

“MEMORIA DE PRÁCTICAS EXTERNAS EN EL C.A.I.T. DEL MUNICIPIO DE ARMILLA (GRANADA)”

María del Carmen González Moles

Directora

Dra. María del Carmen Noguera Cuenca

*Máster Oficial en Intervención Psicológica en
Ámbitos Clínicos y Sociales*



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

**“MEMORIA DE PRÁCTICAS EXTERNAS
EN EL C.A.I.T. DEL MUNICIPIO
DE ARMILLA (GRANADA)”**



María del Carmen González Moles

Directora

Dra. María del Carmen Noguera Cuenca

***MÁSTER OFICIAL EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
EN ÁMBITOS CLÍNICOS Y SOCIALES***

PROMOCIÓN 2013-2015. CONVOCATORIA SEPTIEMBRE

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

ÍNDICE

1. PRÓLOGO.....	3
2. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. Definición de Atención Temprana.....	5
2.2. Objetivos de la Atención Temprana.....	7
2.3. Niveles de intervención en Atención Temprana.....	7
2.3.1. <i>Prevención primaria</i>	7
2.3.2. <i>Prevención secundaria</i>	9
2.3.3. <i>Prevención terciaria</i>	10
2.4. Qué son los Centros de Atención Infantil Temprana.....	11
3. EL CENTRO DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA EN EL MUNICIPIO DE ARMILLA (GRANADA).....	13
3.1. Justificación del C.A.I.T. en el municipio de Armilla.....	13
3.2. Cartera de servicios.....	13
3.3. Requisitos de admisión y modalidad de acceso al C.A.I.T. en el municipio de Armilla.....	14
3.4. Ubicación.....	15
3.5. Personal.....	15
3.6. Dependencias y materiales.....	15
3.7. Descripción de la población atendida en el C.A.I.T. durante mi período de prácticas.....	16
4. DESCRIPCIÓN DEL PERIODO DE PRÁCTICAS.....	17
4.1. Funciones desempeñadas en el centro.....	17
4.1.1. <i>Evaluación</i>	17
4.1.1.1. <i>Pruebas de evaluación infantil generales de Desarrollo</i> ..	19
4.1.1.2. <i>Tests de aptitudes generales</i>	19
4.1.1.3. <i>Tests específicos</i>	19
4.1.2. <i>Intervención terapéutica</i>	21
4.1.2.1. <i>Descripción de una sesión de intervención</i>	22
4.1.2.2. <i>Actividades realizadas con los niños</i>	23
5. ESTUDIO DE CASO: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE UN NIÑO DE 3 AÑOS Y 7 MESES CON DIFICULTADES DE PRODUCCIÓN DEL LENGUAJE.....	27
5.1. Objetivos del estudio.....	27
5.2. Programación de la intervención.....	28
5.3. Participante.....	28
5.4. Evaluación pre-intervención.....	28
5.4.1. <i>Datos obtenidos de la entrevista de valoración</i>	28

5.4.2. Datos obtenidos de las entrevistas con los profesores.....	29
5.4.3. Instrumentos de evaluación.....	29
5.4.3.1. Entrevistas de valoración.....	29
5.4.3.2. Guía Portage de Educación Preescolar.....	30
5.4.3.3. El Test de Vocabulario en Imágenes, PEABODY-III.....	30
5.5. Aplicación del programa de intervención.....	31
5.5.1. Objetivo del programa.....	31
5.5.2. Estructura de las sesiones.....	31
5.5.3. Pautas para la familia.....	32
5.6. Evaluación post-intervención.....	32
6. VALORACIÓN GENERAL DEL PERÍODO DE PRÁCTICAS.....	35
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
8. ANEXO.....	39

1. PRÓLOGO

Con este trabajo presento mi memoria de prácticas externas en el Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Armilla (Granada), en su Centro de Atención Infantil Temprana. En él expondré mi experiencia durante el periodo de prácticas, así como las evaluaciones e intervenciones multidisciplinares en las que he participado durante mi estancia. Al final me detendré en el caso de un niño atendido en el centro, que llamó especialmente mi atención, al que evalué inicialmente y con el que comencé una intervención, aunque no pude hacer una evaluación final porque el niño dejó de asistir al centro.

Agradezco en este punto la impagable ayuda que he recibido por parte de mi tutor externo, D. Francisco Alarcón, psicólogo del C.A.I.T. de Armilla, y a la Profesora Dra. Carmen Noguera, tutora de la Universidad de Almería, por su dedicación y generosa ayuda en la elaboración de esta memoria.

2. MARCO TEÓRICO.

Antes de comenzar a describir mis prácticas y experiencia en un centro de atención infantil temprana y exponer el caso de un niño que acudió a dicho centro, permítame el lector que defina brevemente qué es la *atención temprana* y cuáles son las principales funciones y servicios que este tipo de centros ofrecen a la sociedad.

2.1. Definición de Atención temprana.

Los Centros de Atención Infantil Temprana nacen de la certeza de que los primeros años de vida son determinantes para los seres humanos. El desarrollo en la infancia incluye aspectos biológicos, psicológicos, sociales y educativos, que interactúan entre sí para favorecer una evolución adecuada. Los primeros años de la vida son un período crítico caracterizado por el crecimiento, la maduración y el desarrollo. La expansión del sistema nervioso en esta etapa viene provocada por toda una serie de procesos bioquímicos internos, acompañados necesariamente de estimulación ambiental. Los procesos de mielinización y de creación de nuevas conexiones sinápticas facilitan la consolidación de los procesos cognitivos, perceptivos, psicomotores y socioafectivos del niño y van conformando el funcionamiento cerebral, por lo que las experiencias tempranas son fundamentales en este periodo vital.

Los conocimientos proporcionados por las neurociencias en la actualidad demuestran que muchas lesiones o alteraciones en la anatomía o en el funcionamiento del sistema nervioso, así como la privación de la estimulación sensorial que proporciona el entorno, pueden restringir el normal desarrollo neuropsicológico. Artigas-Pallarés (2007) afirma que, si bien el cerebro infantil cuenta con una redundancia de neuronas que actúan como reserva ante una posible lesión con potencial impacto disruptivo en el neurodesarrollo, también es cierto que la compensación se produce de forma óptima únicamente durante los periodos críticos del desarrollo cerebral. De ahí que se considera fundamental aprovechar la plasticidad neuronal de estos estadios evolutivos para el desarrollo posterior.

La intervención temprana facilita a los niños con discapacidades o con riesgo de padecerlas y a sus familias acciones optimizadoras y compensadoras para favorecer la maduración de todas las dimensiones del desarrollo.

Según el Libro Blanco de la Atención Temprana (2000): *“Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar”*.

El principal objetivo de la Atención Temprana (AT en adelante) es, pues, que los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo biopsicosocial, toda la atención preventiva y asistencial para que puedan potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su autonomía personal y su integración en el entorno.

Cada niño es diferente, con sus características físicas, temperamento, capacidades y limitaciones. La evolución de cada niño puede ser diferente a la esperada. Algunos niños presentan patologías, síndromes o dificultades en su desarrollo que pueden ser transitorios y mejorar o desaparecer con una adecuada intervención. Por otra parte, existen otro tipo de trastornos en el desarrollo que, si bien van a ser permanentes, es importante detectarlos precozmente para actuar lo antes posible sobre sus efectos.

La rehabilitación neuropsicológica del niño debe aplicarse teniendo en cuenta dos criterios fundamentales: especificidad y precocidad (Portellano, 2007). La importancia de la precocidad ya se ha tratado antes. La especificidad, por su parte, se refiere a la necesaria implementación de programas de rehabilitación cognitiva adecuados a las características diferenciales de cada niño: edad, tipo de trastorno o patología, entorno cultural, intereses personales...La implicación de las familias es imprescindible para un buen funcionamiento de los programas. El informe Warnock (1978) menciona que la educación de los niños muy pequeños exige una relación estrecha e igualitaria entre padres y profesionales. Los padres necesitan mucho apoyo, así como tiempo para asimilar la información que se les da.

2.2. Objetivos de la atención temprana.

El Libro Blanco de la Atención Temprana, en su capítulo 2 reseña los objetivos de la AT. El principal objetivo es que los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos biopsicosociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal. La AT debe llegar a todos los niños que presentan cualquier tipo de trastorno o alteración en su desarrollo, sea éste de tipo físico, psíquico o sensorial, o se consideren en situación de riesgo biológico o social. Todas las acciones e intervenciones que se llevan a cabo en AT deben considerar no sólo al niño, sino también a la familia y a su entorno.

De este amplio marco se desprende el siguiente conjunto de objetivos propios a la AT:

- Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño.
- Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño.
- Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
- Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
- Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño.
- Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.

2.3. Niveles de intervención en Atención Temprana.

El Libro Blanco de la Atención Temprana distingue tres niveles de intervención :

2.3.1. *Prevención primaria.*

La prevención primaria de los trastornos en el desarrollo infantil tiene por objetivo evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil. Los servicios competentes en estas acciones son, prioritariamente, los de Salud, Servicios Sociales y Educación. Otros departamentos como Trabajo y Medio Ambiente tienen también importantes responsabilidades en este ámbito.

Son competencia de los *Servicios de Salud* los programas de planificación familiar, de atención a la mujer embarazada, los de salud materno-infantil, detección de metabolopatías y vacunaciones, información de los factores de riesgo y de su prevención, atención pediátrica primaria y las actuaciones hospitalarias y sanitarias en general. Han sido las actuaciones en este ámbito las que han permitido la práctica erradicación de la poliomielitis, disminución drástica de algunas infecciones intrauterinas, eliminación de los cuadros de parálisis cerebral infantil secundarios a incompatibilidad Rh, detección y tratamiento precoz de algunas metabolopatías, etc. Los avances más recientes están evitando la infección en la etapa fetal del VIH a los niños de madres afectadas.

Los *servicios de Pediatría en Atención Primaria*, de utilización por toda la población infantil desde el nacimiento hasta los 14 ó 18 años de edad, ocupan un lugar especial en la prevención de los trastornos en el desarrollo y situaciones de riesgo, al estar dirigidos a toda la población infantil, a través de los programas de revisiones regulares y control del niño sano. Los programas de seguimiento de niños con alto riesgo de presentar trastornos neuropsicosensoriales, realizados desde las unidades neonatales, servicios de Pediatría y Neurología Infantil se dirigen de forma específica a un grupo especialmente vulnerable de la población infantil.

Asimismo, los *servicios de Salud Mental Infantil* tienen un papel importante en la prevención primaria, colaborando con los equipos de salud y de planificación familiar en programas materno-infantiles, que deberían permitir evitar, en muchas ocasiones, la aparición de situaciones de riesgo. Participan también estos servicios en la elaboración de recomendaciones y en la adopción de medidas para fomentar la salud mental en general y para reducir la exposición de los niños a situaciones de privación psico-social.

Por otro lado, son competencia de los *Servicios Sociales* las intervenciones destinadas a la prevención de situaciones de riesgo social y de maltrato, por acción u omisión, al menor. La actuación de los Servicios Sociales se enmarca muchas veces en una labor de atención a la familia, siendo estos programas, al considerar el conjunto familiar, especialmente relevantes, por la importancia reconocida de la familia en el bienestar y desarrollo del niño. Los Servicios Sociales intervienen también de forma especial en la prevención de los trastornos del desarrollo infantil, a través de los

programas dirigidos a colectivos que se hallan en situación de riesgo por condiciones sociales, como madres adolescentes, población emigrante, etc.

Finalmente, son competencia de los *Servicios Educativos* las actuaciones de apoyo al niño y a la familia desde los centros de Educación Infantil, utilizados de forma mayoritaria por la población a partir de los 3 años de edad y por una parte de la misma en edades anteriores. La labor de estos centros en la prevención de los trastornos en el desarrollo puede ser fundamental para las poblaciones de alto riesgo, al ofrecer un entorno estable y estimulante a un sector de la población infantil que a menudo sufre de condiciones adversas en el seno de la familia.

Un importante nivel de actuaciones preventivas desde Educación tiene lugar a través de la formación de los alumnos y alumnas de Secundaria, Bachillerato y Formación Profesional, en los ámbitos de salud, educativos y sociales, y especialmente en planificación familiar.

2.3.2. Prevención secundaria.

La prevención secundaria en AT tiene por objetivo la detección y el diagnóstico precoz de los trastornos en el desarrollo y de situaciones de riesgo. La detección de las posibles alteraciones en el desarrollo infantil es un aspecto fundamental de la Atención Temprana en la medida en que va a posibilitar la puesta en marcha de los distintos mecanismos de actuación de los que dispone la comunidad. Cuanto antes se realice la detección, existirán mayores garantías de prevenir patologías añadidas, lograr mejorías funcionales y posibilitar un ajuste más adaptativo entre el niño y su entorno. Constituye el paso imprescindible para el diagnóstico y la atención terapéutica. La detección temprana es fundamental para poder incidir en una etapa en la que la plasticidad del sistema nervioso es mayor y las posibilidades terapéuticas muestran su mayor eficacia. Es necesario detectar los trastornos del desarrollo infantil en el momento en que aparecen los primeros signos indicadores de los mismos, si es posible antes de que los diferentes síndromes se estructuren de forma completa y estable. La detección de *signos de alerta*, que constituyen posibles indicadores de trastornos en el desarrollo infantil, debe estar presente en el trabajo cotidiano de todos aquellos que trabajan con poblaciones infantiles. La detección debe ir seguida del inicio del proceso diagnóstico y de la intervención terapéutica.

El diagnóstico de una alteración en el desarrollo consiste en su puesta en evidencia de dicha alteración así como el conocimiento de sus supuestas causas,

permitiéndonos la comprensión del proceso y el inicio de una adecuada intervención terapéutica. Ante la sospecha de un trastorno en el desarrollo infantil es fundamental plantear un diagnóstico amplio, que considere distintos ámbitos y niveles, pues la problemática que presenta el niño es, en la mayoría de casos, múltiple, afectando a distintos ámbitos y de origen multifactorial: fruto de la interacción de factores genéticos, aspectos de salud, atención psico-afectiva y condiciones del entorno en general.

2.3.3. *Prevención terciaria.*

La prevención terciaria en AT agrupa todas las actividades dirigidas hacia el niño y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo. Se dirige al niño, a su familia y a su entorno. Con ella se deben atenuar o superar los trastornos o disfunciones en el desarrollo, prevenir trastornos secundarios y modificar los factores de riesgo en el entorno inmediato del niño.

La intervención dirigida a los niños que presentan trastornos en su desarrollo debe iniciarse en el momento en que se detecta la existencia de una desviación en su desarrollo. Cuando la detección se realiza en la unidad de Neonatología, al existir un período de hospitalización en la etapa neonatal, la intervención se inicia ya en la propia unidad. Cuando la detección se realiza a través de las consultas pediátricas, de las escuelas infantiles o de los propios padres, la atención se inicia en los centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana o en las unidades de Atención Temprana, que dan continuidad a la atención cuando ésta se ha iniciado en la unidad neonatal.

Otro objetivo fundamental de la intervención es conseguir que la familia conozca y comprenda la realidad de su hijo, sus capacidades y sus limitaciones, actuando como agente potenciador del desarrollo del niño, adecuando su entorno a sus necesidades físicas, mentales y sociales, procurando su bienestar y facilitando su integración social. La intervención debe ser planificada con carácter global y de forma interdisciplinar, considerando las capacidades y dificultades del niño en los distintos ámbitos del desarrollo, su historia y proceso evolutivo, así como las posibilidades y necesidades de los demás miembros de la familia y los recursos de que se dispone; y el conocimiento y actuación sobre el entorno social. Cuando el niño asiste a la escuela infantil, ésta ofrece importantes posibilidades de incidir positivamente sobre los procesos de socialización y aprendizaje, al actuar reforzando el proceso terapéutico específico, por lo que es importante la coordinación entre los profesionales de la

educación y los de AT, y en ello la familia también cumple un importante papel como agente coterapeuta y puente entre ambas instituciones.

2.4. Qué son los Centros de Atención Infantil Temprana.

Los Centros de Atención Infantil Temprana son centros, dependientes de distintas instituciones (ayuntamientos, asociaciones, centros sanitarios, etc.) que ofrecen un conjunto de acciones coordinadas, de carácter global e interdisciplinar, planificadas de forma sistemática y dirigidas a niños de 0 a 6 años con trastornos en su desarrollo, o riesgo de padecerlos, a su familia y a su entorno.

Estas acciones facilitan el pleno desarrollo evolutivo de los niños a nivel físico, sensorial, cognitivo y/o social, respetando el propio ritmo de cada niño. Se ofrece una atención directa al niño, basada en el modelo de salud biopsicosocial (estimulación, psicomotricidad, logopedia y psicoterapia), valoración y seguimiento, médico rehabilitador, neuropediátrico y social, además de atender a la familia y al entorno.

Los Centros de Atención Infantil Temprana se justifican en que los primeros años de vida son de crucial importancia para los seres humanos. En esta etapa, gracias a la plasticidad del sistema nervioso, se pueden compensar y paliar trastornos del desarrollo y otras patologías del sistema nervioso infantil. La intervención en estas edades permite a las familias comprender y manejar las dificultades, normalizando sus pautas de vida y potenciando el desarrollo de sus hijos.

3. EL CENTRO DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA EN EL MUNICIPIO DE ARMILLA (GRANADA).

El Centro de Atención Infantil Temprana (C.A.I.T. en adelante) en el municipio de Armilla, donde he realizado mi formación práctica correspondiente al Máster de Intervención Psicológica en ámbitos clínicos y sociales, es un centro que depende de la Concejalía de Bienestar Social, Familia e Igualdad del Excmo. Ayuntamiento de Armilla. Está ubicado en el Edificio del Centro de Servicios Sociales municipales, sito en la calle Carlos Saavedra, Nº 12 de la misma localidad. Se creó en el año 2011, gracias a un concierto entre el Excmo. Ayuntamiento de Armilla y la Delegación Territorial de la consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Granada.

Con este centro se pretende dar respuesta a las necesidades detectadas en la población infantil, con edades comprendidas entre los 0 y los 6 años, en los núcleos poblacionales de Armilla y limítrofes. Estas necesidades son conocidas a través de la aportación de distintas instituciones: servicios educativos, servicios sociales, sistema público de salud, etc.

El centro posee en la actualidad 30 plazas de carácter público, totalmente gratuitas para las familias de los niños atendidos.

3.1. Justificación del C.A.I.T. en el municipio de Armilla.

Según los mapas de distritos sanitarios de la provincia de Granada, la Zona Básica de Salud que abarca el C.A.I.T. comprende los municipios de Armilla, Dílar, Otura y Alhendín, sumando 37.514 habitantes (Armilla: 21.895 habitantes; Alhendín: 6.934 habitantes; Otura: 6.598 habitantes; Dílar: 1.727 habitantes. Fuente: Instituto Nacional de Estadística; Revisión del Padrón Municipal en 2010). Como principal núcleo de población de la Zona Básica de Salud, y al superar los 20.000 habitantes, el municipio de Armilla se ve en la obligación de poner en marcha este servicio.

3.2. Cartera de servicios.

El C.A.I.T. del municipio de Armilla ofrece una cartera de servicios que cubre todas las necesidades de los niños, y da respuesta a las preocupaciones que muestran las familias. Para ello, la cartera de servicios incluye:

- Programas de Sensibilización, Prevención y Detección Temprana.
- Valoración global del niño y de su familia. Aproximación diagnóstica del trastorno y acompañamiento familiar.

- Tratamiento y atención terapéutica a los niños y sus familias.
- Seguimiento Externo.
- Atención al niño: atención psicológica y psicoterapéutica, estimulación sensorial y psicomotriz, logopedia y apoyo psicopedagógico.
- Atención a la familia: orientación, acompañamiento y apoyo familiar. Apoyo psicológico.
- Atención a la escuela.
- Atención al entorno.
- Actividades complementarias al Programa de Atención Temprana:
 - Grupos de Apoyo y Orientación Familiar (ESCUELA DE PADRES).
 - Sesiones de Grupo con los niños y niñas pertenecientes al servicio.

3.3. Requisitos de Admisión y Modalidad de Acceso al C.A.I.T. en el Municipio de Armilla.

En principio, el principal requisito de admisión es la edad. Hoy en día no es necesario que los niños tengan la solicitud del certificado de minusvalía para poder acceder al C.A.I.T. La edad máxima de atención es hasta los 6 años para aquellos casos en que la matriculación escolar se haya realizado en centros carentes de profesionales con Pedagogía Terapéutica y con Audición y Lenguaje. Los niños escolarizados en Centros Públicos se dan de alta al ser escolarizados, ya que las necesidades educativas pasan a ser responsabilidad de la Consejería de Educación, si bien es siempre prioridad máxima tener en cuenta, más que los recursos del colegio, las capacidades y recursos del propio niño.

Los ámbitos de la Salud, Educación y Bienestar Social son los encargados de poner en contacto a las familias con el C.A.I.T., aunque la derivación se hace a través de su pediatra de referencia o por derivación de otro C.A.I.T. en el cual estén siendo atendidos en ese momento. Aquellas familias que se dirigen directamente al C.A.I.T. son informadas de que es necesario que su pediatra de referencia haga la derivación para poder ser admitidos. A su llegada al centro, el niño y su familia son acogidos mediante una entrevista y una valoración integral, realizando la devolución de información a la familia, tras lo cual se hace una propuesta de intervención. Desde el C.A.I.T. se realiza un abordaje integral del niño, facilitando su desarrollo en edad temprana, incorporando a los padres de forma activa en el proceso evolutivo de sus hijos y activando los recursos sanitarios, sociales y educativos que el menor pueda necesitar tanto en el presente como en el futuro.

3.4. Ubicación.

El local destinado al C.A.I.T. de Armilla se sitúa en el edificio del Centro de Servicios Sociales Municipales, cerca de puntos de accesibilidad y comunicación mediante transporte público. Asimismo, dispone de aparcamiento cercano e incluso dentro del propio recinto.

Debido a las características de los niños que atendemos, está situado en una planta baja, evitando los tramos de escaleras, y reuniendo todos los apoyos necesarios para el acceso a personas con cualquier tipo de discapacidad. También se encuentra aislado de ruidos y agentes externos que puedan alterar el normal funcionamiento de las sesiones.

3.5. Personal.

El C.A.I.T. de Armilla cuenta con dos trabajadores: un psicólogo y una logopeda. Se ha solicitado la ampliación de la plantilla con la incorporación de un tercer profesional, cuyo perfil aúne las necesidades de atención psicológica y las de atención logopédica.

3.6. Dependencias y Materiales.

Las dependencias del C.A.I.T. reúnen los requisitos establecidos para la seguridad de los niños usuarios del servicio, de las familias, así como de los propios trabajadores.

Las salas son amplias, seguras, confortables, provistas de ambientación infantil adecuada que facilita la estimulación sensorial. Permiten el libre movimiento de los niños, juegos de equilibrio y otras actividades individuales. Actualmente cuenta con dos salas, una que ocupa la logopeda y otra que ocupa el psicólogo y responsable del centro. Cada aula cuenta con suficiente mobiliario donde conservar el material específico (pruebas de evaluación, tests y baterías, material terapéutico específico...), una mesa de despacho, una silla de oficina y un ordenador con conexión a internet. Cada una de estas salas dispone también de una trona convertible en mesa y silla, adecuadas a la edad y características del niño atendido en ese momento, y de una mesa y una silla de tamaño preescolar.

Además, el centro cuenta también con la posibilidad de usar otras dependencias del Centro de Servicios Sociales donde se ubica, para las reuniones con

equipos externos (miembros del Sistema de Salud, miembros del Sistema Educativo , etc.). Estas salas adicionales sirven también de lugar para la realización de las sesiones de la *Escuela de Padres*.

Dentro del material terapéutico, el centro cuenta con: espejos (de logopedia, de seguridad, de gigante), colchonetas, sábanas, balones de distintos tamaños y texturas, rampa y escaleras, sillas especiales, triciclos, material de manipulación, materiales específicos de desarrollo sensorial y cognitivo, materiales y lotos de logopedia, ritmo y lenguaje, equipo de música, numerosos juegos de bebés, puzles, ... Finalmente, el C.A.I.T. cuenta con una sala de espera para que las familias puedan permanecer mientras los profesionales están trabajando con sus hijos o esperan a ser recibidos.

3.7. Descripción de la población atendida en el C.A.I.T. durante mi período de prácticas.

El C.A.I.T de Armilla atiende en la actualidad a 30 niños y niñas, de edades comprendidas entre los 2 y los 5 años de edad. El centro tiene una lista de espera de 20 niños. De los 30 niños atendidos, 11 son chicas y 19 son chicos.

Los diagnósticos se distribuyen, siguiendo la Organización Diagnóstica de la Atención Temprana (ODAT, 2004), como sigue:

- Retraso evolutivo leve: 9
- Retraso Evolutivo moderado: 4
- Retraso evolutivo grave: 2
- Disfasia (Trastorno específico del lenguaje): 6
- Disartria: 1
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado: 2
- Plurideficiencias: 1
- Trastorno del espectro autista: 2
- Recién nacido con distrés y necesidad de ventilación mecánica: 1
- Daño cerebral evidenciado neurológicamente: 1
- Trastorno psicomotor simple: 1

4. DESCRIPCIÓN DEL PERIODO DE PRÁCTICAS.

Mi período de formación en prácticas correspondiente al primer semestre del segundo curso del Máster en Intervención Psicológica en Ámbitos Clínicos y Sociales comenzó el día 6 de octubre de 2014 y se prolongó hasta el día 27 de febrero de 2015, con una pausa correspondiente al periodo de vacaciones escolares de Navidad. En sesiones de tarde, desde las 15,30 hasta las 20,30 horas, de lunes a viernes, se han completado un total de 480 horas de permanencia en el centro.

4.1. Funciones desempeñadas en el centro.

Además de aprender cómo actúa el equipo del centro, también llevé a cabo una serie de actuaciones específicas bajo la supervisión del psicólogo del centro, Francisco Alarcón, quien ha sido el tutor externo del *Practicum*.

Durante el mes de octubre, mi papel en el centro fue el de observadora activa. En las primeras sesiones fue necesario que los niños se acostumbraran a la presencia de una persona adulta desconocida, lo que motivó algunas reacciones de rechazo en algunos de ellos. No obstante, durante la tercera semana los niños comenzaron a aceptar con naturalidad mi presencia y empezaron a interactuar conmigo.

A partir de la segunda semana de noviembre el tutor decidió que era el momento de que comenzase mi intervención con algunos niños. Eligió a aquellos que mostraban una mayor aceptación de mi presencia y programó una paulatina delegación de las acciones en mi persona. A lo largo del periodo, tres niños han terminado siendo atendidos íntegramente por mí, bajo la supervisión del tutor. Mis funciones en el C.A.I.T. se centraron fundamentalmente en dos aspectos: la evaluación y la intervención.

4.1.1. Evaluación

He llevado a cabo la evaluación de los niños con varios objetivos:

- Valorar el estado evolutivo del niño antes de iniciar un tratamiento propiamente dicho y para poder valorar con posterioridad, mediante una reevaluación, los resultados de dicho tratamiento y la evolución del niño.

- Elaborar a partir de ella el Programa Individualizado de Intervención en Atención Temprana, ya que los resultados de la evaluación me aportarán un nivel de desarrollo base del niño.
- Proporcionar información para otros profesionales ajenos al centro y para la familia.

Dada mi inexperiencia, los primeros pasos en las evaluaciones de los niños fueron indicados por el tutor del *practicum*, Francisco, quien me mostró que no es conveniente poner al niño en “*situación de examen*”, ya que el nivel de respuesta puede variar de una sesión “*artificial*” a otra; e igualmente no sería válida una evaluación puntual. Aprendí con él que en niños pequeños, la evaluación ha de concebirse como un proceso y no como un acontecimiento puntual. También me mostró la importancia de la observación en situaciones lo más espontáneas posible y, en la medida en que ello se puede conseguir en una unidad asistencial, la aproximación a una situación lo más parecida a un entorno natural. Igualmente aprendí en durante la evaluación se ha de buscar no sólo los déficits, sino también la posible causa de éstos y sus posibilidades de recuperación, es decir, observar no solo las limitaciones, sino también las habilidades.

La entrevista inicial y la valoración del menor propiamente dicha se realizaban el mismo día de la acogida. Con ellas se pretende recoger información, evaluar y valorar las problemáticas y necesidades del niño y de la familia. La entrevista inicial, que suele seguir un modelo estructurado (Ver anexo 1), recoge una anamnesis del caso e incluye:

- motivo de consulta
- los datos personales
- los antecedentes familiares
- los datos pre-, peri- y posnatales
- el desarrollo psicoevolutivo del menor
- los datos sobre la escolarización
- la información sobre el grado de autonomía en las actividades básicas de la vida diaria
- los estilos de crianza.

En estas entrevistas también recogía información sobre otros recursos que pudiera estar recibiendo el niño, como apoyos escolares o asistencia sanitaria privada o pública.

Posteriormente, procedía a la evaluación del niño con objeto de dibujar un perfil de capacidades que incluyera los puntos débiles y fuertes sobre los cuales diseñar la intervención. En este momento, según me indicó mi tutor, se establece una primera aproximación diagnóstica que es codificada sobre la base de la Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (2004). Para dicha evaluación, se suelen emplear tests estandarizados y la observación en tareas semiestructuradas. Destaco en este punto que la evaluación en AT, según Bausela (2008), se lleva a cabo de forma flexible, combinando tanto métodos cuantitativos como cualitativos, de modo que se garantice la colaboración del niño.

Montes (2013) clasifica las pruebas que se emplean en AT en :

- Pruebas de evaluación infantil generales de Desarrollo.
- Tests de aptitudes generales
- Tests específicos

4.1.1.1. Pruebas de evaluación infantil generales de Desarrollo.

- Escala de desarrollo Psicomotor Brunet-Lezine 4 Revisada
- Inventario de desarrollo Battelle
- Guía Portage
- Escala de madurez mental de Columbia (CMMS)
- Escala de evaluación del comportamiento neonatal: NBAS
- Escalas Bayley de desarrollo infantil (BSID)
- Evaluación de la conducta adaptativa. Vineland
- Curriculum Carolina
- Cumanin cuestionario de madurez neuropsicológica infantil

4.1.1.2. Tests de aptitudes generales

- Escala de Aptitudes y Psicomotricidad para Niños de McCarthy
- K-ABC -II Batería de evaluación de Kaufman para niños
- Escala de inteligencia Wechsler. WPSSI

4.1.1.3. Tests específicos

- Escala de desarrollo motor de Peabody 2 PDMS-2
- Test de Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas ITPA
- Plon-R. Prueba de lenguaje oral Navarra revisada

- Test de vocabulario en imágenes Peabody PPVT-III
- Registro fonológico inducido de M. Monfort
- EDAF. Evaluación de la Discriminación Auditiva y Fonológica
- SCQ Cuestionario de Comunicación Social
- M-chat. Cuestionario del Desarrollo Comunicativo y Social en la Infancia
- IDEA Inventario del espectro autista

Es evidente que las pruebas psicométricas anteriores no han sido utilizadas en todos los casos, pues eso habría dilatado innecesariamente el proceso de evaluación. Las dificultades prácticas que he encontrado a la hora de aplicar las pruebas psicométricas existentes han sido:

a) Por un lado, al considerar como marco de referencia la evolución del niño normal, para determinadas patologías específicas es preciso adaptar ciertos ítems, lo cual entiendo que puede sesgar los resultados finales.

b) Por otro, durante el proceso evaluativo pueden presentarse factores que eventualmente contaminen su resultado como,

- Factores internos / fisiológicos (hambre, sueño, cansancio...).
- Factores externos / ambientales (ruidos, intromisiones...)

Por ello, he aprendido que el examen del niño, especialmente a estas edades, ha de concebirse como un proceso de evaluación continua y dinámica, lo que ha supuesto que en algún momento de la intervención haya tenido que volver a administrar las pruebas que he considerado necesarias, siempre de acuerdo con el psicólogo.

Además, he complementado la información recogida de los padres y la obtenida en la evaluación con cuestionarios o preguntas administradas a los profesores. He de reseñar en este punto la absoluta disponibilidad y colaboración que he encontrado en cuantos profesores he visitado y entrevistado, tanto telefónica como presencialmente.

Una vez establecida una hipótesis diagnóstica y elaborado un perfil de desarrollo del menor, se procede al diseño de un plan de actuación. Este incluye:

- el tipo de intervención
- el número de sesiones semanales, que puede oscilar entre una y tres.

Toda esta información se recoge en un informe escrito que se devuelve a la familia. Este momento ha sido una de los más interesantes en mi proceso de aprendizaje, pues

me ha permitido darme cuenta del importante trabajo de comunicación y contención emocional que el psicólogo realiza. La FEAPS (1999) afirma que el profesional en AT debe atender las necesidades de expresión emocional y apoyo de los padres y aportar información y respaldo en función de las necesidades de cada familia.

Durante mi periodo de prácticas he aprendido que es fundamental sostener y aliviar psicológicamente a la familia del impacto emocional que produce la constatación de que existe un problema en el desarrollo del niño. De hecho, uno de los principales objetivos en estos momentos es conseguir que los padres acepten la realidad de su hijo, que aprendan a amarlo y que colaboren de forma activa y comprometida con el proceso de intervención que se va a iniciar.

4.1.2. *Intervención terapéutica.*

En la fase de intervención he materializado el plan de actuación mencionado en el momento anterior. Ello implica la elaboración de un programa de actuación específico con objetivos y pautas adaptadas a cada niño en cada una de las áreas del desarrollo evolutivo (cognición, comunicación y lenguaje, motricidad, conducta adaptativa y social, etc.).

Las sesiones de tratamiento en C.A.I.T. de Armilla suelen ser individuales, salvo que el caso requiera potenciar aspectos sociales y de comunicación entre iguales. En esos casos se realizan sesiones conjuntas. La duración de las sesiones es de 45 minutos. En este tiempo es frecuente que los padres permanezcan en la sala, con lo que se persigue, por una parte, una mayor tranquilidad y seguridad en el niño y, por otra, que los padres comiencen a familiarizarse con los modos de intervención para que en casa implementen su propio plan de actuación. Es imprescindible promover la participación activa de la familia en el proceso de desarrollo del niño y en la toma de decisiones que se vayan tomando (FEAPS,1999).

Dado que el C.A.I.T. ofrece tratamientos de distinto tipo (por ejemplo, cognitivo o logopédico) se impone una adecuada coordinación entre los dos profesionales que integran el equipo. Por eso, también he asistido a reuniones con la logopeda y el psicólogo, que facilitan la coordinación y el avance hacia esa interdisciplinariedad que debe presidir la intervención temprana. He de decir que el trabajo en equipo es uno de los puntos más favorables de este centro, pues están en constante interacción con los profesionales que intervienen en el proceso del niño: pediatras, profesores, trabajadores sociales, psicólogos de los EOE...

Como se comentó anteriormente, la evaluación se concibe como un proceso más que como un hecho puntual, por lo que periódicamente hemos evaluado la eficacia de los tratamientos a través de la observación cualitativa y la administración de escalas de desarrollo.

4.1.2.1. Descripción de una sesión de intervención.

A continuación, paso a describir una sesión de intervención típica de las que he realizado durante mi estancia en el C.A.I.T. de Armilla.

El niño es recibido en la sala de espera por el psicólogo y por mí. Los padres deciden si entran en la sala o esperan fuera. Lo más habitual es que decidan dejar al niño solo con el psicólogo. Una vez dentro de la sala, la sesión comienza.

Antes de empezar revisaba la información de la sesión anterior que había sido grabada en el programa ALBORADA de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Con esta información se refrescan los objetivos superados y no superados hasta ese momento.

La intervención solía comenzar con una interacción social entre el niño y nosotros, los adultos. Con demasiada frecuencia el niño se mostraba remiso a ocupar su lugar de trabajo y a comenzar a colaborar, por lo que era necesario que nos armáramos de paciencia y jugáramos un tiempo con algún juguete que llamara la atención del niño. En este punto, debo destacar que mi tutor externo me hizo reparar en la conveniencia de desplegar algunas técnicas de tipo cognitivo-conductual, que ayudaron mucho a que consiguiera sentar al niño en el puesto de trabajo. Entre ellas, destaco los programas de reforzamiento de razón fija al inicio, para pasar a razón variable pasados unos minutos. También se optimizaban los resultados con el manejo de contingencias. Con ello se conseguía una tasa de respuesta aceptable en cuanto a emisión de conductas prerrequisitas para el trabajo con el niño, tales como permanecer sentado en su puesto, mantener el contacto ocular, etc.

Una vez conseguido el objetivo de que el niño permanezca sentado en su puesto y con una actitud colaboradora, procedíamos a la realización de las actividades. Estas se dividen en cuatro grandes áreas:

Área motora: orientada a conseguir los patrones motores fundamentales, integración del esquema corporal, equilibrio, tono y potencia muscular, así como fomento de la motricidad fina.

Área perceptiva-cognitiva: interviene en los procesos de percepción, memoria, razonamiento, atención y resolución de problemas.

Área de lenguaje y comunicación: esta área trata de potenciar los prerrequisitos de la comunicación, tales como el interés hacia la interacción con el otro, atraer su atención hacia el lenguaje, desarrollar la imitación, desarrollo de la discriminación auditiva.

Área social y autoayuda-autonomía: Se trata de promover su autonomía en las actividades de comida, aseo, vestido, control de esfínteres. Esta área debe ser trabajada sobre todo en casa y en el colegio. Se intenta atraer su atención hacia las conductas sociales, la comprensión de los eventos socialmente notables y su correcta respuesta ante ellos. Se trabaja, sobre todo, la imitación y el juego, siendo en las actividades de grupo donde más se promocionan estos objetivos.

En las sesiones individuales trabajábamos sobre todo los aspectos relacionados con las áreas motora, perceptivo-cognitiva y de lenguaje y comunicación.

Cada niño tiene un plan de intervención individualizado, aunque en muchos casos las actividades y los recursos se repiten. Veamos a continuación algunas actividades de las que he realizado con los niños atendidos, divididas por áreas.

4.1.2.2. Actividades realizadas con los niños.

Área perceptivo-cognitiva. Las sesiones solían comenzar con actividades pertenecientes a esta área, con el fin de aprovechar que el niño llega “fresco” a la sesión, reservando el área motora para el final. Según cada plan de intervención, presentaba al niño actividades como:

- Juegos de imitación de construcciones con cubos
- Construcción de puzles para identificación de categorías
- Ejercicios de igualación y diferenciación
- Seguimiento de instrucciones
- Imitación de patrones
- Ejercicios orientados a estimular la atención
- Ejercicios de control de impulsos y planificación.

Área del lenguaje y la comunicación. He trabajado el área del lenguaje y la comunicación con ejercicios como:

- Ejercicios de praxias de los órganos del habla
- Ejercicios de discriminación auditiva
- Ejercicios de inspiración y expiración
- Ejercicios de repetición de palabras a distintos ritmos
- Trabalenguas
- Actividades de denominación
- Tareas de repetición de frases dadas
- Tareas de encadenamiento de palabras
- Tareas de transformación de palabras por cambio de un fonema, omisión o adición de un fonema
- Tareas de localización de dibujos, láminas... que mejor indiquen el significado de una frase dada
- Tareas de invención de historias a partir de palabras dadas
- Tareas de completar frases
- Tareas de construir frases con ayuda de objetos y dibujos (trenes de palabras, ejercicios temporales, viñetas...)
- Tareas en las que los niños deban construir oraciones diferentes ante preguntas
- Tareas de transformación de frases (positivas en negativas, activas en pasivas y viceversa)
- Tareas de creatividad lingüística
- Tareas de elección de frases que mejor representen el significado de un dibujo dado
- Tareas de asignación de los determinantes correctos en función del género, número correspondiente
- Tareas similares con tiempos verbales y personas (pasado, presente, futuro, y 1ª, 2ª, 3ª persona)
- Tareas de utilización de posesivos, demostrativos, adverbios
- Retahílas
- Tareas de incrementación/eliminación de palabras en una oración.

En el ámbito del lenguaje y la comunicación he considerado muy importante incidir en la competencia pragmática, lo que implica usar el lenguaje funcionalmente, emplear adecuadamente el lenguaje verbal-no verbal en diferentes situaciones de comunicación y fortalecer la vertiente comunicativa del lenguaje. Para ello he desarrollado actividades como:

- Tareas de identificación/emisión de órdenes
- Tareas de reconocimiento/expresión de sentimientos, deseos, opiniones
- Tareas que supongan la explicación, narración, descripción de personas objetos, hechos, fenómenos, acontecimientos...
- Tareas de identificación de suposiciones del hablante, de formulación de conclusiones..
- Tareas en las que los niños deban demandar información, solicitar la atención de otros...

Área motora. Las actividades realizadas en esta área también son muy variadas y proporcionan al niño un momento de esparcimiento y juego que viene muy bien para hacer la sesión más llevadera. Estas actividades se dividen en actividades de motricidad gruesa y actividades de motricidad fina.

Entre las actividades de motricidad gruesa, hemos realizado:

- Salto sobre una cuerda
- Botar una pelota, darle con el pie, recibirla y lanzarla
- Salto sobre un pie o sobre dos pies
- Andar sobre los talones o sobre las puntas
- Pedalear
- Subir y bajar escaleras
- Caminar sobre un sendero marcado en el suelo
- Saltar desde una altura adecuada

Las actividades de motricidad fina más frecuentes han sido:

- Rasgar papeles
- Doblar papeles
- Cortar con tijeras
- Abrir y cerrar llaves
- Atornillar y desatornillar tuercas grandes
- Dibujar imitando líneas y figuras
- Colorear
- Repasar líneas y figuras
- Trazar laberintos
- Trabajar con plastilina, imitando los movimientos del adulto
- Enhebrar piezas grandes y pequeñas en un cordón

- Coser siguiendo un trazado previamente dado
- Construir torres con cubos

La sesión de intervención finaliza con la entrega del niño a los padres, y se aprovecha siempre este momento para tener un breve intercambio verbal con ellos, en el que les informamos del desarrollo de la sesión. Entiendo que es importante que en este encuentro se recuerden las pautas generales de trabajo para casa, así como algún aspecto concreto que se quiera trabajar con especial dedicación durante la semana.

En el siguiente apartado expondré con más detalle el caso de un niño que acudió a este centro y que ilustra perfectamente lo comentado anteriormente.

5. ESTUDIO DE CASO: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE UN NIÑO DE 3 AÑOS Y 7 MESES CON DIFICULTADES DE PRODUCCIÓN DEL LENGUAJE.

Durante mi estancia en el C.A.I.T. he tenido ocasión de conocer de cerca algunos casos que han llamado mi atención. Entre todos los niños atendidos, hubo uno, K.G.M, de 3 años y 7 meses, que acude al Centro derivado por su pediatra, ante la alarma suscitada porque no habla. La atención que K. suscita en mí, sin duda, está motivada por mi interés en los trastornos del lenguaje. Mi formación académica inicial es la de filóloga, lo cual hace especialmente atractivos para mí los trastornos relacionados con el lenguaje y la comunicación. Mi formación en Psicología y haber cursado el Máster en la especialidad de Neuropsicología han venido a reforzar aún más mis intereses en esta área de intervención.

5.1. Objetivos del estudio

Por este motivo nos planteamos el establecimiento de diversas metas a lograr con K., aprovechando mi estancia en el centro y la oportunidad que se presentaba de poner en práctica mi formación, por supuesto, en colaboración con mis tutores y el niño.

Los objetivos que nos proponemos en este estudio son:

Objetivo general

- Desarrollar un programa de intervención conductual, cognitiva, lingüística y emocional para un niño de 3 años y 7 meses que presenta dificultades de producción del lenguaje.

Objetivos específicos

- Analizar el estadio evolutivo inicial del niño antes de comenzar el tratamiento, atendiendo a las áreas cognitiva, comunicativa, motora, adaptativa y social.

- Estudiar el nivel de desarrollo del niño atendiendo a las áreas cognitiva, comunicativa, motora, adaptativa y social, después de la intervención.

5.2. Programación de la intervención

El programa de intervención se diseñó sin fecha de fin, pendiente de la evaluación de resultados.

El niño acudía al Centro un día a la semana, para recibir atención durante una sesión de 45 minutos.

En la primera sesión se llevó a cabo una reunión informativa con la tía de K., en la que comenzamos la entrevista de valoración. En la siguiente sesión finalizamos esa entrevista. Las dos sesiones posteriores se dedicaron a la evaluación pre-tratamiento. A partir de entonces, comencé a aplicar el programa.

5.3. Participante.

K.G.M. es un niño de 3 años y 7 meses cuando llega al centro. Está escolarizado en un centro público de su localidad en 1º de Educación Infantil. Actualmente está bajo la tutela de la Consejería de Servicios Sociales de la Junta de Andalucía. Su madre tiene 27 años y está reclusa cumpliendo condena en una prisión. Su padre, de 30 años, se encuentra en situación de busca y captura de la Justicia. Ambos poseen solo estudios primarios. K. es hijo único. La guarda y custodia es ejercida por una tía paterna, de 22 años, madre soltera de un niño de 6 años y en situación de desempleo. En el domicilio conviven con el niño sus bisabuelos, una tía abuela, su primo, su tía y otros dos tíos, además de algunos otros familiares que acuden a la casa a la hora de comer. K. acude al centro derivado por su pediatra.

No hay factores médicos reseñables en el embarazo y el parto.

5.4. Evaluación pre-intervención.

5.4.1. Datos obtenidos de la entrevista de valoración.

Cuando K. tenía 18 meses y vivía aún con su padre, fue víctima de algunos episodios de maltrato físico por parte de éste, que fueron denunciados por la tía. Como consecuencia de ello, la Junta de Andalucía se hizo cargo del niño, otorgando la custodia a la tía, quien refiere que K. es un niño activo, nervioso y muy ágil. En el funcionamiento del niño en el hogar, la tía cuenta que come adecuadamente a su edad. No duerme solo y necesita constantemente el contacto con la mano de su tía durante la noche. Duerme aún con pañal, pero de día controla esfínteres.

En cuanto a la interacción social, K. se muestra alegre, activo, pero recurre a las rabietas y los gritos cuando se le contraría. En los lugares públicos no se comporta adecuadamente. No se suele relacionar con otros niños que no sean los de su entorno familiar y cuando lo hace les pega o les muerde. No sabe jugar solo. No ha desarrollado juego simbólico.

5.4.2. Datos obtenidos de las entrevistas con los profesores del colegio.

La tutora informa de que K. no muestra interés hacia las tareas escolares. Desarrolla frecuentemente conductas disruptivas en el aula. Pega y muerde a sus compañeros. No permanece sentado en su puesto más de 5 minutos. No realiza los trabajos que le proponen y es frecuente que rompa sus tareas y las de sus compañeros. Este comportamiento, junto con la incapacidad comunicativa del niño, llevó a la tutora a solicitar la presencia de una monitora en el aula durante la primera sesión matinal. Después del recreo K. acude al aula de Pedagogía Terapéutica. Igualmente, recibe una sesión semanal de logopedia en el colegio.

No obstante todo lo anterior, la maestra refiere que K. no ha conseguido apenas los objetivos que se plantean para los niños en su curso. Sin embargo, tanto ella como la maestra de Pedagogía Terapéutica afirman que K. tiene una capacidad que no se corresponde con sus bajos resultados y ello debido a que todo trabajo escolar le exige un cierto intercambio oral, de modo que al no hablar su aprendizaje se ve limitado. En lo referido al estilo de aprendizaje, la maestra destaca que el niño se inhibe ante las actividades verbales, mejorando en las manipulativas, no le motivan las tareas escolares, la relación con compañeros y maestros es escasa y conflictiva, no acata las normas de convivencia y no participa en actividades de grupo.

5.4.3. Instrumentos de evaluación.

5.4.3.1. Entrevistas de valoración.

Para la recogida de información de la tía de K., apliqué el modelo de entrevista de evaluación desarrollado por el propio C.A.I.T. de Armilla. Se trata de una entrevista estructurada que recoge información completa sobre datos familiares, médicos, de funcionamiento en el hogar, de interacción social y de preocupaciones y expectativas.

La entrevista con el profesorado se llevó a cabo siguiendo un patrón de entrevista semiestructurada, siguiendo un guión, pero formulando preguntas de amplio espectro.

5.4.3.2. Guía Portage de Educación Preescolar.

Como instrumentos de evaluación se empleó la Guía Portage de Educación Preescolar (Bluma, Shearer, Frogmann y Hilliard, 1976), para evaluar el comportamiento de niños entre 0 y 6 años de edad, y el estado evolutivo de cinco áreas de desarrollo: socialización, lenguaje, autoayuda, cognición y desarrollo motriz. A partir de los resultados obtenidos se pueden elaborar programas de intervención adecuados a las necesidades del niño.

La guía contiene 578 fichas relativas a las cinco áreas del desarrollo, más una sección dedicada a cómo estimular al bebé. Cada ficha indica el área de desarrollo que evalúa, la edad de aplicación, el objetivo que se pretende conseguir y las actividades que se pueden realizar para conseguir dicho objetivo en un programa de intervención.

5.4.3.3. El Test de Vocabulario en Imágenes, PEABODY-III.

Siguiendo la clasificación de las pruebas sugerida por Ardila y Ostrosky (2012), decidimos pasar a K. una prueba específica de lenguaje, el Test de Vocabulario en Imágenes, PEABODY-III (Dunn, Dunn y Arribas, 2006), que valora el conocimiento del léxico y que no requiere de respuesta oral ni escrita. La prueba cuenta con 192 láminas agrupadas en 16 conjuntos, precedidas por 4 ítems de práctica. En cada lámina aparecen cuatro ilustraciones en blanco y negro organizadas en forma de elección múltiple. Se trata de que se seleccione la imagen que mejor ilustra el significado de la palabra que el examinador dice en voz alta. Y finaliza cuando el sujeto comete 8 o más errores dentro de uno de los conjuntos.

En ambas pruebas K. ofrecía un perfil de desarrollo muy por debajo de su edad cronológica, a excepción de su desarrollo psicomotor, que sí se corresponde con el de un niño de su edad.

5.5. Aplicación del programa de intervención.

5.5.1. *Objetivo del programa.*

El programa de intervención aplicado tenía como **objetivo inicial** incrementar el vocabulario y la capacidad de comunicación verbal de K. que presentaba dificultades en la producción del lenguaje. No obstante, y a la luz de la información que fuimos obteniendo en la fase de evaluación, nos dimos cuenta de que la intervención no podía limitarse únicamente a los aspectos lingüísticos, sino que debíamos abrir el abanico e incluir en el programa actividades que incidiesen también en los aspectos cognitivo, conductual y social.

5.5.2. *Estructura de las sesiones.*

En todas las sesiones se ha llevado a cabo la misma estructura sistemática, a fin de conseguir que el niño colaborase en la ejecución de las tareas realizadas.

- Saludo y acomodación: el niño entra en la sala, nos saluda adecuadamente, se despide del adulto que lo acompaña, explora y juega durante un breve período de tiempo con el material que hay a su disposición en la sala (triciclo, mesa de actividades infantiles, pelota...), y se le invita a que tome asiento en su mesa de trabajo (5 minutos).
- Estimulación cognitiva: Se proponen al niño ejercicios de juegos de imitación de construcciones con cubos, construcción de puzles para identificación de categorías, ejercicios de igualación y diferenciación, seguimiento de instrucciones, imitación de patrones...(10 minutos).
- Estimulación lingüística: Se realizan actividades de praxias de los órganos del habla, ejercicios de discriminación auditiva, ejercicios de inspiración y expiración, ejercicios de repetición de palabras a distintos ritmos, actividades de denominación, tareas de repetición de frases dadas, tareas de localización de dibujos, láminas... que mejor indiquen el significado de una frase dada, tareas de completar frases, tareas de construir frases con ayuda de objetos y dibujos (trenes de palabras, ejercicios temporales, viñetas...), tareas en las que los niños deban construir oraciones diferentes ante preguntas, tareas de asignación de los determinantes correctos en función del género, número correspondiente, tareas de utilización de posesivos, demostrativos, adverbios... (15 minutos).

- Estimulación psicomotriz: Rasgar papeles, doblar papeles, cortar con tijeras, abrir y cerrar llaves, atornillar y desatornillar tuercas grandes, dibujar imitando líneas y figuras, colorear, repasar líneas y figuras, trazar laberintos, trabajar con plastilina imitando los movimientos del adulto, enhebrar piezas grandes y pequeñas en un cordón, coser siguiendo un trazado previamente dado, construir torres con cubos (10 minutos).
- Despedida: Se solicita al niño que colabore en la recogida de los materiales empleados, que devuelva a su sitio la silla que ha ocupado, que se ponga la ropa de abrigo que traía y que se despida adecuadamente de los psicólogos, con fórmulas lingüísticas convencionales de despedida, así como con gestos con las manos (5 minutos).

5.5.3. Pautas para la familia.

Además del trabajo realizado con el niño en el Centro, hemos instruido a la tía de K. en algunas herramientas básicas de modificación de conducta, tales como la extinción operante de conductas no deseadas, el refuerzo positivo de aquellas conductas adecuadas, la inconveniencia de utilizar el castigo positivo o negativo como única técnica de modificación de conducta. También le proponíamos ejercicios de estimulación lingüística para casa, en función de lo que el niño iba adquiriendo en las sesiones del centro, tales como exigir que denominara los alimentos que quería tomar, y que no se le proporcionaran hasta que hubiese emitido, o al menos lo hubiese intentado, un enunciado lingüístico, aunque no fuese del todo correcto.

5.6. Evaluación post-intervención.

K. dejó de asistir al Centro cuando solo había recibido cinco sesiones de intervención. Tras varios intentos fallidos de contactar con la familia, el psicólogo procedió a ocupar la plaza de K. con otro niño procedente de la larga lista de espera del Centro. Esta ausencia no nos ha permitido completar el programa de intervención ni, por consiguiente, realizar una evaluación post-tratamiento.

No obstante, la observación diaria de la evolución del niño, así como la información que día a día recabábamos de la tía de K., nos permiten hacer algunas valoraciones sobre **su evolución**.

Desde el punto de vista conductual, el niño comenzó a desplegar un repertorio de conductas prerrequisitas, tales como el mantenimiento del contacto ocular, el seguimiento de instrucciones sencillas (trae los juguetes, recoge los juguetes, ocupa tu silla de trabajo...), aceptación de las figuras del adulto como fuente de autoridad, permanencia sentado en la silla de trabajo.

A nivel de praxias y de percepción, la evolución fue menos constatable. K. no pasó de los puzles de tres piezas, solo imitaba correctamente construcciones de tres cubos, emparejaba con ayuda figuras atendiendo a su forma, pero no a su color, y no imitaba trazos sencillos.

Lingüísticamente, K. comenzó a hacer emisiones de palabras con una intención comunicativa. Pedía ir al baño, agua, leche, yogur y zumo, llamaba por su nombre a los miembros más cercanos de su familia y al personal del C.A.I.T., saludaba a la entrada y a la salida, nombraba algunas piezas del material (juego, puzle, lápiz, papel, tijera, "plasti", bici, pelota), algunos animales y personajes de películas infantiles que decoran las paredes de la sala. No producía, sin embargo, enunciados declarativos de más de tres palabras, usando escasos verbos para ello (casi siempre imperativos: dame, toma, ...).

En el aspecto psicomotriz, que era el punto fuerte de K., mostró una evolución muy favorable en psicomotricidad gruesa. Manejaba con pericia el triciclo, subía y bajaba escaleras sin ayuda, corría dando saltos sobre una o las dos piernas sin dificultad, lanzaba y recibía la pelota, botaba, caminaba sobre senderos marcados, saltaba desde una altura marcada...

En la psicomotricidad fina mostró una evolución menos favorable. Necesitaba ayuda para cortar papel con tijeras, coloreaba con poca pericia para su edad, y no seguía las líneas de repaso de modelos.

Como se ha podido apreciar, a pesar de no haber podido implantar el programa de intervención como nos hubiese gustado, los pocos días que pudimos llevarlo a cabo arrojó resultados esperanzadores como muestra la buena evolución observada en su lenguaje, que se volvió mucho más comunicativo e intencional o las habilidades conductuales adquiridas necesarias para un desarrollo social, emocional y cognitivo más equilibrado. No cabe duda de que las duras condiciones familiares han podido marcar el desarrollo normal de K., sin embargo la asistencia a este tipo de centros

podría inclinar la balanza y ofrecer una nueva oportunidad de desarrollo personal, emocional, cognitivo y de integración social.

6. VALORACIÓN GENERAL DEL PERÍODO DE PRÁCTICAS.

La atención que se presta a los niños en los C.A.I.T. se muestra, desde mi punto de vista, como un instrumento de gran utilidad, ya que hace posible trabajar sobre el desarrollo evolutivo de los niños a nivel físico, sensorial, cognitivo y/o social, respetando el propio ritmo de cada niño. Se ofrece una atención directa al niño, basada en el modelo de salud biopsicosocial (estimulación, psicomotricidad, logopedia y psicoterapia), valoración y seguimiento, además de atender a la familia y al entorno.

La intervención en AT concibe al niño como un todo, y programa el tratamiento teniendo siempre en cuenta su contexto, a su familia y a su entorno. Por tanto, en AT he aprendido que el psicólogo que rehabilita al niño trabaja con él, pero también tiene un importante trabajo de enseñanza con los padres para que aprendan cómo tienen que comunicarse para que su hijo los entienda o pautas para que refuercen el tratamiento en casa. En consecuencia, la AT concibe también a la familia como co-terapeuta que debe formar parte del equipo, lo que refuerza su confianza en sí mismos y la relación con sus hijos. Tirapu-Ustarroz et al (2011) afirman que “los familiares deben integrarse en el proceso de rehabilitación y, por otra parte necesitan atención psicológica para que el proceso de duelo y la transición a la nueva situación familiar sea lo más fácil posible.”

Hay que tener en cuenta que muchos de estos padres llegan pronto al servicio, y suele ocurrir que algunos todavía no hayan aceptado la nueva situación o no sepan realmente hasta dónde llegan las consecuencias. Por ello quiero destacar aquí y valorar muy positivamente el trabajo que los psicólogos de AT realizan con las familias en este trance, enseñándoles cuáles son las potencialidades de su hijo, para que lo vean como un todo y no como una patología.

También valoro muy positivamente el contacto del C.A.I.T. con los centros educativos donde los niños asisten. Este contacto permite esbozar un protocolo común de intervención y asesorar al maestro y a otros profesionales del centro en lo que sea necesario.

El C.A.I.T. de Armilla, como he dicho en otro momento, se financia con fondos públicos en virtud de un acuerdo entre el Ayuntamiento de Armilla y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Ofrece para todos los niños que atiende una atención completamente gratuita. Sin embargo, el número de plazas de que dispone

(actualmente 30) es claramente insuficiente, si miramos la lista de espera que a 31 de julio de 2015 existía. En ese momento, 32 niños estaban a la espera de ser atendidos. Esta situación es claramente alarmante, toda vez que la AT debe aplicarse teniendo en cuenta dos criterios fundamentales: especificidad y precocidad. Según Portellano (2007), “la Atención Temprana tiene estrechas vinculaciones con la neuropsicología del desarrollo, ya que buena parte de sus actuaciones se centra sobre niños y niñas que presentan alteraciones producidas por lesión o disfunción del sistema nervioso. Desde esta óptica se puede afirmar que la AT es una metodología neuropsicológica, especialmente dentro del ámbito de intervención, ya que utiliza la plasticidad infantil con el objetivo de activar al máximo sus capacidades”. Esta afirmación incide nuevamente en la trascendencia que tiene que los niños sean atendidos lo más rápidamente posible, precisamente para aprovechar esa mayor capacidad de recuperación y reorganización orgánica y funcional del sistema nervioso en la primera infancia. Por ello, aprovecho la ocasión para reivindicar la importancia de la precocidad en la intervención, pues si no se actúa con premura, se están perdiendo posibilidades terapéuticas. Concluyo que la existencia de una lista de espera tan numerosa es uno de los aspectos negativos que desde mi punto de vista han de ser corregidos por la administración.

Otro aspecto que creo debe mejorarse es la implicación de las familias en el proceso terapéutico. Es cierto que la mayoría de los padres acuden al C.A.I.T. muy angustiados ante el diagnóstico que han recibido de su pediatra. Pero también lo es que muchos de ellos empiezan demasiado pronto a considerar la sesión semanal en el centro como una actividad extraescolar más, equiparable a los deportes o las enseñanzas artísticas. Quizás sea necesario revisar la información que se proporciona a los padres, haciendo más hincapié en la naturaleza terapéutica, no educativa, de medidas de la intervención: medidas terapéuticas que permiten estimular la adquisición de funciones cognitivas en el niño que no han sido adquiridas aún, o la recuperación en el caso de que hayan sido total o parcialmente perdidas por lesión. Por ello, la continuidad en la intervención, sin saltos ni períodos de absentismo, garantiza en gran medida el éxito de los programas. Son los padres, en última instancia, los responsables de traer al niño al centro. De ahí la necesidad que he advertido de hacer un trabajo de concienciación sobre la importancia de ser rigurosos y estrictos en la asistencia al C.A.I.T.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Ardila, A., Ostrosky, F. (2012) Guía para el diagnóstico neuropsicológico. México DF: UNAM.

Artigas-Pallarés, J. (2007). Atención precoz de los trastornos del neurodesarrollo. A favor de la intervención precoz en los trastornos del neurodesarrollo. Revista de Neurología, 44 (3): 41-44.

Bausela, E (2008). Baterías de evaluación neuropsicológica infantiles. BOL PEDIATR; 48: 8-12.

Bluma, S. M. , Shearer, M. S. , Frohman , A. H. y Hilliard, J. M. (1976). Guía Portage de Educación Preescolar. Madrid: TEA Ediciones.

Dunn, L.M., Dunn,L.M. y Arribas, D. (2006). PPVT-III. Peabody. Test de vocabulario en imágenes.Madrid: TEA Ediciones.

FEAPS. (1999). Atención temprana. Orientaciones para la calidad. Confederación española de organizaciones a favor de las personas con retraso mental.

Grupo de Atención Temprana. (2000). Libro blanco de Atención temprana. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

Grupo de Atención Temprana.(2004). Organización Diagnóstica para la Atención Temprana. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

MONTES LOZANO, A.(2013). Los Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT): una red de centros y profesionales. Revista de Pediatría en Atención Primaria, 15 (23): 21-25.

Portellano, J.A. (2007). Neuropsicología infantil. Madrid: Síntesis.

Tirapu Ustárroz, J., Ríos Lago, M., Maestú Unturbe, F.(2011). Manual de Neuropsicología. Barcelona: Viguera.

Warnock, M. H.(1978). Special educational needs. Report of the comitee of inquiry into the education of handicapped children and young people. HMSO.

8. ANEXO.

Entrevista de valoración.

ENTREVISTA DE VALORACIÓN INICIAL

DATOS PERSONALES:

Fecha de la Entrevista:

NOMBRE:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio:

Teléfono Contacto:

Email:

MOTIVO DE LA DERIVACIÓN:

Derivación realizada por:

Profesional que hace la derivación:

Diagnóstico de Derivación:

DATOS DE LA FAMILIA:

Núcleo familiar compuesto por:

Personas con las que convive el niño:

Cuidador principal:

Nombre de la Madre:

Edad de la Madre:

Nacionalidad:

Nivel de Estudios:

Idioma de la Madre:

Trabajo de la Madre:

D.N.I.:

Nombre del Padre:

Edad del Padre:

Nacionalidad:

Nivel de Estudios:

Idioma del Padre:

Trabajo del Padre:

D.N.I.:

Hermanos y edades:

Lugar que ocupa:

SERVICIOS QUE ATIENDEN AL NIÑO:

Centro de Salud:

Pediatra:

SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS:

Servicio:

Nombre del Especialista:

Hospital:

ESCUELA INFANTIL/GUARDERÍA:

Nombre:

Localidad:

Tutora/Educadora:

OTROS TRATAMIENTOS QUE RECIBE:

VALORACIÓN INICIAL:

Embarazo:

Parto:

Datos del Recién Nacido:

Complicaciones Posteriores:

Intervenciones Quirúrgicas:

Tipo de Lactancia:

Cambios en la Historia Familiar que pudieron afectar al niño:

DESARROLLO EVOLUTIVO:

Edad en que sostuvo la cabeza:

Edad en que se sentó sólo:

Edad en que gateó:

Edad en que se mantuvo en pie agarrado:

Edad en que dio los primeros pasos:

Edad en que dijo las primeras palabras:

Edad de la frase en su lenguaje:

Control de esfínteres:

SITUACIÓN ACTUAL:

Sueño:

Alimentación:

Aseo y Control de Esfínteres:

Juego:

Relación/contacto con grupo de iguales:

Relación con adultos (padres, familiares, otros cuidadores, ...):

Asistencia a guardería:

Medicación:

Apoyos técnicos:

Descripción de un día tipo:

NIVEL DE DESARROLLO ACTUAL:

Habilidades Prerrequisitas para Aprendizaje:

Atención:

- Mira a la persona que le habla:
- Escucha con atención cuando le hablan:
- Mantiene la atención en la tarea:
- Mira lo que se le señala:

- Mantiene contacto ocular:
- Permanece sentado durante la tarea:

Imitación:

- Imita gestos o movimientos:
- Imita sonidos:

Seguimiento órdenes básicas:

- “Dame”:
- “Coge”:
- “Ven”:
- “Mira”:
- “Recoger/Guardar”:

Memoria:

- Encuentra objeto escondido bajo 2 pantallas mostrado anteriormente:
- Encuentra objeto escondido bajo 3 pantallas mostrado anteriormente:
-

MOTRIZ: se valora con BABEL Screening

COGNITIVO/ADAPTATIVO:

LENGUAJE Y COMUNICACIÓN:

SOCIAL/AFECTIVO:

CONCLUSIONES: