas del Grupo de Trabajo “Terapia Vojta”. Murcia

Resumen:

El grupo de Trabajo **“Terapia Vojta”** surge como iniciativa de un grupo de Fisioterapeutas dedicados al tratamiento de niños con alteraciones motoras cerebrales y patología infantil en general, que desarrollan su labor en los CDIATs de Águilas, Cieza, Lorca, Yecla, el C.P. Pilar Soubrier de Lorca, el centro específico de atención a personas con Síndrome de Down de Murcia -ASSIDO-, y la Fundación Salud Infantil de Elche.

Este grupo de trabajo tiene como uno de sus principales objetivos la elaboración de un protocolo común de valoración, evaluación y seguimiento de los niños atendidos en dichos centros, con la finalidad de unificar criterios a la hora de decidir el tratamiento más adecuado para estos niños, así como, utilizarlo con la doble función de recogida de datos extrapolables para la elaboración o confección de protocolos de investigación que sirvan para mejorar la calidad asistencial de dichos servicios.

Hemos elaborado un protocolo integral de valoración neuromotora basado en:

- Los reflejos primitivos y su dinámica.
- Las reacciones posturales.
- La ontogénesis postural y la motricidad espontánea.
- El entorno socio-familiar, educativo y sanitario.
- La coordinación interdisciplinar e interinstitucional.
- El examen neuromotor complementario.

Cada una de los anteriores puntos a valorar nos ofrece una información referida a un aspecto concreto, que en conjunto nos proporcionan una evaluación integral del niño.

Los Reflejos primitivos y su dinámica, nos informan de la integridad de las vías nerviosas.

Las Reacciones posturales, son posturas y movimientos reflejos provocados ante un repentino y determinado cambio de posición, se modifican según los distintos niveles de desarrollo alcanzado. Las reacciones posturales nos proporcionan, de un modo rápido, información objetiva sobre el nivel de desarrollo del niño. El control de la postura es un proceso activo, representa una función muy compleja del SNC, la cual, está ya presente en el periodo neonatal. Las reacciones posturales tienen como movimientos o posturas reflejas un contenido cinesiológico definido y reproducible. En relación con las reacciones posturales normales, se pueden deducir otras funciones del SNC.

La Ontogénesis postural y Motricidad espontánea, están constituidas por patrones motores innatos, heredados genéticamente, y sirve para:

- Observar al niño cuánto se mueve (cuantitativamente) y cómo lo hace (cualitativamente).
- Evaluar su nivel de desarrollo, en cuanto a movimiento espontáneo.
- Fijar los objetivos del tratamiento referido al desarrollo neuroevolutivo.

El Examen Neuromotor Complementario nos facilita, lo más cerca posible del nacimiento, el reconocimiento de los lactantes indemnes de toda disfunción a nivel del SNC y responde a la necesidad de un pronóstico motor y posiblemente cognitivo extremadamente precoz en los primeros meses de vida.

Este examen está especialmente indicado en los RN de alto riesgo neurológico de origen perinatal y está diferenciado por todo un contexto de aproximación clínica del examen neuromotor clásico, puesto que su finalidad será a la vez llevar a los padres a descubrir por sí mismos la competencia de sus hijos y al mismo tiempo conducir a los niños a demostrar a sus padres la integridad de su SNC, es decir, el propio lactante, una vez liberado de la impotencia funcional de la nuca, será el encargado de demostrar la ausencia de handicap neuromotor.

El conocimiento del entorno socio-familiar nos va a permitir adecuar de forma más concreta e individualizada el tratamiento a seguir, utilizando los apoyos necesarios para que se lleve a cabo, concienciando a la familia de la importancia de su implicación en el proceso de desarrollo evolutivo del niño.

La coordinación interdisciplinar es uno de los pilares básicos de la Atención Temprana y por tanto uno de los pilares indispensables de nuestro protocolo de valoración para poder abarcar el desarrollo integral del niño, esto lo vamos a conseguir gracias a las aportaciones del resto de profesionales que intervienen en el tratamiento del niño, sobre todo logopedas, pedagogos especialistas en audición y lenguaje, psicólogos, estimuladores y trabajadores sociales.

La coordinación interinstitucional es imprescindible para tener en cuenta la relación y coordinación con los diferentes aspectos del entorno del niño, como puede ser el sanitario, el educativo y el social. Intentando llevar a cabo un programa conjunto de actuación que haga efectiva la intervención con el niño.

Servicio Educativo: coordinación con escuelas infantiles, colegios ordinarios, colegios de educación especial, etc.

Servicio Sanitario (tanto desde el ámbito hospitalarios, como de centros de atención primaria): coordinación con pediatras, neuropediatras, rehabilitadores, etc.

Servicios Sociales: coordinación con trabajadores sociales, servicios de atención al menor, etc.

Este protocolo se podrá ver reflejado en un póster, elaborado por el Grupo de Trabajo.

Simposio:

“Intervención logopédica en Atención Temprana”

Coordinadora:

Dra. M^a José Vidaurrazaga Huelin.

Psicóloga – Logopeda. Hospital Universitario Niño Jesús – Madrid.

Ponencias:

“Alteraciones en las praxias y conductas alimenticias”

Dra. M^a José Vidaurrazaga Huelin. Psicóloga – Logopeda. Hospital Universitario Niño Jesús – Madrid

Resumen:

Los neonatos y otros niños que luego presentan problemas de alimentación, deben ser tratados lo antes posible para instaurar las praxias orofaciales necesarias para posibilitar la alimentación por vía oral.

La alimentación a través de sonda nasogástrica o a través de una gastrostomía durante un largo periodo de tiempo, puede plantear importantes riesgos físicos y psicoafectivos en el niño.

Se valoran los órganos orofaciales y su movilidad, si presentan dificultades respiratorias, cardiológicas, etc., para proceder a iniciar la estimulación orofacial pertinente. Una vez que se consigue una cierta movilidad orofacial se inicia la introducción de alimentos por vía oral. El tipo de movimientos que se estimulan (succión, masticación, ...) va a depender de las características del niño, de su edad y del contexto familiar.

“Estimulación oro-facial y placa palatina en el síndrome de Down”

Laura Luna Oliva. Universidad Rey Juan Carlos (URJC) de la Alcorcón – Madrid. e-mail: lluna @cs.urjc.es

Resumen.

Para explicar la estimulación oro-facial, como “herramienta de trabajo”, tenemos que recordar la musculatura de la región oral, el conocimiento de la articulación temporo-maxilar, y el desarrollo y función de la lengua.

El trabajar todas estas zonas nos lleva a aplicar la Terapia de Regulación Orofacial (TRO) “Concepto Castillo Morales”, la cual ha dado buenos resultados en niños con síndrome de Down.

Se utiliza esta terapia para:

- Disminuir la sensibilidad intra-oral: haciendo masajes por encía, por la mucosa labial, por el músculo buccinador, paladar blando y duro; y en el dorso de la lengua.
- Preparar la musculatura de la región oral: realizando masajes por los músculos, aumentando el tono.
- Movimiento lingual: estimulamos la lengua en diferentes direcciones.
- Maniobras para la movilidad mandibular: con el objeto de lograr los distintos movimientos.
- Maniobra de deglución, presión intra-oral y cierre de boca.

Con todas éstas, logramos que el niño con síndrome de Down realice una mejor succión, deglución, masticación y movimientos lingual.

El Dr. Castillo Morales utiliza una placa palatina como apoyo a la TRO. Esta se coloca en contacto con el paladar y el labio superior. Cumple la función de estimular y llevar la lengua hacia dentro – atrás y arriba; también mejora la postura del labio inferior y superior.

En algunos casos se observó que facilita y devuelve una respiración nasal, a través de la posición más elevada de la lengua y la contracción de los labios.

“Detección de las alteraciones en las conductas interactivas y comunicativas en el bebé”.

Francisca González González. Logopeda. Hospital Universitario Niño Jesús – Madrid

Resumen:

En algunos de los niños que presentan alteraciones del desarrollo psicomotor, hemos visto que ya en el segundo trimestre de vida aparecen signos indicadores de trastornos en las conductas interactivas y comunicativas.

Esta disfuncionalidad interactiva puede darse por diferentes causas y generalmente en la asociación de varias de éstas, como en el caso de patologías orgánicas en el recién nacido, unidas a un estilo interactivo disincrónico de los padres que entra en conflicto con el del bebé, dando lugar a las mencionadas alteraciones.

Como por todos es sabido, cuanto antes se detecten y aborden este tipo de alteraciones en el marco global de la *Atención Temprana*, mayores probabilidades hay de obtener mejores resultados.

Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz Rella: "Inicio de las primeras comunicaciones"

Laura Arnal Orozco. Logopeda del CDIAP Rella. Barcelona

Resumen:

Origen – Presentación:

Hace 27 años se fundó **Obra Social d'ajuda al Disminuït Psíquic (O.S.A.S.)** entidad de iniciativa privada y sin ánimo de lucro creando una escuela de educación especial como primer servicio.

A partir de esta experiencia, y de acuerdo con la normativa de integración de los disminuidos en Catalunya, y en el seno de OSAS, se creó **CDIAP Rella (Centro de desarrollo infantil y Atención Precoz)**. O.S.A.S. mantiene en la actualidad un concierto con el Institut Català d'Assistència i Serveis Socials de la Conselleria de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya.

El centro **Rella** está situado en el barrio de **Sant Andreu de Barcelona**, con una población total de **145.000 habitantes** y una población **infantil de 0 a 4 años de 6.000 niños/as**, siguiendo el Plan de sectorización que rige en Catalunya.

De esta población infantil **atendemos** aquellos niños/as con problemas o **trastornos en el desarrollo** o bien con riesgo de padecerlo por sus condiciones biológicas, psicológicas y/o sociales. En el caso de poder acceder al reconocimiento de disminución provisional se **puede seguir** el tratamiento **hasta los 5 a. 11m.**

Preocupados por la edad de derivación y **la poca población atendida**, (en el año 1991 se atendieron en nuestro centro, solamente 38 niños) y teniendo también en cuenta los **baremos que marcaba la OMS**, iniciamos un **trabajo de coordinación** con los **servicios de Pediatría** de nuestra zona.

Los **objetivos propuestos** eran:

- **Sensibilizar a los pediatras** y a las enfermeras de la importancia de la prevención, detección y atención precoz en las primeras etapas del desarrollo.
- **Conseguir una verdadera detección** de cualquier trastorno, disminución ó situación de riesgo en la población infantil de 0 a 4 años.
- **Adelantar la edad de derivación** en los casos necesarios.
- **Crear espacios funcionales de coordinación**, de comunicación fácil y de colaboración mutua entre nuestro **Centro y el Equipo de Pediatría**.

El **método seguido** ha sido:

- Establecer **contactos periódicos con el equipo de Pediatría** para favorecer la comprensión del niño pequeño, **no solo en los aspectos neurológicos** y evolutivos, sino **también en los aspectos emocionales** y psicológicos a consecuencia de la interacción padres-niño.
- Establecer **sesiones clínicas** basadas en el estudio de los casos, donde se resaltan unos indicadores de alerta que permiten hacer una detección lo antes posible.
- Acercar la **figura del psicólogo** a la red sanitaria para facilitar la derivación al CDIAP.

Como resultado de este proyecto de colaboración, en el año **2001 hemos atendido un total de 270 niños**

Aparte del numero de niños atendidos, se ha producido también un gran cambio en la sintomatología de los niños que atendemos. **Anteriormente** atendíamos en una gran mayoría **niños con patología**.

Actualmente, y gracias a la **coordinación con los servicios de Pediatría** se ha conseguido atender **niños con desfases evolutivos**, que en definitiva no estaban preparados para evolucionar, sin tener en cambio causas únicamente biológicas.

Fruto también de **este nuevo enfoque**, **hemos profundizado** en nuevos aspectos:

Nos hemos cuestionado, por qué un niño no evoluciona... por qué no habla... qué está pasando? Desde la visión del especialista en comunicación-lenguaje, como nos **planteamos ayudar a este niño y a esta familia?** Nos **situamos en el tratamiento** concreto abordando el

síntoma, el retardo en la aparición del lenguaje, de una forma cuantitativa ó fonética, **aislado** de toda la inter-acción de dicha familia, o **por el contrario** situamos este niño en un **grupo familiar** e intentamos pensar conjuntamente, en lo que puede estar pasando.

Otras consideraciones

Queremos **resaltar** como un elemento de análisis los **cambios que ha sufrido la familia** y que dificultan su organización y sus capacidades de auto-ayuda, como la **precariedad laboral**, la incorporación de la **mujer en el mundo laboral**, los largos **horarios laborales** de los padres, la crisis de roles masculino y femenino, la **poca ayuda** de la familia más extensa, la **exigencia y competitividad** continua...

Bion nos aporta las siguientes ideas:

- **Aprender desde la experiencia**, y de la función alfa de la madre, haciendo referencia a la capacidad de asociar ideas, en torno a las necesidades del bebé, captarlas y simbolizarlas.
- **Capacidad para entender, contener**, y aguantar las ansiedades del bebé sin deprimirse ni abandonar. Todo ello relacionado con la capacidad de soportar el sufrimiento mental y el conocimiento que tiene de su hijo.

La madre ayuda a organizar el comportamiento del bebé, a **tolerar** la frustración, a entender su **mundo externo y interno**, a diferenciar emociones y situaciones. No hablaríamos tanto de “palabras” como de integrar las experiencias con una base emocional.

Con esta base de entendimiento, el bebé puede ir **aceptando los cambios**, puede **iniciar la tolerancia a la frustración**, la diferenciación y el **progreso mental** relacionado con el proceso simbólico.

Si no se aprecian los cambios, todo es igual, no aparece la **diferenciación**. Por otra parte **si no se toleran los cambios** no hay la sensación de **pérdida** ni de adaptación al otro, con lo cual tendríamos dificultades en la evolución del desarrollo mental.

Entender estas fases de evolución psíquica creemos que son la base de nuestro trabajo, así como la **colaboración y empatía con la familia**. Nosotros en estas edades **trabajamos en una gran mayoría de casos con los padres y el niño** en sesiones de juego libre, para comprender la dinámica de la familia y poder incidir a partir de lo que ellos nos aportan en la sesión, ayudando a **entender mejor las reacciones** de su hijo, a contener las ansiedades de una familia con un hijo que no

evoluciona normalmente y les preocupa mucho y de un hijo que no llega a tener las competencias que se le exigen.

Estas **actitudes comprensivas** básicas para los tratamientos en estas edades tan cortas las ofrecemos **también en espacios para los padres**, para favorecer el diálogo entre la pareja y poder hablar de lo que les preocupa.

Como nos dijo **Guillem Salvador** en las últimas Jornades d'Atenció Precoç en Barcelona, **debemos curarnos de la ambición terapéutica** de curar y cambiar a la familia y centrarnos más en la posibilidad de empatizar (comprensión emocional) con el sufrimiento del grupo familiar.

Simposio:

“Evaluación-diagnóstico en Atención Temprana”

Coordinadora:

Dra. María José Buceta Cancela.

*Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.
Universidad de Santiago de Compostela. Directora de la
Unidad de Atención Temprana A.Ga.D.I.R.*

Ponencias:

- **“Diagnóstico prenatal y consejo Genético”.**
Dra. Ana Benavides Benavides. Hospital Central de Asturias.
- **“Evaluación y diagnóstico en edades tempranas: la importancia del doble diagnóstico”.**
Dra. María José Buceta Cancela. Universidad de Santiago de Compostela.
- **“Evaluación en contextos socioculturales y familiares”.**
Dr. Jesús Pérez Ríos. Universidad de Sevilla.
- **“Evaluación del lenguaje en el niño en edades tempranas”.**
Dr. Miguel Pérez Pereira. Universidad de Santiago de Compostela.

Resumen:

La evaluación y el diagnóstico son los pilares básicos sobre los que planificar el futuro tratamiento del niño. Es por este motivo, y la importancia crucial que tienen en la planificación y éxito del tratamiento, por lo que en este simposio nos hemos propuesto estudiar en profundidad, y desde una vertiente interdisciplinar, cada uno de los pasos que debemos tomar en pro de la consecución de una buena base sobre la que trabajar. Empezaremos desde el principio, por el consejo genético, para pasar por la evaluación y diagnóstico del niño en edades tempranas, hasta llegar al estudio de los contextos socioculturales y familiares que rodean al niño.