

TEMA 1

ATENCIÓN TEMPRANA

1. DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

Es el conjunto de técnicas psicopedagógicas que están dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años y cuyo objetivo es dar respuesta a todas las necesidades, transitorias o permanentes, que puedan tener los niños presentes en su desarrollo o que se vea el riesgo de que puedan padecer trastorno.

También está dirigida a la familia.

OBJETIVOS de la atención temprana:

- Promover, facilitar o potenciar la evolución de todas las posibilidades de desarrollo de cualquier niño que lo requiere.
- Prever y evitar problemas secundarios
- Planificar acciones encaminadas a desarrollar o posibilitar en su mayor grado las opciones de integración familiar, educativa y socio-ambiental de cada niño.

POBLACIÓN A QUIEN SE DIRIGE

- Niños / as entre 0–6 años.
- Niños / as con necesidades transitorias o permanentes originadas por alteraciones en el desarrollo o por deficiencias.

Es muy importante actuar lo antes posible, por las familias para la aceptación e integración del niño, por la plasticidad neuronal que permite una mejor evolución.

El concepto de ESTIMULACIÓN PRECOZ se sustituye por **ATENCIÓN TEMPRANA** que **NO ES:**

- Un bombardeo de estímulos presentados de manera indiscriminada.
- Anticipo de las etapas evolutivas
- Acelerar el propio desarrollo del niño

MOTIVOS DE APARICIÓN

- Se pasa de pensar que el hombre está determinado biológicamente a que el medio juega un papel importante o más y por tanto puede actuarse sobre él.
- Los niños deficientes son educables, si se les organiza una educación especializada.
- Ambito médico:
- Avances en parinatólogía en partos, descendiendo la mortalidad infantil y aumentando los niños que

sobreviven con problemas.

- Nuevos conocimientos en patología infantil.
- Fenómeno de la plasticidad neuronal, como el sistema nervioso está incompleto y se empieza a desarrollar a partir del nacimiento.
- Interrelación entre los sistemas del organismo, una discapacidad en una determinada área puede acelerar o retrasar otra determinada área.
- Falta de experiencias en edades tempranas, también pueden provocar retrasos en el desarrollo.
- Influencia de orientación psicoanalítica y psicología evolutiva. Teoría del apego (relación afectiva) y como se establece ese vínculo como base y seguridad para los posteriores aprendizajes.

2. BASES CIENTÍFICAS

La atención temprana se apoya en 4 bases, que son:

a) Psicología del desarrollo

- El desarrollo es un proceso continuo
- La secuencia de etapas es igual para todos los niños.
- Existe una secuencia de desarrollo en cada una de las áreas pero el desarrollo de una no presupone un desarrollo paralelo de la otra.
- El ritmo de desarrollo varía de uno a otro.
- Disociación: falta de paralelismo entre las diferentes áreas del desarrollo
- Nos permite conocer las leyes del desarrollo. DESARROLLO-SECUENCIA:
- Céfal-caudal de la cabeza a los pies
- Próximo distal el desarrollo se inicia desde la línea media del cuerpo hacia el exterior

b) Neurología evolutiva

- Estudia el sistema nervioso central.
- Nos permite conocer el sistema de maduración del sistema nervioso central.
- Alguna anomalía en el Sistema Nervioso Central (SNC) produce un retraso a nivel madurativo.
- Es importante conocer el proceso de maduración neurológica para saber detectar posibles anomalías.
- Algunos signos neurológicos que traducen el estado y maduración del sistema nervioso son:
- El tono muscular grado de maduración de los músculos.

- Los reflejos prensión, succión, parpadeo, marcha automática.

El bebe recién nacido está encogido. Si no fuera así habría falta de tono y alguna anomalía.

- Leyes de maduración
- Ley de la plasticidad los niños son moldeables, existe una plasticidad del sistema nervioso en etapas tempranas, pudiéndose recuperar ciertas funciones. Desde las 23 semanas antes de nacer hasta los 2 años después del nacimiento es la etapa o periodo sensitivo, que es la etapa de mayor plasticidad neuronal.
- Ley de especialización neuronas altamente diferenciadas y otras que no lo están.

El que exista un signo anormal aislado no es predictivo. Muchas veces estos signos anormales desaparecen en un periodo de tiempo.

c) Psicología del aprendizaje

Estudia los mecanismos que rigen la conducta humana.

La metodología que vamos a utilizar esta basada en:

- La teoría del aprendizaje
- Las técnicas de modificación de la conducta

Se utiliza una metodología sistemática por:

- La adquisición de conductas adecuadas.
- La eliminación de conductas inadecuadas.

Aspectos a tener en cuentas:

- Análisis de tareas
- Secuenciación de objetos
- Graduación del material por orden de dificultad.
- Toma de datos para una evaluación continuada (registrar las conductas que el niño va consiguiendo).
- Aprendizaje discriminativo
- Utilización de ayudas y estrategias. Refuerzos.

d) Psiquiatría infantil

del

- Importancia del vínculo madre-hijo y su importancia en posteriores procesos de aprendizaje.
- Importancia del trabajo con los padres.

3. HISTORIA DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

- En la década de los 50 programa de intervención centrados en niños con trastornos motóricos. También se empiezan a utilizar con niños de niveles socioeconómicos bajos, ayudándoles en la primera etapa escolar. También en el Síndrome de Dawn, para mejorar sus aspectos cognitivos y encaje social.
- Década de los 70 la atención temprana como metodología.
- Década de los 80 preocupación por como se aplican esos programas para determinados niños.

Empiezan estas técnicas fuera de España.

ESPAÑA

- Año 74/75 primeros programas por iniciativa privada.
- Hasta el año 80 no se organizan programas a nivel estatal.

1. SEREM Servicio social de recuperación y rehabilitación de minusvalidos psíquicos y físicos

Desarrolla 2 acciones fundamentales:

- 1977 establecimiento de importantes vías de subvención a la iniciativa privada para implantación de la estimulación precoz. Esto tiene
- Ventaja con la financiación privada surgen las entidades asociativas que normalmente gestionan los padres.
- Inconveniente se van a ir manteniendo muchos servicios en estado precario (que no funcionan bien porque no llega el dinero)
- 1979 creación de 9 servicios de E.P. con carácter piloto

2. IMSERSO 1980. Servicios de atención temprana en centros base, pero no a todos.

A partir de 1.983 ----- LISMI (1.982)

(Ley de integración social del minusvalido)

En 1.983 se generaliza la atención temprana y llega a todos los centros base

4. MODELOS DE INTERVENCIÓN.

El modelo de intervención se va a realizar en 3 áreas:

- Area de la Salud – LGS (1.986)

Diferencias en cuanto al tratamiento y los resultados obtenidos.

- Modelo clínico – rehabilitador
- Régimen de ambulatorio

Se ve que es necesario un tratamiento interdisciplinar (entrada de intervenciones que prestaban atención solo a la patología, pero poco a poco se preocupan también por la evaluación del desarrollo del niño).

El primer especialista que se puso en contacto con la atención temprana es el NEONATOLOGO.

- Área de servicios sociales – LISMI (1.982)
 - Se crean centros específicos de atención temprana.
 - Régimen de ambulatorio (niño solo va para el tratamiento)
 - Atención domiciliaria: ofrecer el tratamiento en el domicilio, contacto natural con el niño.
- Area de educación –LOGSE (1.990)

Supone la regularización de la educación infantil.

Hace hincapié en la intervención educativa con carácter preventivo.

Creación de equipos multiprofesionales de atención temprana (psicólogos, pedagogos, logopedas, profesor de apoyo o estimulador, etc.)

El estimulador se forma normalmente en cursos de postgrado.

La coordinación técnica la asume uno de los profesionales, que van en función de las necesidades del niño y la familia.

5. TENDENCIAS ACTUALES

En la Comunidad de Madrid

- 24 centros de atención temprana (concertados, es decir, hay una parte que pagan los padres).
- 7 centros base (del INSERSO), que es gratuito para los padres pero que están saturados.
- 21 equipos de atención temprana, sectorizados en Madrid.

1.988

Se elaboran propuestas para homogeneizar conceptos y criterios de intervención.

1.990

Se publica un documento sobre Criterios de calidad de centros de atención temprana.

1.993

Se crea el IMAIN (instituto madrileño de atención a la infancia).

- Labor de información y coordinación entre entidades públicas y privadas.
- Establecer criterios comunes de actuación, detección, diagnóstico e intervención.

ATENCIÓN TEMPRANA

PSICOLOGIA

Hace referencia a todo lo que tiene que ver con la afectividad y las relaciones interpersonales. Se distinguen 3 aspectos que contribuyen a ese desarrollo psicológico:

- La familia orientar e informar a la familia de lo que necesiten. Se atiende primero porque va a ser el primer núcleo donde el niño se integra y se desenvuelve. Va a ser la portadora del primer y más fundamental sistema educativo. Va a tener un papel decisivo a nivel educativo, social y emocional.

Cuando un niño tiene problemas trabajamos con la familia, para que acepten el problema que tienen y puedan restablecer la estabilidad que ha robado el niño.

- Comunicación Una vez que hemos recibido a la familia empezamos a atender a ese niño (que necesita apoyo, un tratamiento especial). Tenemos que plantear el tratamiento de ese niño como persona. nosotros tenemos que acoplarnos a esas necesidades.

El primer paso es una buena relación interpersonal de:

- madre – hijo
- padre – hijo
- terapeuta – niño

Para establecerla es importante que el niño se sienta comprendido. Tenemos que conseguir una empatía con el niño. También tenemos que aprender a interpretar determinadas conductas, que a veces no son verbales, para entender al niño.

A veces el proceso de comunicación es un proceso largo.

- Juego otra forma de comunicarse del niño (además de por conductas) es el juego, que utiliza para elaborar todas sus experiencias, tanto positivas como negativas.

El juego también le ayuda a explorar y vivir el ambiente que le rodea y exterioriza todo lo que tiene en su mundo interno.

En ésta forma de enseñar el juego entraría la tarea pedagógica.

PEDAGOGIA

- Juego El juego es el medio natural donde se realiza el aprendizaje y el desarrollo.

Algo que nos facilita el que el niño juegue es que se sienta feliz, proporcionándole situaciones y actividades donde disfrute y tenga sentido lo que está haciendo.

La base de la comunicación va a estar también en el juego.

- Aprendizaje También le tenemos que ayudar a que vaya aprendiendo cosas. Le vamos a tener que enseñar determinadas cosas para que luego pueda disfrutar con los aprendizajes (juego).

Tiene que ser una forma de comunicarse y relacionarse, en la familia y en la escuela infantil.

- Escuela infantil Donde el niño pone en práctica todo lo aprendido, es el primer centro de socialización y adquisición de conocimientos y experiencias después de la familia.

Vamos a ayudar a los niños a que exploren para que así puedan aprender, esto permitirá ese desarrollo global

y autónomo del niño (que sepa relacionarse).

PROCESO DE EVALUACIÓN – INTERVENCION

ENTREVISTA CON LOS PADRES

FAVOREZCA LA INVESTIGACIÓN

- Rutinas administrativas
 - Nombre y apellidos
 - Edad
 - Profesión
 - Quién les envía
 - Que hermanos tiene, que lugar ocupa, quien vive en la casa (como está la organización familiar).
 - Explicarles que vamos a ver.
 - Si tienen algún familiar con retraso o enfermedad,
- Análisis de la demanda
 - Que creen que le pasa al niño
 - Si creen que es debido a algo
 - El niño no se relaciona
 - Como se ha organizado la demanda
 - Algo más les preocupa (que no le bese, abrace,)
 - ¿Cuándo vino el embarazo? ¿Cómo fue el parto?

Estaban casado

Previsto o no previsto

Que vivencias ha tenido durante el parto

En que condiciones viven (en pareja, con padres,)

Edad de gestación y semana, peso al nacer, complicaciones en el parto, hemorragias.

Asociaciones de los padres con los otros hermanos.

- Alimentación / sueño

Que tipo de lactancia

Como se cambio esa alimentación (paso al sólido)

Si mastica o no lo hace si no lo hace puede asociarse a un niño con miedo y angustias. También le resultará más difícil el articular.

Cómo ha sido el sueño.

Hasta cuando durmió con los padres, donde duerme ahora.

Como se va a la cama (llora, quiere que se le acompañe,)

Objetos transicionales como recuerdo del lazo afectivo: ver como el mayor valora este objeto.

- Como era el bebe de niño
- Enfermedades

Han estado hospitalizados

Faltan a la escuela infantil

Si los padres han consultado médicos, salud privada o pública

Que significado han tenido en la interacción padre – hijo (si se ha quedado con él cuando estaba enfermo o no han podido).

- Historia de las separaciones con respecto a la familia

Si extraño al separarse de sus padres.

Como actuó en la escuela infantil

Que información tiene de los profesores

- Juegos del niño
- Historia de las familias de cada uno
- Como son ellos:

Parecidos del niño físicos y psicicos

Que hablen de los otros hermanos

TEMA 2

PROCESO DE VALORACION E INTERVENCIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA

1. PROCESO DE MADURACIÓN DEL RECIEN NACIDO

PIAGET:

Fue el primero que muestra a los niños como constructor de su propia inteligencia en la interacción con su entorno. Es el punto de referencia sobre el desarrollo cognitivo del bebe.

Después se fue explorando las capacidades perceptivas del niño, se vio que era un ser competente y organizado.

Los bebés tiene como unas ventanas sensitivas que les permite estar en contacto con la realidad.

El bebe comienza su desarrollo con un equipaje sencillo pero eficaz:

- Los reflejos
- Vocación innata para adaptarse y buscar el equilibrio con el ambiente que le rodea.

2. ACTIVIDAD MOTORA

- Determina el nivel de desarrollo
- Va a hacer posible seguir el proceso de maduración

Los primeros patrones automáticos que poco a poco va a ir desarrollando el movimiento, que va a conseguir niveles jerárquicos superiores, madurando y que sigue una secuencia.

Esta maduración se traduce en 2 hechos fundamentales:

- Pérdida progresiva de patrones de conducta congénitos reflejos.
- Adquisición de nuevos patrones de conducta de nivel jerárquico superior.

Tienen que desaparecer los reflejos para que aparezca el movimiento, tiene que controlar su cuerpo.

Estos 2 hechos están íntimamente relacionados y es condición indispensable la primera para poder pasar a la segunda.

PROCESO DE MADURACIÓN implica 3 cosas:

- Desaparición progresiva de reacciones primitivas.
- Evolución del tono flexor a extensor.
- Avances a nivel sensorial.

3. REFLEJOS

– **DEFINICION:** Reacciones automáticas que aparecen cuando ciertos estímulos impresionan a ciertos receptores.

Es la forma más primitiva de actividad motriz (reflejos primitivos o arcaicos).

- INTERESAR A NIVEL DE DIAGNOSTICO

Caracterizan el segundo trimestre . Si persisten más del segundo trimestre es patológico.

Hipertonía exceso de reflejos (paralíticos)

Hipotonía ausencia de reflejos (Dawn).

- CARACTERIZAN EL PRIMER TRIMESTRE

Algunos duran más, la aparición de estos reflejos es céfalo – caudal.

- FAVORECEN LA ADECUACIÓN DEL INDIVIDUO AL AMBIENTE.

REFLEJOS OBSERVADOS EN EL RECIEN NACIDO:

- Reflejos de succión estimulación de los labios conlleva a un movimiento rítmico que es la succión.
- Reflejo de búsqueda excitación de la comisura de los labios lleva al niño a una rotación de la cabeza en el sentido de la estimulación.
- Reflejo de prensión o GRASPING la excitación de la palma de la mano en el bebé con un objeto determina una fuerte prensión sobre este objeto. También ocurre en el pie pero con menos fuerza. Los paralíticos

mantienen las manos cerradas por lo que hay que estimular la parte contraria de la mano.

- Reflejo de enderezamiento estático el recién nacido estira las piernas cuando se ejerce una presión en la planta del pie. Cuando hay hipotonía el bebe no tienen fuerza para hacer ese estiramiento.
- Reflejo de marcha automático la estimulación de la planta del pie cuando está enderezado lleva a un movimiento de las piernas parecido al de la marcha. Dura muy poco.
- Reflejo del moro o brazos en cruz o del abrazo. Ante un estímulo agudo (palmada) el niño hace un estiramiento brusco de los brazos y luego los devuelve a su posición. Tiene que desaparecer entre el 4º y 6º mes. El que no exista es patológico, y su persistencia es todavía más patológico. En los prematuros desaparece a partir del 7º mes.
- Reflejo tónico cervical asimétrico (RTCA) también denominado reflejo del esgrimista. Cuando el niño está tumbado boca arriba o boca abajo los miembros donde mira el niño permanecen extendidos y los miembros donde está la nuca estarían flexionados. Ocurre lo mismo en la piernas. Si el bebe cambia la cabeza, los miembros también cambian. Caracteriza a este reflejo la simetría, tiene que conseguir que desaparezca para conseguir la simetría. En paralíticos que tarda más en desaparecer hay que trabajar su línea media.
- Hipo–bostezo–estornudo lo hacen constantemente y es señal de que el niño está bien.
- Reflejo del paracaídas cuando lanzamos a un niño hacia delante extiende los brazos y abrir las manos. Aparece en el 7º a 9º mes. Importante para que ande con seguridad.

4. TONO MUSCULAR

Nos indica el estado de tensión permanente en los músculos de origen esencialmente reflejo (aunque también hay una parte consciente), variable, cuya misión fundamentalmente tiende al ajuste de posturas locales y la actividad general.

BRAZELTON: Pediatra que lo define como resistencia que presentan las partes del cuerpo cuando se mueven de una forma pasiva.

El tono guarda mucha relación con las emociones, la postura del niño nos da índices de cómo se encuentra la estructura interior.

- Tono Pasivo resistencia del músculo al estiramiento.
- Tono Activo relacionado con la postura y los movimientos activos del niño.

Observaremos la valoración del tono a través del movimiento

CALIDAD DEL TONO

Hace referencia a las características individuales del niño que pueden ser muy variables dentro de la normalidad

- Facilita adquisiciones motoras, o las va a retrasar.
- Aporta datos para sospechar o descartar patología neurológica.
- Desviaciones patológicas:
 - Hipotonía disminución del tono
 - Hipertonía aumento del tono
 - Distonía fluctuaciones exageradas entre un tono alto y un tono bajo.

EVOLUCIÓN DEL TONO

Importante que evolucione la flexión que tiene de recién nacido para ir pasando por las diferentes adquisiciones motoras.

5. DESARROLLO TEMPRANO DE LAS CAPACIDADES PERCEPTIVAS

Los diferentes sentidos que van a permitir al niño ponerse en contacto con el medio tienen su maduración en la vida prenatal.

- El sistema perceptivo es importante porque sirve de plataforma de lanzamiento para que despeguen otros aspectos del desarrollo.
- Importante que la maduración del sistema perceptivo sea temprana.
- El sistema perceptivo es SELECTIVO porque los rasgos del entorno más relevantes son distintos para cada especie (bebe es atraído por la voz humana). Estos rasgos están desde el nacimiento, por lo que no hay que elegir entre lo que es más relevante y lo que no lo es.

SENSIBILIDAD VISUAL

Es el más estudiado. El recién nacido:

- Puede ver e incluso si se les presenta de manera adecuada (distancia corta) puede seguir un estímulo.
- Puede desplegar conductas defensivas (3-4 semanas) cuando ven que algo cae cerca de su cara.
- Distinguen colores y tienen preferencia por el rojo más que por el gris. Tanto el ojo como las estructuras cerebrales tienen que madurar.

Ejemplos de los avances de las capacidades visuales:

PRIMER TRIMESTRE

- Sensibilidad ante el contraste, presente desde el nacimiento pero que en pocas semanas mejora mucho (tablero de ajedrez).
- No se limitan a mirar pasivamente los objetos, sino que los exploran y analizan.

SEGUNDO TRIMESTRE

- Hay mejoras significativas en la agudeza visual y en la percepción de la profundidad.
- Seguimiento visual más eficaz.
- A los 6 meses las capacidades visuales han alcanzado los valores de los adultos.

El recién nacido nace programado para mirar a la madre. El contacto ocular es el elemento que ayuda a crear el vínculo afectivo, y al principio el sistema de comunicación es la mirada.

SENSIBILIDAD AUDITIVA

Tiene una orientación selectiva a los sonidos. En el recién nacido:

- Oyen
- Tienen discriminaciones auditivas.
- Preferencia por la voz humana, también por la voz femenina.
- Discriminación entre sonidos semejantes (aunque algunos niños no la tienen).
- Preferencia por las características prosódicas (ritmo, acento y entonación) de su propia lengua.
- Preferencia por la voz de su madres.
- También son sensibles a la intensidad del sonido, el rimo fuerte les perturba y altera pero un rimo suave les calma.

A los 3 meses distinguen el tono emocional de las expresiones que se le dirigen.

SENSIBILIDAD TÁCTIL

En el recién nacido, el contacto piel a piel es una de las estimulaciones más fuertes que se establece entre los padres-bebe.

Percibe todas las vibraciones afectivas con la madre y también la madre transmite todas sus emociones.

El tacto, olfato y gusto son los sentidos más desarrollados.

- Está desarrollada en el recién nacido (palma de la mano, de los pies y rostro) que se va a ir extendiendo por todo el cuerpo.
- Debe perfeccionarse en los meses siguientes.
- Sensibilidad al dolor, caricias, etc.
- Sensibilidad térmica.

Las cosquillas al principio no son placenteras, pero a los 2/3 meses ya si se convierten en divertidas.

El tacto es el instrumento de exploración con los objetos, aunque al principio los exploran con la boca.

A medida que se avanza en el desarrollo, 6/7 meses, el protagonismo de la exploración va a ser el tacto.

Es importante de la estimulación táctil el masaje es muy importante en la interacción positiva y el lazo afectivo. Se ayuda a que maneje mejor la entrada de información y se les relaja, permitiéndonos trabajar el tono (en el caso de hiperactivos).

SENSIBILIDAD OLFATIVA

Se desarrolla en la vida fetal y está presente en el recién nacido.

GUSTO

Las papilas gustativas de la lengua maduran antes del nacimiento.

Va a desarrollar la capacidad de tener preferencias (prefiere el agua azucarada de la que no lo está).

6. CAPACIDADES PROPIOCEPTIVAS

- Es capaz de imitar y reproducir mímicas
- La motricidad del bebe está en sincronía con las palabras y con el cuerpo de la madre
- Tiene sensibilidad al movimiento.

Hay un engranaje entre las distintas capacidades de los sentidos, se van a ir coordinando para poder ir desarrollando otras capacidades.

Manual de Desarrollo Psicomotor

TABLA DE VALORACIÓN APGAR

SIGNO	0	1	2
Frecuencia cardiaca	Ausente	Menos de 100 p.m.	Más de 100 p.m.
Respiración	Ausente	Lenta, irregular, llanto débil	Buena, llanto fuerte, vigoroso
Tono muscular	Hipotonía Flacidez	Alguna flexión de miembros	Movimientos activos, buen tono en flexión
Respuestas reflejas	Sin respuesta	Mueca	Tos o estornudo
Coloración	CIANOSIS (azul pálido)	Cuerpo rosado Extremidades azuladas	Completamente rosado

RECIÉN NACIDO

- **En Posición dorsal:**

Predomina la hipertonía en los músculos flexores de los miembros.

El recién nacido no puede extender los miembros superiores e inferiores.

Esta hipertonía ira atenuándose en el curso de los primeros meses

- Reflejo tónico–cervical asimétrico
- Reflejo GRASPING

- **Tono muscular:**

Hipertonía en los miembros

Hipotonía de la cabeza y tronco

- **Posición supina:**

Actitud en RTCA

- **Tronco:**

Cifosis global de la espalda

Ausencia de control muscular, vertebrales y lumbres.

- **Posición prona:**

Posición fetal

Flexión de miembros superiores e inferiores.

- **Manos:**

Reflejo de Grasping

Manos cerradas.

- **Lenguaje:**

Capacidad de orientarse hacia la fuente sonora

Sonidos.

7. SIGNOS DE ALARMA

- Postura asimétrica fina
- Tono aumentado o disminuido
- No libera la cabeza en prono (no intenta levantar la cabeza cuando está boca abajo).
- No tiene respuesta a estímulos visuales y auditivos.
- Irritabilidad o pasividad constantes.
- Falta de reflejos normales (grasping, tónico cervical: manos y asimetría).

8. LAS 5 AREAS DEL DESARROLLO

AREA MOTORA GRUESA

El objetivo es del desarrollo de la autonomía motriz, tumbado, sentado, de pie, andar, correr, saltar.

AREA MOTORA FINA

Habilidades manuales básicas para explorar y transformar el entorno.

Prensión manual, coordinación de ambas manos, coordinación ojo–mano, pinza digital.

AREA COGNITIVA

Desarrollo de los sentidos, estrategias para resolver problemas, desarrollo del pensamiento abstracto.

Percepción, discapacidad e integración sensorial, atención, permanencia del objeto, causalidad, memoria, simbolización, integración espacial, formación de conceptos.

AREA SOCIAL Y DE COMUNICACIÓN

Desarrollo de la interacción social y la interacción comunicativa.

Pautas de apego afectivo, de la dependencia a la independencia afectiva, conducta intencional comunicativa, expresión y comprensión verbal, relación social con los iguales.

AREA DE AUTONOMIA

Desarrollo de hábitos de autonomía personal: alimentación, vestido, aseo, control de esfínteres.

LIBROS: Margarita Vidal o Isabel Zurrueta

De 0 a 3 meses:

M Gruesa	M. Fina	Cognitiva	Comunicación	Autonomía
• Control cefálico • Flexión y extensión de m. Supres. e inferiores • Estando de lado ponerse boca abajo	• Prensión • Retener un objeto (fuerza)	• Visión: Fijación de la mirada. • Audición	• Llanto • Mueca: SONRISA • Sonidos	• Succión • Búsqueda

9. INTERVENCIÓN

- Trabajar el vínculo afectivo

Es el más importante psicológicamente. Ayudar a los padres a desarrollar este vínculo, o con la persona con el que más tiempo pasa el bebe.

- Compartir relaciones agradables

Está basado en el principio de mutualidad, la madre respeta el tiempo de retracción del bebe e interactuar con el tiempo de disposición proporcionando experiencias agradables.

- Juegos circulares de interacción

Al bebe le va a gustar oírnos, los juegos estarán basados en su propio cuerpo, cogérle, tocarle, etc. Los juguetes son móviles, sonajeros, cajas con música. Son juegos de interacción los juegos de cosquillas, facilita

la comprensión, la anticipación.

El juego circular es el primer juego de socialización.

- Diálogo de turnos

Hay que escuchar y observar al bebe.

Los turnos pueden ser a través de la mirada, gargateos, etc.

Tienen que establecer contacto visual. La pauta va a ser observar y escuchar, dar opción al niño de que de respuestas, que hable y dejar que el niño nos imite.

Obligar al niño a que tomen la toma de turnos a través del contacto visual.

El objetivo principal es establecer y favorecer la comunicación. Establecer un ritmo adecuado. Cuanto más opciones de toma de turnos haya, más facilitará la comunicación. Si hay comunicación hay aprendizaje.

10. LO PATOLÓGICO

- Insuficiente control de la cabeza
- Asimetría (al final del 1º trimestre tiene que evolucionar la asimetría)
- Reflejos pronunciados (el tono cervical asimétrico y la prensión tienen que ir desapareciendo)
- Hipertonía – hipotonía excesiva
- Manos cerradas (prensión)
- Brazos no en línea recta (indican asimetría)
- Hipertonía – hipotonía de brazos.
- Afectación sensorial visual
- No hay respuestas a sonidos
- Empatía pobre
- Sonrisa pobre, reactiva, no social.

Las niñas suelen ser más sonrientes que los niños. También reproduce las señales que ve en sus padres.

La sonrisa es una de las conductas más importantes a conseguir en un niño, donde influye también la predisposición.

El mejor juguete en este primer trimestre es la persona que cuida al bebe.

Los móviles, gimnasios para conseguir la línea media, tacto, movimiento de brazos y pies independientes.

En sus manos, las manoplas musicales. El niño se mira la mano y le sirve para disociar una de la otra, se la

lleva a la boca, etc. También se pueden utilizar en los pies.

Las cajas musicales, sonajeros se pueden utilizar para niños con problemas auditivos, visuales, etc.

Los juegos de sonidos vocales, reproduciendo lo que dice el bebe a través del diálogo de turnos.

El juego se centra en su propio cuerpo (tacto). El bebé tienen poca intencionalidad, el adulto tiene que marcarla. Si hay intencionalidad es por azar.

Siempre el que más sabe se tienen que ajustar al nivel de la otra persona para que haya aprendizaje. Que el adulto sepa ajustarse para que haya esa toma de turnos.

14 .EL NIÑO DE 3-6 MESES:

Esta etapa es una etapa fundamentalmente manipulativa puesto que el niño va explorando los objetos y se los lleva a la boca.

Área cognitiva:

- *reconoce sus manos.*
- *Mira los objetos que están en la línea media.*
- *Es capaz de fijar la mirada en un 2º objeto.*
- *Es capaz de seguir con la mirada objetos vacilantes.*
- *Fija la vista en objetos pequeños.*
- *Anticipa el alimento por medio de la visión.*
- *Localiza sonidos en vertical y en distintas posiciones.*
- *Se lleva los objetos a la boca.*
- *Permanencia del objeto.*
- *Habilidades motrices suficientes.*
- *Causa- efecto (habilidades de resolución de problemas. Produce sonidos sobre diferentes objetos con intención.*

Área social y de comunicación:

- *Se ríe a carcajadas.*
- *Llora menos.*
- *Se produce un dialogo de turnos (gestos, miradas sonrisas ...).*
- *Sonidos guturales y labiales y algunas sílabas.*
- *Autoconocimiento: sonríe frente al espejo.*
- *Responde en juegos circulares de interacción.*

Área motora gruesa:

- *coordinación de movimientos de brazos y piernas.*
- *En posición prona: pelvis plana, barbilla y hombros fuera del suelo (90%), peso apoyado en antebrazos, después en mano y pasa de bocabajo a bocarriba y apoyado en antebrazos levanta un brazo.*
- *En posición supina: simetría, se coge de rodillas.*
- *De supino a sentado: La cabeza sigue al cuerpo. Esfuerzo activo.*
- *Sentado: Cabeza erguida, espalda recta. El niño mira activamente.*
- *De pie: soporta parte de su peso.*
- *Movimiento: pasa de bocabajo a bocarriba.*

Área motora fina:

- *Coordinación visomanual, va desapareciendo el reflejo de prensión. Coge los objetos si están en su campo visual.*
- *Prensión bimanual.*
- *Movimiento de barrido y movimiento parabólico.*
- *Presión cúbito palmar.*

LO PATOLÓGICO:

- *hipotonía de cuello y tronco. No inicia la sedestación.*
- *Indiferencia, atención intermitente(no llora o ríe).*
- *Ausencia de prensión manual. No coge.*
- *Falta de extensión. Persistencia de flexión en brazos.*
- *Falta de coordinación viso-manual.*
- *Algún problema en la localización de sonidos.*
- *Empatía pobre o hiperexcitabilidad. Llanto persistente.*

15.EL NIÑO DE 6-9 MESES:

Área motora gruesa:

- En posición supina: *Voltea de bocaarriba a bocabajo. Rotación como desplazamiento. Se lleva los pies a la boca.*
- En posición prona: *Peso en manos y pies. Posición de gateo. En esta posición eleva un brazo. Paracaídas, pasa de gateo a sentado.*
- De supino a sentado: *Maniobra de tracción, sujetándose con una mano.*
- Sedestación: *Con apoyos de mano. Reacciones de apoyo frontal, lateral y posterior. De sentado pasa a bocabajo. Dominio de la posición sentada.*
- De pie: *Se apoya, flexiona y endereza; sujeto por las axilas da pasos.*
- Movimiento: *Pivota, reptar y gatear.*

Área motora fina:

- *Transferencia de objetos.*
- *Golpeteo vertical.*
- *Golpeteo horizontal.*
- *Relajamiento global voluntario (soltar objetos).*
- *Deja caer un objeto para coger un tercero.*

Área cognitiva:

- Visión : *sigue un objeto que cae y dirige los ojos donde debe haberse quedado(permanencia del objeto).*
- Habilidades de resolución de problemas:
 - *Permanencia del objeto: Destapa un objeto escondido.*
 - *Causa efecto: Produce sonidos con intención.*
 - *Medio fin: Tira de una cuerda para atraer un objeto.*
- imitación: *imita al adulto. Por ejemplo cuando ve al adulto golpear dos cubos.*
- Aumento del interés por las personas, sus acciones y los objetos.

Área de social y de comunicación:

- *Juegos de interacción: cucú-tras, cosquillas...anticipa y comunica que siga el juego.*
- *Vocaliza a su imagen en el espejo.*
- *Desarrollo de pautas de apego (diferencia a los extraños de las personas conocidas).*
- *Balbuceo con cadenas silábicas.*
- *Angustia de separación.*
- *Da y toma en juegos de interacción con los adultos.*
- *Muestra objetos a los adultos.*
- *Gesto del adiós.*
- *Responde a su propio nombre.*

INTERVENCIÓN:

- *Atribución de intenciones al niño.*
- *Aumento de la capacidad instrumental.*
- *Dialogo de turnos.*
- *Habilidades de resolución de problemas.*
- *Permanencia del objeto.*

- *es importante ayudar al niño a expresar sus emociones.*

PATOLOGÍAS:

- *Hipertonía o hipotonía de tronco: arquear o no flexionar el tronco.*
- *No inicia desplazamientos (gateo).*
- *No inicia posición de pie.*
- *Ausencia de apoyos y reacciones paracaidistas.*
- *No muestra interés por los objetos.*
- *No inicia pinza digital (movimientos de barrido).*
- *Falta de comunicación con el adulto (a partir del 8 mes).*
- *Incoordinación óculo-motora.*

JUEGOS :

- *Juego centrado en los objetos (sobre todo a partir de 6 meses).*
- *Juego centrado en la prensión: sonajeros...*
- *Juega con sus pies.*
- *Interés por los juegos de desaparición (cajas con muñecos).*
- *Juegos de agua.*

16. EL NIÑO DE 9-12MESES:

Área motora gruesa:

- *En posición prono pasa de gateo a sentado y a ponerse de pie con apoyo exterior.*
- *Gateando sobrepasa obstáculos.*
- *Sedestación: Se sienta solo y pasa a gateo.*
- *Se mantiene de pie apoyado en muebles desde aquí se sienta.*
- *Pasa de rodillas a de pie con apoyo exterior.*
- *Con apoyos se agacha y vuelve a la posición inicial.*
- *Se mantiene de pie sin apoyo.*

- *Anda de la mano, da 3 o 4 pasos solo.*

Área motora fina:

- *Pinza inferior.*
- *Se dispara el índice.*
- *Pinza superior (11 meses).*
- *Pinza superior independiente (12 meses).*
- *Saca y mete recipientes.*

Área cognitiva:

- *Permanencia del objeto escondido.*
- *Causa efecto, toca la mano del adulto después de la demostración de un mecanismo. Comprende la acción causa–efecto de acciones simples.*
- *Medio fin: uso de la locomoción para alcanzar un objeto.*
- *Imitación: Imita el golpear de dos cubos y gestos nuevos que puede ver el mismo.*
- *Busca en el reverso de los objetos.*
- *Muestra interés por imágenes conocidas.*
- *Juego relacional: Usos de los objetos de forma funcional (esparcir , apilar, alinear, juntar, arrojar, encajar...)*
- *Acciones aisladas simbólicas en su cuerpo.*

Área social y comunicativa:

- *Aparición de la conducta comunicativa intencionada.*
- *Comienza a dar significado algún sonido, comprensión de algunas palabras (a veces extralingüística).*
- *Comprende la prohibición .*
- *Localiza a personas familiares.*
- *Verdaderos diálogos entre padres e hijos (más con sonrisas etc que con palabras).*

CATEGORÍAS DEL JUEGO:

- **juego estereotipado:** Llevarse objetos a la boca, golpetear, meter en dedo en los objetos, balancear...
- **Juego relacional:** La asociación simultanea de 2 o más objetos de una manera no funcional o no convencional.
- **Juego funcional:** Uso de los objetos de una manera funcional, es decir se le da la función propia a cada objeto.
- **Juego simbólico:** Se registran 3 tipos diferentes de juego simbólico:
 - Sustitución: Uso de un objeto como si fuera otro diferente (pero con un objeto real).
 - Agente: Uso de un objeto inanimado como un objeto de acción independiente (ej: las muñecas).
 - Imaginario: Objetos que no tienen representación física en el entorno inmediato.Ej: azúcar en una taza.

JUEGOS DE ESTE TRIMESTRE : 9–12 MESES.

- Paneles con distintos tipos de actividades.
- Comienza el juego de tirar.
- Disfruta con el juego de ruidos y sensaciones táctiles que proporcionan el golpetear. Juego relacional (uso social no adecuado).

- El juego de palmas palmitas.
- Hacer rodar objetos por las superficies duras.
- Juegos de sacar, abrir, cerrar, dar y tomar.
- Combina continente y contenido.
- Juegos de búsqueda activa de objetos escondidos.
- Le gusta observar las acciones de los adultos.
- Disfrutara andando empujando objetos (sillas correpassillos) antes de dominar la acción por si solo.

INTERVENCIÓN:

- Regular la conducta a través de la mirada.
- Provocar situaciones en las que el niño tenga que pedir ...
- Provocar situaciones de atención conjunta.
- Ayudar al niño a dar sentido y finalidad a sus acciones.
- Imitar las expresiones del niño.

SIGNOS DE ALARMA:

- No inicia la marcha autónoma.
- Mala coordinación (por ejemplo en el gateo en el otro trimestre).
- Problemas en la presión de objetos, manipulación torpe.
- Dificultad en la pinza digital.
- Indiferencia por el entorno.
- Ausencia de sonidos, no hace imitaciones simples.
- No aparecen estrategias cognitivas para resolver problemas.
- Ausencia del medio al extraño.

AUTONOMÍA

ALIMENTACIÓN:

0-3MESES:

Chupa el biberón o el pecho.

3-6 MESES:

- Toma semisólidos con la cuchara.
- Sujeta el biberón con las manos.
- Movimiento.

6-9 MESES:

- Beber de un baso sin atragantarse.
- Masticar alimentos.

9-12 MESES:

- Comer con los dedos.

VESTIDO:

9-12 MESES:

- Colabora cuando se viste.

17. EL NIÑO DE 12 A 18 MESES:

Área Motora gruesa:

- *Escaleras: sube gateando y baja sentado. Sube de pie con ayuda.*
- *Marcha: anda solo, anda de lado y hacia atrás.*
- *Correpasillos: Se desplaza cambiando la dirección.*
- *Se levanta pasando a bocabajo.*
- *Se agacha y vuelve a incorporarse.*
- *Carrera: Anda deprisa con ayuda.*
- *Pelota: lanza la pelota con las manos estando de pie.*

Área motora fina:

- *Saca y mete objetos de un recipiente y clavijas de un tablero utilizando la pinza digital superior.*
- *Abre y cierra recipientes.*
- *Coordinación ojo-mano más fina.*
- *Empieza a coordinar ambas manos (armar y desarmar cuentas, ensartar bolas en un cordón, coser un tablero...)*
- *Dibujo: comienza en garabateo.*

Área cognitiva:

- *Permanencia del objeto: encuentra objetos escondidos varias veces siempre que haya visto el proceso.*
- *Causa-efecto: pone en la mano de un adulto un juguete para ponerlo en marcha.*
- *Medio fin: Utiliza un objeto para obtener otro.*
- *Imitación: Imita al menos un gesto facial.*
- *Categorización: Empareja objetos.*
- *Construcciones: puzzles de una pieza, intenta arreglar un juguete roto. Cubos; imita una torre de 2-4 cubos.*
- *Encaja una figura geométrica en un tablero.*
- *Juego funcional: autodirigido. Dos o más objetos relacionados apropiadamente.*

Área social y de comunicación:

- *Lenguaje expresivo: primeras palabras con significado. Pide algo nombrándolo y apoyándose con el gesto. Uso de jerga. Nombra objetos. Emite onomatopeyas.*
- *Lenguaje comprensivo: discrimina objetos. Señala una imagen que se les nombra. Enseña su ropa y sus juguetes. Señala partes del esquema corporal.*
- *Realiza ordenes simples (acción o acción más objeto).*
- *Incremento del contacto visual con los adultos en el juego con juguetes.*

JUEGOS DE 12-18 MESES:

- *juego motor más activo, exploración del medio.*
- *Juego funcional acciones socialmente apropiadas con los objetos.*
- *Significativo. El juego de tirar y rasgar papel, rompепapeles para disfrutar de la sensación, sonido y*

visión.

- Juegos con el espejo.
- Juegos de sacar y meter.
- Comienza con juegos de construcciones.
- Empuja y tira de juguetes con ruedas. Tirando de una cuerda.
- Emplea juguetes con ruedas para transportar objetos.
- Comienza a desarrollar episodios cortos de juego simbólico.
- El niño es agente en el juego de simulación.
- Experimenta para ver que pasa.

El niño tiene papel de agente y responde, es tomar el turno.

INTERVENCIÓN:

- Trabajar todos los requisitos previos en lo referente a los objetos y juguetes (introducción de objetos nuevos y enseñarle su función) juego funcional.
- Asegurarse del conocimiento de los objetos presentados.
- Comprensión de esquemas de la vida cotidiana. Es importante que el niño tenga interiorizadas sus rutinas, sino tienen hábitos esta comprensión es más difícil, puesto que le descolocan por completo. Esto es necesario para ayudar al niño para la aparición del juego simbólico.

LO PATOLÓGICO:

- todavía no aparece la marcha automática o está muy inestable.
- Piernas con extrema rigidez, incapacidad para agacharse flexionando.
- Poco equilibrio.
- Mala manipulación de los objetos.
- No saca encajes.
- No juega.
- Pocas palabras con significado.
- Dependencia de la madre, le cuesta separarse.
- Es pasivo.

18.EL NIÑO DE 18 A 24 MESES:

Área motora gruesa:

- Escaleras: sube solo.
- Se agacha a coger cosas.
- Salta sobre los dos pies.
- Anda deprisa, hacia atrás.
- Tirar de un objeto cuando anda.
- Chuta con el pie sin caerse.
- Lanza una pelota sin caerse.
- Más equilibrio y precisión. Empieza a controlar más el espacio.

Área motora fina:

- abre y cierra puertas.
- Desenrosca recipientes.
- Pasa las paginas de un libro.
- Dibujo: hace garabatos con poco control. Imita trazos horizontales y verticales.

- Hace construcciones apilando hasta 6 cubos.
- Coordina ambas manos para enhebrar en tableros.
- Mete piezas en tableros acabados.

Área cognitiva:

- Permanencia y del objeto: busca fuera de su campo visual.
- Causa-efecto: activa un objeto directamente.
- Medio fin: supera barreras para conseguir lo que quiere.
- Encaja en un tablero el triángulo, cuadro y círculo.
- Identifica el círculo.
- Hace puzzles de 2 piezas encajables.
- Separa conjuntos de objetos por su igualdad.
- Empareja tarjetas (lotos de dos).
- Juego funcional.
- Aparición del juego simbólico.

Área de comunicación: el lenguaje.

- Lenguaje comprensivo: comprensión de unas 20 palabras. Comprensión de 2 o 3 ordenes. Conoce su esquema corporal y lo señala en una imagen. Conoce el significado de 4 o 5 imágenes.
- Lenguaje expresivo: usa palabras para comunicar sus deseos, se nombra a sí mismo, por su nombre o por nene, imita palabras. Nombra imágenes. Empieza a abandonar la jerga, aumenta el vocabulario.
- Uso de la negación de forma más convincente.
- Ecolalia (repetición de palabras o sonidos).

JUEGOS DE 18 A 24 MESES:

- Aprovecha el mejor control que tiene de su propio cuerpo.
- Lleva a cabo actividades motrices de potencia: Empujar, arrastrar transportar objetos grandes, trepar y bajar escaleras.
- Muestra un interés creciente por la naturaleza y objetos pequeños que encuentra en bolsos, cajones etc.
- Puede construir torres con bloques.
- Le gusta el agua, la arena, la arcilla, plastilina..
- Comienza a garabatear.
- Interés por los cuentos.
- Emergencia de juegos con iguales: mostrar ofrecer, tomar juguetes etc.
- Juego paralelo.

INTERVENCIÓN DE 18 A 24 MESES:

- Situar al nivel del niño.
- Aumentar la secuencia del niño y sus combinaciones.
- Proponer situaciones simbólicas en la relación.
- Verbalizar las transformaciones simbólicas que llevamos a cabo.
- Ofrecer material adecuado.
- Uso de diferentes soportes simbólicos.
- Proporcionar experiencias en vivo.
- Delimitar espacio-tiempo para el juego.
- Escuchar la autoexpresividad del niño.
- Llevar registro de la evolución.

19. DESARROLLO MOTOR DEL NIÑO DE 2 A 6 AÑOS:

Principales transformaciones

- *atención* Es muy importante para que el niño pueda aprender.
- *Independencia* Es la capacidad para controlar por separado cada segmento motor.
- *Coordinación* Patrones independientes que se encadenan y asocian formando movimientos completos más complejos que los originales.

Desarrollo motor:

• tono muscular:

- Grado de tensión que en cada momento hay en el interior de nuestros músculos Para realizar un movimiento algunos músculos tienen que estar en tensión y otros relajados.
- Regulado por el sistema nervioso y susceptible de control de voluntario.
- Importante ajustar el tono muscular a las exigencias de cada situación.
- Repercute en el control postural y la mayor o menor extensibilidad de las extremidades.
- Relacionado con atención, emociones y personalidad.
- Para desarrollar el control de la tonicidad:
 - ◆ Proporcionar sensaciones en diversas posiciones (de pie, a gatas, sentado...) en actividades estáticas o en desplazamientos con diferentes grados de dificultad. Transportar objetos...
 - ◆ Acostumbrar al niño a posturas correctas: Sentarse bien, cuerpo simétrico.
 - ◆ Actividades de relajación.

• Equilibrio:

- Condición de nuestro movimiento y nuestras acción.
- Bajo control de mecanismos neurológicos y control consciente.
- Factores que hacen importante su aprendizaje base de la actividad relacional y de la capacidad de iniciativa y autonomía del niño.
- Condición necesaria para una correcta estructuración y orientación en el espacio.
- Para desarrollar el control postural:
 - ◆ Actividades tanto estáticas como dinámicas, en diversos planos, alturas manteniéndose en equilibrio desde muchas actitudes y puntos de apoyo diferentes.

• Control respiratorio:

- Control voluntario e involuntario.
- Se relaciona con procesos de atención y de las emociones.
- Para el desarrollo del control respiratorio:
 - ◆ Proporcionar actividades que tengan un resultado atractivo y claramente visibles.
 - ◆ Actividades de relajación.

• Estructuración del espacio:

- Representar el cuerpo en el escenario espacial siendo capaces de organizar su acción en función de diversos parámetros.
- El espacio se domina antes del nivel de acción de representación.

- Desarrollo de la estructuración espacial:

- ◆ Actividades que impliquen diversos desplazamientos, círculos, observación de móviles, construcciones etc.

- Estructuración del tiempo:

- El niño tiene que situar su acción y sus rutinas en unos ciclos.
- Se realiza antes en su actividad que representarlo simbólicamente.
- Nociones temporales más difíciles de dominar que las espaciales.
- Para el desarrollo de la estructuración temporal:
 - ◆ Proporcionar actividades fundamentalmente rítmicas.

Establecimiento de la preferencia lateral:

- Cuerpo humano morfológicamente simétrico aunque funcionalmente sea asimétrico.
- Preferencias laterales:
 - ◆ Homogéneas o cruzadas(ojos,brazos,piernas).
 - ◆ Se produce entre los 3–6 años.
 - ◆ Claramente diferenciada en la 1ª infancia o indiferenciada.
- Lateralización–normas.
- Lateralidades no bien definidas o cruzadas tienen como consecuencia déficit en las tareas con componente espacio–temporal.

20.EL SÍNDROME DE DOWN:(TRISOMÍA 21)

- Fue descubierto por un pediatra llamado Longdon down en 1866.
- El descubrimiento del cromosoma extra fue en 1959.
- Origen y tipología: Alteración cromosómica. Trisomía 21 libre. Translocación mosaicismo. (una parte del cromosoma extra se traslada a otro par que suele ser el 13, 14 o 15)esto se da en el 10% de los casos aproximadamente. Es hereditario.
- Importancia de este síndrome:

Es la 1ª causa de retraso mental, trisomía más frecuente y fue el primer síndrome descubierto.

- Diagnostico:

Cariotipo, rasgos morfológicos, hipotonía generalizada.

- Posibles causas.
- Técnicas para el diagnostico prenatal.
 - ◆ Miocentesis: Extracción de liquido amniótico analizado genéticamente.
 - ◆ Análisis de sangre de la alfafetoproteína.
 - ◆ Ecografías: detecta si hay cardiopatía, mediante el tamaño del fémur o las manos, puesto que está relacionado con el tamaño del cráneo.
 - ◆ Biopsia de corión.

El síndrome de Down está relacionado con otros síndromes. La cardiopatía congénita la padecen alrededor del

85% de los niños con Síndrome de Down.

Características físicas (generales)

- Hipotonía general. Les falta mucha flexión. Falta de tono muscular.

Esta hipotonía se puede mejorar pero les va a durar toda la vida. Esto produce retraso en otras adquisiciones motoras.

- El número de sus neuronas es reducido, esto produce que tengan menor tamaño. Cabeza más pequeña (microcefalia).
- Los ojos rasgados. Algunos niños en su parte inferior del párpado tienen un pliegue. Párpados caídos. Algunos niños también tienen patologías en los ojos como cataratas o miopía que han de controlarse.
- Pelo lacio, sedoso y finito.
- Nariz: Los huesos nasales son más pequeños, el tabique nasal es más estrecho lo que produce problemas al respirar y esto hace que respiren por la boca.
- Rostro y cabeza por detrás aplanadas. Las fontanelas están abiertas más tiempo que en niños normales.
- Forma de mirar hacia arriba provocado por la hipotonía y por los párpados caídos.
- Cuello hipotónico, corto y grueso.
- Orejas más pequeñas, esto produce dificultad auditiva aunque también esto se puede dar a nivel neurológico.
- La boca también tiene un tamaño más pequeño. El paladar aplanado y en algunos niños la hipotonía está más acusada que en otros. Tiene menos sensibilidad en la lengua por causa de las fisuras. Lengua redondeada.
- La implantación de los dientes es más tardía, esto dificulta la alimentación.
- Manos significativas. Su piel es seca, áspera por la dificultad sanguínea y es más agrietada. Las manos también tienen un tamaño más pequeño, el pulgar se encuentra más abajo, el meñique está curvado y en algunos niños les falta una falange. Las líneas de la mano son diferentes, porque solo tienen una transversal (línea siniesca) esto dificulta la psicomotricidad.
- Pies gorditos, dedos cortos, pies planos por causa de la hipotonía y más pequeños, también tienen más separación entre el pulgar y los demás dedos.

Características dentro de cada Área:

• Características del desarrollo motor:

- Adquisición retrasada de las conductas motoras: Los reflejos son muy importante para la adquisición de las conductas motoras, por ello en estos niños al tener los reflejos más débiles, más tardíos o la permanencia cuando han tenido que desaparecer produce el retraso de los movimientos voluntarios. Por este motivo estas adquisiciones van más retrasadas. El retraso de las adquisiciones motoras también está relacionada con la motivación y por el procesamiento de la información que es más lenta en estos niños.
- Menor motivación.
- Hipotonía generalizada: Esta varía a lo largo del desarrollo y suele mejorar pero tiene más dificultad en el equilibrio.
- Problemas de equilibrio y control de la postura: Hay que enseñarle posturas y movimientos correctos.
- Problemas para coordinar información de los distintos sistemas sensoriales (Por Ej: vista, mano y pie a la vez).
- Mayor incidencia de los trastornos de la lateralización (indiferencia por los dos lados): Son ambidiestros durante mucho tiempo.

Estos niños pasan por las mismas etapas de desarrollo que los niños normales pero de forma más retrasada.

Estrategias de intervención:

- Seguir el desarrollo normal: todas las etapas.
- Control cefálico objetivo más importante en la fase inicial de un proceso de intervención precoz.
- Trabajar algunas conductas motoras antes del desarrollo normal.
- Tratar de combinar el mayor número posible de actividades motoras con comunicación expresiva (para expresarse y comunicarse).

- Proporcionar siempre estímulos visuales que le motiven a moverse (las ordenes son más rápidas con estímulos visuales que con estímulos auditivos).
- Actividades motoras que no surjan de forma espontánea hay que estimularlas.

- **Características del desarrollo cognitivo:**
 - ◆ Déficit de las funciones sensoriales: Retraso significativo de la vista. Riesgo de pérdida auditiva a nivel neurológico que altera la organización de la información y la conducta aunque a su nivel de audición sea normal, presentan dificultad para discriminar palabras que suenen de forma similar.
 - ◆ Afectación de los procesos de atención: Es importante para hacer significativo la entrada de información, para conseguirlo es importante la postura.
 - ◆ Motivación insuficiente: Exploran menos y de alguna forma tienen menos espontaneidad, son menos activos y no tienen iniciativa puesto que son más dependientes del adulto.
 - ◆ Dificultad para inhibir una respuesta incorrecta: porque la capacidad de procesar la información es mucho más lenta y van a dar respuestas antes de analizar bien esta información, es decir que no observan los detalles y por tanto tienen más errores.
 - ◆ Déficit de memoria:

 - ◆ Tiempo de reacción muy largos: Al procesar la información de forma más lenta, por tanto hay que darle ordenes secuenciadas y de forma mas lenta.
 - ◆ Dificultad de la abstracción y generalización: Para solucionar problemas.

Estrategias de intervención:

- ◆ Asegurar el contacto visual y la atención niño.
- ◆ Promover el desarrollo de actividades de discriminación visual.
- ◆ Dar indicaciones claras al niño.
- ◆ Si no responde a una consigna repetírsela mientras se la ayuda físicamente para que responda correctamente.

- ◆ Capacidad de interpretar información disminuida, reducir la información, presentarla de una forma más espaciada, dando tiempo a su procesamiento e interpretación.
- ◆ Si da respuestas incorrectas ayudarle físicamente al principio o darle otra consigna verbal más simple.
- ◆ Reforzar siempre después de una respuesta correcta o instigada.

- **Características del lenguaje:**
 - Características peculiares de la voz y el habla (hipoglosia).
 - Desarrollo fonológico extremadamente lento (vocabulario). La primera palabra aparece alrededor de los 20 meses.

- Pobre organización gramatical: suelen utilizar un lenguaje telegráfico.
- Mecanismos extralingüísticos alterados (miradas, sonrisas...) las utilizan menos y esto repercute a su vez en las conductas afectivas..
- Dificultad para definir características (del lenguaje).
- Comprensión extralingüísticas: De las frases largas comprende una palabra, distinguen el tono emocional pero no todo el lenguaje.

Lloran menos y tardan más en sonreír y sonríen menos, en algunos niños el balbuceo no está presente, y a partir del 8º mes se estanca.

Características del juego simbólico en estos niños

- ◆ Primero tiene que conocer los objetos.
- ◆ El adulto verbaliza lo que va haciendo.
- ◆ Emite sonidos pero no se le entiende, no utiliza casi el lenguaje en su juego no produce interacción con el adulto.
- ◆ Dificultad para coger objetos.
- ◆ Hacen acciones aisladas no secuenciadas.
- ◆ Evolución más lenta.
- ◆ Desarrollo del juego relacionado con el desarrollo afectivo y cognitivo.
- ◆ Menor capacidad para integrar esquemas simbólicos.
- ◆ Esquemas de juego rígido.
- ◆ Tendencia a las acomodaciones imitativas.
- ◆ Predominio del uso del lenguaje para mantener la relación interpersonal no como regulador de la acción.
- ◆ Déficit de acción.
- ◆ Esquemas de acción ligados al servicio de la interacción.
- ◆ Esquemas de acción se ritualizan para mantener el contacto interpersonal.

21.PREMATUROS:

Según la organización mundial de la salud:

Factores responsables de la prematuridad:

- Factores individuales.
- Factores socioeconómicos.

Procesos en neonatología Mejor pronóstico del prematuro:

- ◆ Alta tasa de supervivencia.
- ◆ Calidad del estado de salud.
- ◆ Desaparecen complicaciones.
- ◆ Reducidas las secuelas más graves.

Psicopatologías de la prematuridad:

- **Maduración neurológica:** Es fija y predecible, su desarrollo es variable (1-3 meses tarda en alcanzar el desarrollo) ==> continua después del nacimiento.
- **Desarrollo psicomotor:** hipotonía axial (tronco), perdura durante más tiempo, retrasando a su vez el control de cabeza... todas las funciones de equilibrio: sedestación, de pie...

Retrasado en relación con el niño nacido a término. Retraso proporcional al grado de prematuridad.

- **Evolución:** Son niños de riesgo, que afecta a las competencias propias del niño. Dificultades de crianza vulnerabilidad del prematuro.

Psicopatologías de prematuros de 0-3 años:

Trastornos Precoces:

- ◆ Trastornos de las conductas alimentarias.
- ◆ Trastornos del sueño:
 - sueño profundo (dormido desconectado—incluso ruidos).
- Sueño activo (dormido con movimientos).
- Somnolencia (medio despierto—medio dormido).
- Alerta activo (despierto seguimientos de la luz, sombra...).
- +Alerta inquieto (despierto pero intranquilo).
 - El niño prematuro no tiene este estado.
- + El niño prematuro mantiene durante más tiempo este estado.
 - ◆ Actividades rítmicas.
 - ◆ Trastornos de comportamiento.(rabietas durante más tiempo, cuesta más tranquilizarlos, lloran sin lagrimas, no arrancan a llorar)
 - ◆ Signos de sufrimientos neurológicos.(encefalopatías).
 - ◆ Particularidades de la interacción del prematuro:
 - Más difícil de interpretar.
 - Menos abiertos a la interacción.
 - Presentan déficit interactivos (evitan la mirada).

22.PARALÍTICOS:

Definición: Disfunción motora que se debe a un daño encefálico producido tempranamente, produciéndose una reorganización de los mecanismos neurológicos de la postura, tono y movimiento.

Causas:

- Prenatales:
 - Embrionario y fetal: Enfermedades infecciosas de la madre sobre todo en el primer trimestre del embarazo (rubéola..)
 - Incompatibilidad sanguínea debido al factor RH.
- Perinatales: momento del nacimiento.
 - Anoxia (falta de oxígeno): por tener mal los pulmones, por tener las vías respiratorias obstruidas, por

tragar líquido amniótico Etc. También se puede producir en el momento del parto

- Prematuridad.
- Traumatismo (fuerzas u otra complicación).

- Post-natales:

- Enfermedades infecciosas en la primera infancia; encefalitis o meningitis.
- Algún accidente grave.

Clasificación:

- Según el lugar afectado:

- ♦ Diplejia: 4 miembros sobre todo las piernas.
- ♦ Cuadriplejia o tetraiplejia: los 4 miembros.
- ♦ Hemiplejía: un hemisferio del cuerpo.
- ♦ Homopléjia: suele ser un miembro aunque es poco frecuente.
- ♦ Paraplejia: piernas

♦

- Según el tono:

- ♦ Espástico: Hipertono (es la más frecuente).

· Tono: hipertonía.

· Movimientos rígidos, crispados y lentos. movimientos voluntarios, aunque nunca hace el movimiento completo.

· Se mueve en bloque.

· No son capaces de disociar.

· Rostro bastante inexpresivo.

· Sintonías: Reacciones asociadas.

· Lesión en la corteza cerebral.

· Marcha en forma de tijeras.

- ♦ Atetosis o atetosisica

· Fructuación del tono.

· Movimientos lentos, incoordinados, incontrolados que no tienen un propósito determinado.

· Buen nivel intelectual.

· Lesión en el cerebro medio.

- ♦ Ataxia o atáxica:

- Lesión en el cerebro.
- No miden la fuerza y dirección de sus movimientos.
- Movimiento con un objetivo preciso, es totalmente tembloroso.
- Movimiento controlado, esta presente pero es torpe y totalmente incoordinados.
- Según la intensidad:
 - ◆ Formas leves.
 - ◆ Formas moderadas.
 - ◆ Formas graves: No tienen capacidad para desplazarse ni expresarse. No cubren sus necesidades.

La parálisis no se cura, solo se puede reeducar el tono, la postura...

SIGNOS ALERTADORES:

- Primeros signos de espasticidad 6 meses y atetosis en el 2º año.
- Se mueve poco.
- Músculos superiores de semiflexión e inferiores en extensión.
- Puños cerrados incluso cuando desea coger algo.
- Manifestación importante de espasticidad
- Reacciones exageradas ante estímulos exteriores insignificantes.

FACTORES A TENER EN CUENTA A LA HORA DE REALIZAR UN TRABAJO MANIPULATIVO:

- La postura: Facilitar la manipulación y no aumentar patología.
- Evitar los factores que hace que el tono aumente (actividades de equilibrio, rapidez...)
- Evitar la manipulación a expensas del reflejo tónico cervical asimétrico.
- Evitar las reacciones asociadas.
- Si hay asimetrías. Hemipléjicos, simetría (evitar que cruce las piernas).
- Conocer la capacidad máxima de atención.

INTERVENCIÓN:

OBJETIVOS:

Máxima autonomía personal y funcional.

TRATAMIENTO GLOBAL:

- fisioterapia: Reeducción de los trastornos del tono, posturas, manejo...
- Terapia ocupacional: Ideas para encauzar actividades en casa (tipo de material).
- Estimulación: Todas las áreas sensoriales.
- Logopedia: Sistemas alternativos de comunicación.

Verbal (recuerdo consciente)

Habilidades motoras

Importante en el día a día.

Explícita

Implícita

Memoria a corto plazo

Memoria a largo plazo

Importante para la adquisición de aprendizajes

Aspectos de intervención en el desarrollo motor del niño

- Tono muscular Control tonal.
- Tono postural Equilibrio.
- Control respiratorio.
- Organización espacial.

– Organización temporal.

Nuevas realidades como consecuencia de la maduración.

–ley cefalocaudal.

–ley próximo distal.

independencia

atención

coordinación

*progresos en el control y utilización del propio cuerpo.

*Establecimiento de la preferencia lateral.

*Dibujo y escritura: grafomotricidad.

MEDIO FIN

El niño utiliza un instrumento para conseguir lo que desea

Por medio de:

Una cuerda, un palo, una escalera, un carrito ,el extremo de una manta ...

Obtiene: un objeto,galleta,caramelos.

- mueve el sonajero suena.
- Pulsa un botón Sale un número.
- Toca el piano suena.
- Acciona un interruptor Se enciende una luz.

Por medio de su acción ocurre algo.

CAUSA-EFECTO

Cir

crecimiento intrauterino retrasado.

Desfase entre peso y edad gestacional(también nacen antes)

Prematuro:

Peso adecuado a la edad gestacional (leve o grave).

- Neonatos vivos que nacen antes de las 37 semanas de gestación.
- Históricamente peso menos de 2500g.
- Entre el 6 y 8% de los niños nacen prematuros.
- Incremento de prematuros debido al numero creciente de partos múltiples.

PREMATUROS