

CAPÍTULO 3. DISEÑO DEL PROGRAMA DE A T

Isidoro Candel Gil

Principios generales

El programa de atención temprana enfatiza la atención global al niño, a su familia y a su entorno de una forma natural, empleando actividades funcionales que se inserten en las rutinas diarias del niño y de su familia. El programa de AT debe basarse en el contexto natural del niño, y, en consecuencia, hay que diseñar de forma coherente ese medio físico y social, de manera que sea rico en estímulos para favorecer el desarrollo del niño y el buen equilibrio de la familia. Lo más importante no es tanto la adquisición de conocimientos y habilidades por parte del niño, sino una buena integración socio-comunicativa y la aprehensión de estrategias de solución de problemas y de autonomía personal y social, cara a un funcionamiento independiente el día de mañana.

Parece claro que el desarrollo del niño con problemas en su desarrollo puede ser mejor comprendido y mejor estimulado en el contexto familiar. Por ello, uno de los principales objetivos de la educación de estos niños en sus primeros años, es favorecer un buen ajuste de los padres y fomentar unos adecuados patrones comunicativos, de forma que el niño se sienta más motivado para reaccionar a los estímulos del medio y, a su vez, sus padres disfruten más con su propio rol parental.

Hemos de reconocer, no obstante, que no siempre estos aspectos socio-comunicativos son considerados como prioritarios en la atención temprana. Antes al contrario, parece que lo más importante es que los niños consigan superar una serie de adquisiciones motoras, cognitivas o lingüísticas, olvidando diversos aspectos que van a cimentar el desarrollo evolutivo y académico de estos niños. Uno de los objetivos de los programas de AT es tratar de mejorar los potenciales madurativos de los niños. Sin embargo, estos programas deben pretender, sobre todo, enriquecer el medio en el que se desenvuelve el niño, fomentando las interacciones con las personas que le rodean. En consecuencia, los profesionales hemos de orientar a los padres para que adapten

sus actividades diarias de acuerdo con las características de su hijo, respetando el marco y el ambiente natural del niño y de su familia.

Ya hemos insistido en la importancia y en la necesidad de basar la intervención en la adquisición de habilidades de comunicación e interacción social del niño, en primer lugar con los padres. Por tanto, hay que prestar una atención prioritaria a la adaptación de éstos a la situación, ayudándoles a superar los momentos difíciles con apoyo, información y asesoramiento, y, si fuera preciso, con tratamiento psicoterapéutico. Los padres requieren tiempo para ir ajustándose a las nuevas circunstancias y, en este sentido, el programa de AT, les presta una ayuda inestimable. Conviene no olvidar el papel que juegan otros miembros de la familia: hermanos, abuelos, tíos, que también precisan atención y son una pieza clave en la evolución del niño.

Así pues, los principales objetivos básicos de un programa de atención temprana para niños con dificultades de desarrollo en sus primeros meses, son, a nuestro juicio, los siguientes:

- Procurar que haya un buen ajuste a la nueva situación por parte de los padres y del resto de la familia.
- Implantar patrones de interacción positivos.
- Crear un ambiente rico y estructurado en estímulos, que favorezca el desarrollo del niño.
- Favorecer el desarrollo evolutivo en distintos aspectos.
- Establecimiento del contacto ocular y fijación de la mirada.
- Fomentar el interés y la reacción adecuada del niño a los estímulos del entorno.
- Estimular las habilidades socio-comunicativas del niño.

Evaluación

En un programa de atención temprana los objetivos de la evaluación son: desarrollar unos objetivos individuales y familiares adecuados con el fin de dirigir el desarrollo de la programación individual; proporcionar información a los padres y a los profesionales acerca de los progresos del niño; y facilitar información que permita determinar el valor de un sistema de intervención.

No se puede negar que la evaluación de la conducta infantil presenta numerosos problemas, que se ven acrecentados en el caso de los niños más pequeños y en los que, además, presentan algún tipo de déficit o alteración. De ahí que se hayan criticado las aproximaciones de evaluación más tradicionales, entre otras cosas porque la *situación de test*, al ser muy artificial, puede no sacar a flote el verdadero potencial del niño en un momento determinado, o bien, porque da la sensación de que lo único que se busca es una cifra para situar o etiquetar al niño.

La evaluación en la primera infancia es una especialidad que actualmente está en transformación. Dominada desde sus comienzos por los modelos psicométricos y por estrategias de medida utilizadas con niños mayores y con adultos, empieza a fraguarse ahora una metodología que es exclusiva para los niños muy pequeños (Meisels y Atkins-Burnett, 2000). Conviene, por tanto, analizar algunos aspectos de interés, con el fin de actualizar procedimientos y cambiar actitudes para hacer esta tarea más eficaz.

La mayoría de los programas de AT centran sus evaluaciones en las áreas cognitiva, de lenguaje y motora, al dar por hecho que la estimulación en estas áreas constituye el objetivo prioritario de la intervención. De esta forma, se omiten, o en el mejor de los casos, se despachan rápidamente, otros aspectos de enorme importancia, como los psicosociales, los afectivo-emocionales, o los familiares. (Cicchetti y Wagner, 1.990; Mc Cune y otros, 1.990; Barnard y Kelly, 1.990). Para comprender mejor la competencia del niño y su relación con su entorno socio-familiar, hay que ampliar el abanico de la exploración, buscando información en estas tres dimensiones:

- 1º) La organización evolutiva del niño: habilidades comunicativas, desarrollo socio-emocional, procesos cognitivos, estilo de aprendizaje, capacidad de respuesta al medio, habilidades de juego.
- 2º) Las características de su entorno familiar y social.
- 3º) La relación entre el niño y su entorno: interacción padres-niño.

En lugar de centrarnos tanto en los cocientes de desarrollo y en los datos de los tests o de los inventarios del desarrollo, hemos de prestar mayor atención a los aspectos de interacción entre el niño y su medio ambiente, y examinar las conductas funcionales y las habilidades de solución de problemas que sirvan al niño para su adaptación a las situaciones reales de cada día. Se trata, en consecuencia, de prestar más importancia a los *aspectos cualitativos* de la evaluación, no poniendo tanto énfasis en lo que el niño hace (resultado), sino más bien en cómo lo hace (proceso): nivel de conexión con el medio físico y social, tipo de relación o interacción, interés hacia el medio, nivel de motivación, atención a los estímulos y a las actividades, nivel de actividad motora, capacidad de respuesta, manipulación y exploración de los materiales, respuestas de evitación, gustos y preferencias hacia actividades o materiales determinados, estilo de conducta (planificador, impulsivo, atento, disperso, constante, inhibido, activo, espontáneo, dependiente...).

También nos interesa, en esta línea, registrar algunos aspectos socio-cognitivos del niño, como contacto ocular, habilidades de comunicación, características del juego, capacidad de influir sobre el ambiente, habilidad de solución de problemas, etc. Es importante hacer observaciones del comportamiento del niño cuando está solo, acompañado de los padres, o en grupo (si es mayorcito).

Lo que importa realmente, por tanto, no es obtener una cifra determinada, sino conocer las habilidades y los puntos débiles del niño, sus características generales, con el fin de ajustar el programa de intervención a sus necesidades reales y a las de su familia.

No es raro que muchos niños con alguna problemática en su desarrollo no reaccionen a los estímulos y materiales de una prueba determinada. Hemos de reconocer que el material "obligatorio" de muchos tests es poco atractivo y les dice poco a muchos niños. Esto provoca una inhibición cuando no un rechazo a las actividades planteadas, lo cual no significa que el niño no posea la capacidad que se trata de elicitar. Pensemos que lo que las pruebas plantean son situaciones-estímulo a las que debe responder el niño. A veces habrá que recurrir a otros planteamientos menos estandarizados, más funcionales, que tengan un mayor significado para el niño y despierten su interés. Es decir, no nos fijemos tanto en la "ortodoxia" del test, y centrémonos

más en conocer, de verdad, cuáles son las posibilidades, las potencialidades, las características del niño que tenemos entre manos, aun a costa de pecar un poco de “heterodoxos”. La experiencia nos dice que, muchas veces, hemos de echar mano a una serie de situaciones-estímulo tomadas de diversas pruebas, y de la observación de las conductas espontáneas de los niños, con el fin de conocer sus capacidades y características.

En el proceso de la evaluación no sólo es importante recoger información sobre las conductas del niño en respuesta a unos estímulos determinados, sino que también hemos de registrar las conductas que van surgiendo de forma espontánea, que a veces no figuran en las hojas de respuesta de las escalas de desarrollo, pero que nos arrojan mucha luz sobre la situación del niño y de su familia.

Generalmente la evaluación tradicional suele llevarse a cabo en un contexto excesivamente artificial. No tiene ningún sentido mantener algunos usos y procedimientos que no se ajustan a la realidad que intentamos examinar. En consecuencia, podemos recurrir a algunas formas alternativas que nos aportan una información más rica y objetiva: observar el juego del niño con la madre, proponer situaciones naturales menos dirigidas con materiales familiares para el niño, introducir en la acción a algún hermano o a un niño, recoger información de los padres u otros miembros de la familia. Debemos reconocer que la situación diádica (niño-examinador) de la evaluación como la hacemos en la actualidad, no es el mejor modo de obtener información y, por tanto, no debemos desdeñar esas alternativas.

Por otra parte, a la hora de evaluar a un niño discapacitado, de alto riesgo, o con algún problema en su desarrollo, no podemos perder de vista que estamos utilizando los mismos instrumentos que para un niño no deficiente, y que estos instrumentos han sido baremados con niños cuyos sentidos están intactos y cuyo sistema nervioso no tiene alteraciones. Por lo tanto, cuando obtenemos un determinado nivel de desarrollo, hemos de ser prudentes y no establecer comparaciones exactas respecto al funcionamiento de un niño normal del mismo nivel evolutivo. Y, además, debemos tener muy presentes las *características peculiares* que, en no pocas ocasiones, presentan los niños con problemas de desarrollo.

Las pruebas más utilizadas en la actualidad con niños entre 0 y 6 años son:

- **Escala para la Evaluación de la Conducta del Recién Nacido de Brazelton.** No es una evaluación neurológica propiamente dicha, aunque las implicaciones neurológicas de una escala de este tipo hacen necesaria la inclusión de unos temas neurológicos básicos. El principal contenido de la evaluación es conductual: se trata de un intento de puntuar las respuestas válidas del niño a su medio y, de manera indirecta, su efecto sobre el medio. La nueva versión de la Escala consta de 18 ítems neurológicos y 37 conductuales.
- **Escalas Bayley de Desarrollo Infantil (BSID).** Consta de dos escalas, la *Mental* y la de *Psicomotricidad*, aplicables de 1 a 30 meses. La Escala Mental evalúa la agudeza sensorio-perceptiva, la discriminación y la capacidad de respuesta a estímulos, la adquisición temprana de permanencia del objeto y de la memoria, el aprendizaje y la capacidad de

resolución de problemas, las vocalizaciones al comienzo de la comunicación verbal, y la capacidad temprana para generalizar y clasificar. Los resultados se expresan en puntuaciones típicas o *Índices de Desarrollo Mental (IDM)*. La Escala de Psicomotricidad proporciona una medida del grado de control del cuerpo, la coordinación de los músculos grandes y las habilidades manipulativas de manos y dedos. Sus resultados se expresan en *Índices de Desarrollo Psicomotriz (IDP)*. Hay una edición más actualizada de estas Escalas, con algunas mejoras, que todavía no está comercializada en España.

- **Escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet-Lèzine.** Aplicable de 0 a 6 años, esta Escala evalúa cuatro áreas: *Control postural y motricidad; Coordinación óculo-motriz y adaptación a objetos; Lenguaje; Sociabilidad o relaciones sociales y personales*. Los resultados se expresan en Edad de Desarrollo Global y Cociente de Desarrollo Global; además se obtienen Edades de Desarrollo y Cocientes de Desarrollo por las distintas áreas.
- **Escala de Uzgiris y Hunt.** La Escala, que evalúa el desarrollo sensorio-motor, es aplicable desde 1 a 24 meses. Se divide en siete subescalas: Seguimiento visual y permanencia del objeto; Desarrollo de medios para alcanzar fines; Imitación vocal; Imitación gestual; Causalidad operacional; Relaciones espaciales; Desarrollo de esquemas de acción. La Escala original de Uzgiris y Hunt se complementa con un interesante trabajo de Carl Dunst, que introdujo una serie de ítems en cada una de las subescalas (los ítems experimentales) y la posibilidad de elaborar un perfil sensoriomotor.
- **Inventario de Desarrollo Battelle.** Aplicable de 0 a 8 años. Evalúa las habilidades fundamentales del desarrollo del niño en las áreas tradicionales, ofreciendo el nivel de desarrollo.
- **Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para niños.** Su edad de aplicación va desde los 2;6 años hasta los 8;6 años. Evalúa el nivel intelectual general y sus puntos fuertes y débiles en las variables aptitudinales más importantes: *verbal, perceptivo-manipulativa, numérica, memoria y psicomotricidad*. Se obtienen puntuaciones que se transforman en un *Índice General Cognitivo*, que se puede convertir en edad equivalente.
- **Escala Reynell para evaluar el desarrollo del lenguaje.** Aplicable desde 18 meses a 4;6 años, evalúa la capacidad de comprensión y expresión verbal, permitiendo determinar el nivel evolutivo del niño. Se puede utilizar también con niños deficientes auditivos.
- **Escala adaptativa de Wisconsin.** Se aplica desde 0 a 48-60 meses. Dispone de unas edades de referencia que permiten situar el nivel de desarrollo del niño en las siguientes áreas: *Juego y Socialización; Comida; Control de esfínteres; Vestido; Aseo* (lavado de manos y cara, dientes, baño, peinado); *Motora gruesa; Motora fina; Cognitiva; Lenguaje receptivo; Lenguaje expresivo*.
- **Batería Kaufman para niños (K-ABC).** Esta Batería de evaluación es un instrumento para medir la inteligencia y el logro en niños de 2;6 a 12;6 años de edad. Comprende cinco

escalas globales: *Escala de Procesamiento Secuencial*, *Escala de Procesamiento Simultáneo*; *Procesamiento Mental Compuesto* (una combinación de las escalas de procesamiento secuencial y simultáneo, proporcionando una estimación global del funcionamiento intelectual); *Escala de Logro*; y *Escala no Verbal*.

El mayor énfasis que se viene haciendo en la participación de la familia en los programas de AT, ha ocasionado que se empiece a prestar mayor atención a la evaluación de distintos aspectos del contexto familiar, y a la relación que hay entre el niño y su entorno (Krauss y Jacobs, 1.990). Pueden señalarse tres razones de la importancia de la evaluación familiar (Krauss, 2000): 1ª. Esta evaluación reconoce de forma explícita la necesidad de examinar el desarrollo del niño en su contexto más importante, que es la familia; 2ª. La evaluación familiar se basa en la creencia de que los padres pueden beneficiarse de la atención que se les presta a la hora de contar con ellos en el desarrollo y crianza de sus hijos; y, 3ª. La intensidad y la especificidad de los programas de AT necesitan adaptarse a las características y al funcionamiento de la familia.

El objetivo de esta evaluación familiar es identificar la forma en que puede proporcionarse la ayuda externa, que mejore las habilidades naturales o adquiridas de la familia para estimular el desarrollo y la crianza de su hijo con problemas de desarrollo o de alto riesgo (Krauss, 2000). Para llevar a cabo esta evaluación, contamos con algunos instrumentos, como los siguientes, que nos pueden ser de utilidad:

- *Inventario HOME para familias de niños pequeños y de edad preescolares*, de Caldwell y Bradley
- *Escala de funcionamiento familiar*, de Deal, Trivette y Dunst
- *Escalas para evaluar los estilos de interacción de los padres*, de Dunst
- *Parenting Stress Index*, de Abidin.
- *Cuestionario de recursos y estrés*, de Friedrich, Greenberg y Crnic
- *Escala de recursos familiares*, de Lest y Dunst
- *Escala para evaluar las oportunidades de juego padres-niño*, de Dunst
- *Índice de bienestar personal*, de Trivette y Dunst
- *Escala de apoyo familiar*, de Dunst, Jenkins y Trivette

¿Desarrollo igual o diferente?

En la intervención con niños que tienen dificultades en su desarrollo, el punto de partida en el diseño de los currículos viene dado por los modelos o descripciones del desarrollo del niño normal. Los estudios más recientes han mostrado que los niños con una deficiencia mental exhiben procesos similares en su adquisición de habilidades sensoriomotoras, al compararlos con los niños que no presentan problemas en su desarrollo (Dunst, 1990 y 1998). Aunque este punto de referencia parece, de antemano, razonable, no podemos olvidar que recientes investigaciones insisten en que el desarrollo de los niños con alguna discapacidad o situación de alto riesgo, no es simplemente igual al de los niños no deficientes, sino que presenta algunas diferencias cualitativas dignas de ser tenidas en cuenta.

A este respecto, hemos de aclarar que la población más estudiada es la de los niños con síndrome de Down, porque se trata de un grupo numeroso, y etiológicamente homogéneo. Los hallazgos del reciente trabajo de Wishart (2002) sugieren que el proceso de desarrollo de los niños con síndrome de Down (SD) es, fundamentalmente, diferente, tanto en su naturaleza como en su curso. La autora supone que, si esto es así, entonces deberán tenerse en cuenta, a la hora de diseñar y llevar a la práctica los programas de atención temprana y otras intervenciones educativas, las diferencias en el estilo de aprendizaje natural de los niños y en las vías por las que discurre su desarrollo.

A modo de ejemplo, y con una intención meramente ilustrativa, repasemos algunas de las características más comunes de los niños pequeños con SD, sin pretender, en ningún momento, que este listado tenga un carácter cerrado y obligatorio para todos los niños. Se recogen, más bien, los rasgos más señalados en la bibliografía, contrastados en la práctica (Dunst, 1990; Candel y Carranza, 1993; Wishart, 1997; Wishart, 2002):

- El desarrollo de la motricidad gruesa en los niños con SD está influido por varios factores: la hipotonía muscular, la laxitud de ligamentos, la reducción de la fuerza, y la cortedad de los brazos y las piernas. Además, como se sabe, hay niños con SD que presentan problemas clínicos, como la cardiopatía, que limitan o condicionan de forma notable su desarrollo y su estimulación. A pesar de la elevada frecuencia de alteraciones cardíacas entre los niños con SD, se sabe poco sobre cómo es el desarrollo de estos niños. Miller (1999) encontró que los niños con SD cardiopatas, que pasaban más tiempo en el hospital, mostraban una competencia escolar significativamente inferior que los niños con SD no cardiopatas, a los 5 años; los niños con SD cardiopatas tenían una ejecución más baja en algunas subescalas cognitivas, a los 3 y 5 años de edad.

En cualquier caso, no podemos perder de vista la presencia de notables diferencias individuales. En el siguiente cuadro se exponen los datos del desarrollo motor de niños con síndrome de Down (Póo y Gassió, 2000):

CONDUCTA	EDAD MEDIA DE ADQUISICIÓN (meses)	INTERVALO
Control cefálico en prono	2.7	1-9
Control cefálico en posición vertical	4.4	3-14
Volteos	8	4-13
Reacción de apoyo lateral	8.2	6-12
Sedestación sin apoyo	9.7	7-17
Bipedestación con apoyo	13.3	8-24
Rastreo	13.6	7-24
Gateo	17.7	9-36
Marcha autónoma	24.1	16-39

- La capacidad de respuesta y el interés a los estímulos ambientales de estos niños son, en general, inferiores a los exhibidos en niños no deficientes.



- Los niños con SD de 0 a 3 meses tardan más tiempo en fijar su mirada a estímulos visuales; sus respuestas de orientación a estímulos sonoros son lentas y están atrasadas; sus respuestas de habituación tardan más tiempo en aparecer; tienen un considerable retraso en el patrón de contacto ocular, lo cual implica deficiencias en algunos procesos cognitivos y en sus habilidades socio-comunicativas.
- Parece que los niños con SD no exhiben un déficit general de la atención, sino que, más bien, su organización de la atención más concentrada se limita a la situación social. Por tanto, si los niños con SD prefieren la interacción social a la manipulación de los objetos o, simplemente, están más interesados en el mayor nivel posible de actividad que es propio de los estímulos sociales, es probable que, si se les presenta el material de una forma más viva o animada, se concentrarán más que si el material se les presenta de una forma más pasiva. Ruskin y sus colaboradores (1994a, 1994b) dieron cuenta de dos estudios que son muy ilustrativos. En un primer trabajo sobre la motivación de logro, encontraron que los niños con síndrome de Down de 22 meses de edad cronológica parecen mostrar déficits en la implicación con la tarea, más que en la calidad de su juego. Según los autores, es posible que los patrones atípicos de implicación en la tarea y de placer en la causalidad, observados en estos niños, puedan dificultar su desarrollo cognitivo posterior. En un segundo trabajo, Ruskin y colaboradores encontraron que los niños con síndrome de Down no exhibían un déficit general de atención, sino que, más bien, su organización de la atención más concentrada se limitaba a la situación social.
- Los niños con SD suelen presentar un déficit en la capacidad de exploración manual con tendencia a la conducta impulsiva.
- Los resultados del trabajo de Linn y otros (2000) muestran que los niños con SD con una edad media de 54 meses, pasan más tiempo en conducta pasiva, y cambian del juego a la pasividad y al revés, más a menudo que los niños normales. No hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto al tiempo pasado en actividades sociales, pero los niños con SD manifestaban una mayor frecuencia de conducta social. Por otra parte, los niños con SD pasaban más tiempo en pasividad a medida que transcurría el tiempo de juego, mientras que en los normales pasaba al contrario.
- Tienen estrategias diferentes para asimilar e integrar la información. El hecho de que destaquen en codificación motora y decodificación visual, así como que tengan más dificultades en la memoria secuencial auditiva y en la velocidad de procesar esa información auditiva, aconseja un aprendizaje por imitación o modelado, resaltando los estímulos visuales.
- Suelen fracasar en la consolidación del conocimiento recientemente adquirido. Igualmente, tienden a un uso creciente de conductas de evitación cuando se enfrentan con retos nuevos o con aprendizajes por encima de su nivel. Presentan dificultades de adaptación a nuevas situaciones.
- Los niños con SD tienden a infrautilizar las habilidades adquiridas, con dificultades de

generalización y con un bajo nivel de espontaneidad. Hay una resistencia creciente a tomar la iniciativa en el aprendizaje.

- Suele haber dificultad para pasar de un estadio sensoriomotor a otro, en especial del estadio IV al estadio V.
- Retraso en las adquisiciones comunicativas y del lenguaje.
- Las adquisiciones socio-afectivas siguen patrones similares a los de los niños no deficientes, pero a un ritmo más lento y con una menor intensidad.
- Los niños con SD no suelen manifestar retrasos significativos en la adquisición de hábitos de autonomía personal.

Es cierto que no en todos los casos se conocen tan bien las características de los niños. En los últimos años está aumentando considerablemente la investigación sobre los perfiles evolutivos de los niños con distintos tipos de discapacidad, tratando de establecer las diferencias que presentan por diferentes grupos etiológicos (ver Burack, Hodapp y Zigler, 1998, por ejemplo).

Parece, pues, que los programas educativos deben armonizarse con las necesidades específicas del niño (Gibson, 1991). Para ello, son necesarias dos cosas: 1ª) saber la forma en que el desarrollo del niño es diferente; y, 2ª) adaptar el programa educativo a sus particularidades. No basta, por tanto, con plantear los objetivos de una forma secuenciada, en base al patrón del desarrollo evolutivo general, sin más. Hay que tener presentes las características del niño, cómo son sus comportamientos, y las características del medio familiar.

Aspectos cualitativos del programa de atención temprana

A la hora de elaborar el programa de AT, hay que tener presentes una serie de aspectos generales, de índole cualitativa, que tienen enorme importancia y que van a constituir el marco de referencia de la intervención a cualquier edad. Como el programa se va a llevar a cabo especialmente en el hogar, es conveniente que estas consideraciones sean asumidas por los padres desde el primer momento, ya que no podemos limitar el desarrollo del programa a una simple enumeración de objetivos y actividades muy concretos, teniendo como referencia los que aún no han sido logrados y los que son propios de un niño de su edad (cronológica o de desarrollo), sin más pretensiones que la consecución de una serie de habilidades que no tienen ninguna trascendencia ni proyección en el ambiente natural del niño, al ser trabajados muchas veces de una forma mecánica y artificial (Candel, 1993; AAVV, 2002). Veamos algunos de estos criterios:

- Hay que despertar el interés del niño por el medio que le rodea, procurando que se sienta interesado a interactuar con personas y objetos, influyendo sobre ellos. Hay que hablarle mirándolo a la cara y procurando que él mantenga su mirada; ofrecerle materiales y estímulos adecuados a la edad para que los observe, los manipule, los pro-

cese; hay que introducir novedades en esos materiales. Es aconsejable mantener al niño durante espacios de tiempo apropiados, en los lugares comunes de la casa, exponiéndole a los estímulos habituales del medio.

- Conviene aprovechar las rutinas diarias para estimular al niño, fomentar los lazos afectivos y jugar con él: alimentación, baño, cambio de pañal, vestido...
- Los padres deben respetar los *tiempos* del niño: se deben aprovechar los momentos de alerta y receptividad para interactuar, y no estar continuamente *estimándolo*.
- Hay que procurar que los padres implanten desde el principio un adecuado patrón de interacción con su hijo, a fin de favorecer sus respuestas socio-comunicativas: balbuceos, sonrisa, risa, contacto ocular, fijación de mirada, atención y observación...
- Es conveniente que los estímulos estén bien estructurados, de manera que no se someta al niño a un continuo bombardeo que sería contraproducente.
- El medio físico debe diseñarse de forma que favorezca las respuestas del niño: iluminación, sonido, espacios, tiempos, materiales, entorno seguro.
- Las actividades deben ser *funcionales*, es decir, deben servir para acciones cotidianas insertándose en ellas.

Contenido del programa de atención temprana: objetivos

Teniendo en cuenta las observaciones que acabamos de hacer, puede ser útil hacer una enumeración de los principales objetivos que puede contener el programa de atención temprana, en los primeros años de la vida del niño. Al fin y a la postre, cualquier profesional de la atención temprana, a la hora de diseñar un programa, necesita recurrir a determinadas habilidades que el niño debe ir adquiriendo. Los objetivos que aportamos a continuación corresponden a las cuatro áreas más tradicionales: motora, perceptivo-cognitiva, socio-comunicativa, y hábitos de autonomía. Han sido extraídos de varias fuentes (Vidal y Díaz, 1990; Candel, 1993; Sánchez Asín, 1997), y tienen una intención meramente orientadora. Es de sobra conocido que, a medida que se va adquiriendo experiencia, cada profesional va elaborando su propio currículo, con una mentalidad ecléctica.

Quede claro que estos objetivos, que respetan el desarrollo evolutivo del niño normal, no deben ser contemplados como algo universal, sino que su aplicación estará condicionada por las características del niño y su familia. Han sido agrupados en cuatro intervalos de tres meses cada uno, hasta el año de vida; y en dos intervalos de seis meses hasta los 2 años. Estos intervalos de referencia constituyen indicadores que deben tomarse en relación con los niveles de desarrollo del niño objeto del programa.

Intervención en el área motora

A continuación recogemos los principales objetivos para estimular habilidades de motricidad gruesa en niños hasta los 2 años. Las edades de referencia constituyen meros indicadores que deben tomarse en relación con el nivel de desarrollo del niño.

0 a 3 meses

Estimulación de reflejos

Favorecer los movimientos del cuerpo

Control cefálico en diferentes posiciones

Estimulación vestibular

Volteos 3 a 6 meses

Reforzamiento del control cefálico

Control del tronco

Apoyo en antebrazos en prono

Iniciación a los desplazamientos en prono

Apoyo en manos

Volteos

Reacciones de equilibrio

Toma de peso en pies

Sedestación

6 a 9 meses

Posición de rodillas

Control del tronco

Sedestación con apoyo

Toma de peso en manos

Rastreo

Reacciones de equilibrio

Sedestación sin apoyos

Equilibrio en sedestación

Mantenimiento en cuatro apoyos

Marcha de rodillas

Cambios posturales

Gateo

Bipedestación

Estimulación vestibular

9 a 12 meses

Reforzar adquisiciones anteriores

Bipedestación con apoyo

Equilibrio en bipedestación

Reacciones de equilibrio: caídas

Marcha con ayuda

Bipedestación sin apoyo
Estimulación vestibular
Marcha independiente
12 a 18 meses
Cambios posturales: incorporarse sin apoyo
Perfeccionamiento de la marcha
Equilibrio y coordinación general
Subir y bajar escaleras
Estimulación vestibular
Marcha rápida
18 a 24 meses
Reforzar y perfeccionar adquisiciones
Control del movimiento. Saltos
Carrera
Patear objetos
Coordinación dinámica general

Es evidente que en el caso de niños con problemas motores serios, como en la parálisis cerebral, el fisioterapeuta juega un papel de especial importancia en la rehabilitación de estos trastornos. En la intervención del desarrollo motor de los niños con hipotonía muscular, como es el caso de los niños con SD, el objetivo de la fisioterapia no es acelerar la velocidad del desarrollo, sino, más bien, restringir al máximo el desarrollo de patrones de movimientos compensatorios, que los niños con SD son propensos a desarrollar. En efecto, estos niños tratan de compensar su hipotonía, su hiperlaxitud ligamentosa, su menor fuerza, y la pequeñez de sus extremidades, desarrollando patrones de movimientos compensatorios que pueden acabar en problemas ortopédicos y funcionales (Winders, 2002).

La implicación de los padres en el programa de intervención temprana, es una variable decisiva. A este respecto, Torres y Buceta (1998), que investigaron los efectos de la implicación de los padres en el desarrollo motor de niños con SD de 0 a 2 años que seguían un programa de AT, concluyen que la implicación activa de los padres tenía un claro efecto positivo sobre el desarrollo motor, evaluado con la escala de Brunet-Lèzine. Los efectos de la implicación paterna dependían del grado inicial del déficit del niño.

Intervención en el área perceptivo-cognitiva

Una meta prioritaria en nuestro programa de intervención es que el niño esté conectado con su entorno, mostrando una buena capacidad de respuesta, y pueda influir adecuadamente sobre él. No obstante, una intervención en este área nunca será algo aislado; esta relación del niño con su medio físico pasa por una interacción con su entorno social, ya que existe una interdependencia entre las distintas parcelas del desarrollo, y el niño es un todo global que recibe estímulos de cualquier tipo, y reacciona ante ellos.

Sabemos de las dificultades específicas que a veces manifiestan los niños con dificultades de desarrollo en su relación con el medio físico, por lo que su conocimiento nos va a resultar muy útil a la hora de elaborar el programa de AT. Este área se revela como muy importante, toda vez que el aprendizaje en los primeros años es, eminentemente, sensoriomotor, y, por ello, es fundamental procurar que el niño, ante todo, manifieste interés por el medio que le rodea y que interactúe adecuadamente con él. Y también, que tenga adecuados niveles de manipulación y exploración de los materiales a su alcance; que sea capaz de ir resolviendo los pequeños problemas que se le van planteando en sus rutinas diarias, elaborando las estrategias apropiadas; que pueda influir sobre el ambiente, provocando oportunidades de relación que van a tener una notable influencia en su desarrollo socio-afectivo.

Los objetivos en este área son los siguientes:

0 a 3 meses

Favorecer la exploración visual
Fijación de la mirada y contacto ocular
Orientación a estímulos visuales
Seguimiento visual
Estimulación auditiva
Respuestas de orientación a sonidos
Estimular respuestas de habituación
Reacción a estímulos aversivos
Estimulación táctil
Estimulación del olfato
Desarrollo de esquemas
Alternar la mirada
Experimentación de las consecuencias de sus propias acciones
Estimulación vestibular
Advertir la desaparición de personas u objetos de su campo visual
Estimulación del reflejo de prensión
Conciencia de su propio cuerpo: manos
Estimular la apertura de las manos

3 a 6 meses

Estimular la discriminación de diferencias
Mirar activamente alrededor
Alternar la mirada ante varios objetivos
Seguimiento de objetos que se desplazan rápidamente
Localización de sonidos
Prensión voluntaria
Desarrollo de esquemas
Permanencia del objeto
Reconocimiento y exploración de su cuerpo y de su propia imagen
Comprensión de la relación de sus propias conductas sobre los objetos
Repetición de acciones lúdicas interesantes para el niño
Imitación de gestos y acciones sencillas

6 a 9 meses

Seguimiento y búsqueda de objetos que se desplazan rápidamente
Manipulación y exploración de los objetos
Estimulación del uso de medios para alcanzar un objetivo
Permanencia del objeto
Discriminación visual y auditiva
Relaciones espaciales
Estimular la anticipación de conductas en el juego
Perfeccionamiento de la prensión
Desarrollo de esquemas
Estimular las acciones del niño sobre los objetos
Estimular la conciencia del propio cuerpo
Imitación

9 a 12 meses

Relaciones causa-efecto
Desarrollo de esquemas
Relaciones espaciales del objeto
Uso de medios para alcanzar un objetivo
Combinación de objetos
Reconocimiento de objetos y personas familiares
Permanencia del objeto
Imitación
Discriminación de objetos familiares
Reconocimiento de sí mismo
Perfeccionamiento de la prensión: pinza
Juegos de agua

12 a 18 meses

Mejorar la atención y la exploración
Permanencia del objeto
Estimular el control ambiental
Estimular conceptos de tiempo
Exploración del ambiente externo
Relación causa-efecto
Relación tamaño y espacio
Uso de medios
Discriminación auditiva
Coordinación óculo-manual
Rotación de la muñeca
Relaciones espaciales
Reforzar la combinación de objetos
Garabateo
Concepto de sí mismo
Perfeccionamiento de la prensión

Esquemas de acción: juego simbólico
Imitación
18 a 24 meses
Uso de medios
Causalidad operacional
Garabateo: imitación de trazos
Coordinación óculo-manual
Estimular la habilidad de solución de problemas
Permanencia del objeto
Agrupar objetos
Iniciación a algunos conceptos
Estimulación táctil
Discriminación de sonidos
Estimulación olfativa y gustativa
Imitación
Relaciones espaciales
Esquemas de acción

Intervención en el área socio-comunicativa

El área del lenguaje, especialmente en su faceta expresiva, es una de las principales dificultades de los niños con discapacidad, ya desde sus primeros años. Pero en el programa de AT debemos prestar también especial atención a las habilidades comunicativas, que deben aparecer en los niños desde sus primeros días de vida. Si en el apartado anterior, hablábamos de la relación del niño con su medio físico, ahora nos hemos de referir a la relación del niño con su medio social.

En un programa de AT tiene una importancia decisiva la estimulación de las habilidades de comunicación del niño, y, por tanto, la implantación de una buena relación socio-afectiva entre los padres y su hijo. Merece la pena que nos detengamos un poco a analizar esta cuestión, ya que en la actualidad es uno de los aspectos que está mereciendo mayor atención y sobre el que se ocupan muchos investigadores.

En su relación con su hijo, los padres adoptan distintos estilos, que tienen que ver con su propia forma de ser, con las circunstancias familiares, y con las características del niño. Esos estilos cubren una amplia gama, que va desde el pasivo al coercitivo. Podemos distinguir seis estilos predominantes de los padres en su relación con su hijo (Dunst, 1986):

PASIVO: El cuidador raramente responde a la conducta del niño.

ASEQUIBLE: El cuidador responde de forma verbal o no verbal a la conducta del niño.

IMPLICADO: El cuidador anima al niño a interactuar con personas u objetos.



ELABORADOR: El cuidador ofrece oportunidades para la diferenciación de la conducta.

IMPOSITIVO: El cuidador provoca la atención / Interrumpe la conducta espontánea del niño.

COERCITIVO: El cuidador dirige y controla la conducta del niño.

Es bien sabido que las interacciones entre los padres y su hijo con SD u otros problemas de desarrollo, se ven muchas veces alteradas por las reacciones emocionales perturbadoras de los padres, que pueden disminuir su capacidad de reacción ante las manifestaciones del niño, inhibir su comportamiento interactivo en casos de depresión o de rechazo, o bien distorsionarlo cuando existen altos niveles de ansiedad (Fuertes y Palmero, 1995). A su vez, los niños suelen presentar dificultades para que se interpreten sus señales comunicativas: contacto ocular disminuido, menor capacidad de respuesta o mayor lentitud para responder a los estímulos, reacciones emocionales menos intensas, temperamento difícil en algunos casos (Candel, Carranza y Pérez, 1996; Spiker, Boyce y Boyce, 2000). En consecuencia, a la hora de estudiar las interacciones entre los padres y sus hijos con SD, se ha descrito a las madres de estos niños como más directivas y con roles más dominantes, percibiendo su papel, primariamente, como una ayuda a sus hijos para ejecutar todo su potencial durante la interacción (Mahoney, Fors y Wood, 1990; Mc Collum y Hemmeter, 1997).

Algunos programas de AT tienen como objetivo único o prioritario la implantación de un adecuado patrón de interacción. Unos, como el de Sandall (1.988) o el Programa de Intervención Transaccional (Mahoney y Powell, 1.988), hacen mayor hincapié en estrategias de instrucción, como la *toma de turnos* -que proporciona a los padres la base para comprender la interacción con sus hijos, mejorando el equilibrio interactivo, disminuyendo la frecuencia de órdenes y aumentando la frecuencia de las respuestas-, o como el *emparejamiento interactivo* -que ayuda a los padres a sintonizar su conducta para que ésta sea compatible con las características del niño-. Otros programas, como el de Clark y Seifer (1.983), tratan de entrenar a las madres para que ellas faciliten la conducta de sus hijos en actividades de la vida diaria, procurando que su estilo de interacción evolucione hacia unas categorías caracterizadas por la imitación, la elaboración y la extensión, eliminando, en la medida de lo posible, conductas coactivas y anuladoras.

Gràcia y del Río (2000) proponen unas pautas de intervención naturalista con las familias, que tienen lugar en el contexto natural del niño y que se basan en las estrategias que, de forma natural, utilizan los padres con sus hijos. Estas autoras sugieren una serie de actividades para la creación de rutinas interactivas, la adecuación del entorno y la mejora de las estrategias de interacción socio-comunicativa. Desde el inicio, es esencial que los niños se acostumbren a que cada día hay un momento de juego con el padre o la madre. Pero se trata de un juego no impuesto, ni de cambiar del todo la manera de jugar establecida en cada familia (Gràcia, 2003).

Varios programas sobre los patrones de interacción se han centrado en la mejora de la comunicación. Algunos han trabajado la interacción social recíproca, observándose beneficios en el sentido de que las madres se hacían menos directivas y con mayor capacidad de respuesta, y proporcionaban señales lingüísticas más claras a sus hijos; éstos, a su vez, mostraban frecuencias más altas de turnos vocales durante las interacciones (Tannock, Girolametto y Siegel,

1992; Dodd, McCormack y Woodyatt, 1994). Algunos autores subrayan la importancia de tener en cuenta los déficits comunicativos de los niños con SD para diseñar estrategias adecuadas: imitación contingente, capacidad de respuesta, seguimiento de la iniciativa del niño, uso de las rutinas sociales (Warren y otros, 1993).

Un objetivo prioritario es, pues, procurar que haya unas pautas de interacción adecuadas entre los padres y sus hijos. Me gustaría aclarar que es en esta parcela evolutiva donde se pone muy de manifiesto el papel y la importancia de los padres en la atención hacia sus hijos con dificultades en su desarrollo; no en balde, de la calidad de sus interacciones y de la estimulación social que sean capaces de ofrecer, va a depender la integración del niño en la familia, primero, y en la sociedad después. Si los padres dan la importancia que tiene al desarrollo afectivo y emocional de su hijo, y tratan de favorecerlo de una forma coherente, estarán poniendo unos sólidos cimientos para el desarrollo de una personalidad armónica y estable, con vistas a la integración plena de esa persona.

Conviene señalar, no obstante, que los padres no deben caer en el error de estar continuamente “estimulando” -más bien, “incordiando”- al niño, malinterpretando las indicaciones de los profesionales. Los niños muy pequeños, y en especial los que presentan problemas de desarrollo, tienen unos cortos períodos de alerta; son esos momentos los que deben aprovecharse para interactuar con ellos, respetando los demás estados y no tratando de enviar mensajes a todas horas. El consejo de “hablar más a su hijo” debe entenderse como *hable más al tiempo que ajusta el lenguaje para satisfacer el nivel de comprensión del lenguaje del niño, con el fin de facilitar el procesamiento del mensaje* (Miller y otros, 2000).

Como acertadamente señala Gràcia (2003), los niños aprenden a hablar durante todas las horas del día en las que se llevan a cabo diversas actividades en lugares diferentes, con varias personas y con objetivos particulares. Una de estas actividades es el juego: los niños pasan muchas horas del día jugando, y no únicamente en solitario, sino con los padres, hermanos, abuelos, parientes, vecinos, iguales...; determinados tipos de juegos favorecen especialmente el desarrollo de la comunicación y el lenguaje.

Los datos de que disponemos en la actualidad nos indican que la intervención en la interacción de los padres con sus hijos discapacitados resulta eficaz en una doble dirección. En lo que respecta a los cambios experimentados en los padres, éstos mejoraban en una serie de variables: aumento de la capacidad de respuesta; mayor expresividad afectiva; organización del medio físico; implantación de un estilo más elaborador, con un descenso en la duración y frecuencia de las conductas controladoras (estimulación, toma de turnos), respetando más las iniciativas del niño. También se encontraron algunas relaciones funcionales entre los cambios en las conductas de los padres y las de los niños: aumento de las vocalizaciones, del contacto ocular y de algunos indicadores del desarrollo (Mc Collum y Hemmeter, 1997).

El programa de AT, por tanto, debe contemplar una intervención en la interacción padres-hijo, con el fin de procurar instaurar estilos y patrones interactivos adecuados. Los objetivos de esta intervención son los siguientes: a) Procurar que los padres inicien actividades y juegos placenteros con su hijo, para que éste se sienta más motivado y reaccione más y mejor, y para que

aquéllos disfruten con su rol de padres; b) Desarrollar en los padres habilidades de observación para interpretar las señales de su hijo; y, c) Aumentar y mejorar la comunicación de la diada padres-hijo.

La intervención en este área también contempla el lenguaje comprensivo y expresivo. Desde los primeros días de vida, los tratamientos oral motores deben formar parte de la intervención. Los resultados del trabajo de Kumin y sus colaboradores (2001), sugieren que los niños pequeños con hipotonía muscular, entre ellos los niños con SD, que recibían de forma continuada un tratamiento oral motor, mejoraban su función motora para comer, beber y hablar.

A veces los programas se centran mucho en mejorar, sin más, las habilidades lingüísticas del niño con discapacidad, sin tener en cuenta el valor del ambiente en que se desenvuelve el niño. En efecto, conviene influir sobre el entorno, de manera que la estimulación sea más rica y adaptada a las características del niño. Iacono y otros (1998) estudiaron la eficacia de un programa de implementación de lenguaje para madres, cuyos hijos tenían entre 2;3 y 3;6 años. El análisis descriptivo de las conductas comunicativas de las madres indicó que, después del tratamiento, ellas tendían a dirigir más frases a sus hijos; utilizaban más modelos; usaban menos preguntas y frases directivas, y más estrategias, aunque limitadas, de enseñanza.

En este sentido, también se están revelando como muy eficaces las intervenciones que resaltan uno de los puntos fuertes de los niños con SD: el procesamiento de la información visual. Los programas de lenguaje-lectura, implantados desde los primeros meses, resultan un complemento muy válido dentro del programa de atención temprana (Navarro y Candel, 1992; Candel, 2002). Estos programas resultan igualmente beneficiosos para niños que presentan dificultades en el procesamiento de la información auditiva, y que tienen como punto fuerte su canal de comunicación visual-vocal.

En el cuadro siguiente recogemos algunos objetivos de intervención en el área socio-comunicativa durante los dos primeros años de vida:

0 a 3 meses
Estimulación verbal y táctil
Contacto ocular y fijación visual
Exposición a ambientes hogareños
Orientación a estímulos visuales y auditivos
Respuesta a estímulos aversivos
Estimular la sonrisa social
Establecimiento de pautas de interacción padres-hijo
Respuesta a estímulos aversivos
Socio-comunicación
3 a 6 meses
Reforzar el contacto ocular y la fijación de la mirada
Discriminaciones visuales de referencia
Reacciones ante el espejo
Imitación

Juegos y estímulos socio-emocionales
Juegos de interacción
Discriminación ambiental
Intercambios comunicativos
Adaptación social al medio
6 a 9 meses
Comprensión social del medio
Conductas de juego
Expresiones emocionales
Intercambios comunicativos. Imitación
Juegos de interacción
Adaptación social
9 a 12 meses
Miradas de referencia
Comprensión de situaciones familiares
Adaptación social y afectiva
Imitación
Juegos comunicativos y de interacción
Comprensión de la prohibición
Expresiones emocionales
Comprensión verbal
Expresión verbal: iniciación
12 a 18 meses
Socialización
Imitación gestual
Comunicación
Imitación vocal
Comprensión verbal
Expresión verbal
18 a 24 meses
Socio-comunicación
Imitación
Comprensión
Expresión verbal

Intervención para la adquisición de hábitos de autonomía personal

El principal objetivo a largo plazo de un programa de AT, es desarrollar la capacidad de autonomía e independencia personal del niño, lo que le va a permitir afrontar por sí mismo las diversas situaciones que se le vayan presentando a lo largo de su vida. La estimulación de las habilidades de autonomía personal debe abordarse desde los primeros meses o años de vida,

y constituye uno de los aspectos más espinosos, debido, por una parte, a la actitud superprotectora que suelen manifestar los padres y familiares del niño con dificultades en su desarrollo, y, por otra, a la tendencia a infravalorar las capacidades reales de estos niños.

La última revisión de la Asociación Americana para el estudio del retraso mental (AAVV, 2002) vuelve a hacer hincapié en la importancia de la conducta adaptativa, que es el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que han sido aprendidas por las personas para funcionar en sus vidas corrientes. Existe en la actualidad un acuerdo importante en cuanto a que la estructura de la conducta adaptativa consiste en los siguientes tres grupos de factores: a) Cognitiva, Comunicación y Habilidades académicas (*Habilidades conceptuales*); b) Habilidades de competencia social (*Habilidades sociales*); y, c) Habilidades de vida independiente (*Habilidades prácticas*). Éstos son ejemplos de habilidades conceptuales, sociales y prácticas:

Conceptuales

- Lenguaje (comprensivo y expresivo)
- Lectura y escritura
- Conceptos de dinero
- Auto-dirección

Sociales

- Interpersonal
- Responsabilidad
- Autoestima
- Simpleza (probabilidad de ser engañado o manipulado)
- Ingenuidad
- Sigue las reglas
- Obedece las leyes
- Evita la victimización

Prácticas

- Actividades de la vida diaria: comida, traslado/movilidad, aseo, vestido
- Actividades instrumentales de la vida diaria: preparación de la comida, gobierno de la casa, transporte, toma de la medicación, manejo del dinero, uso del teléfono
- Habilidades ocupacionales
- Mantiene los ambientes seguros

Ha quedado suficientemente demostrado que, incluso los niños deficientes más afectados, pueden aprender habilidades adaptativas básicas, ya que no existe una estrecha relación entre el desarrollo cognitivo y la autonomía personal. El aprendizaje por imitación y repetición, aunque no haya una interiorización de los contenidos, tiene una importancia decisiva en este capítulo. En este aspecto, la Escuela Infantil va a jugar en esta parcela una importancia decisiva.

A modo de orientación, ofrecemos en el siguiente cuadro algunas conductas-objetivo en las áreas de comida, control de esfínteres y vestido:

COMIDA

- Mueve las mandíbulas y/o la lengua al tocarle los labios o la lengua.
- Al ver el alimento, hay una conducta de anticipación, con un aumento o disminución de la actividad: abre la boca, se inclina hacia la cuchara...
- Toma alimentos semisólidos.
- Con el labio superior puede quitar comida de la cuchara.
- Mastica cuando tiene alimento entre los dientes o encías, moviendo la lengua hasta donde está colocado el alimento.
- Toma líquidos de un vaso usando el labio superior como ayuda para hacerlo.
- Se lleva a la boca galletas, rosquillas, pan y otros sólidos similares.
- Mordisquea sólidos blandos.
- Quita el alimento de la cuchara con un cierre completo de labios.
- Lleva el vaso a la boca (puede usar algún recurso adaptativo).
- Cuando sujeta el vaso bebe sin derramar líquido de la boca.
- Come con cuchara, aunque puede tener dificultad en mantener sobre ella el alimento.
- Pincha con un tenedor u otro objeto punzante.
- Mordisquea sólidos duros.
- Mastica, moviendo la lengua de lado a lado de la boca.
- Utiliza el cuchillo para extender o untar el pan.
- Come solo con cuchara derramando poco.
- Come con cuchara y tenedor, sin tirar apenas comida.
- Usa el cuchillo para presionar alimentos blandos.

CONTROL DE ESFÍNTERES

- Permanece seco durante dos horas.
- Tiene movimientos intestinales espontáneamente, a intervalos predecibles.
- Espontáneamente tiene un patrón de evacuación a intervalos predecibles.
- Indica mediante gestos, acciones o vocalizaciones que se ha hecho encima.
- Hace en el retrete o jarrito si se le mantiene durante unos minutos.
- Permanece seco si se le recuerda.
- Indica necesidad de ir al aseo mediante gestos, acciones o vocalizaciones.
- Permanece seco durante el día.
- Va al retrete sin que se le indique.
- Se limpia con papel.
- Permanece seco durante la noche.

VESTIDO

- Muestra conciencia de que se le está vistiendo: aumenta o disminuye el nivel de actividad.
- Ayuda en el vestido: estira o encoge brazos o piernas, levanta la cabeza...
- Tira de las prendas para quitárselas: calcetines, zapatos, ropa interior.
- Se quita algunas prendas: calcetines, pantalones...
- Se quita la camiseta, el jersey, la camisa desabotonada.
- Desabotona.
- Sube o baja una cremallera grande.
- Abotona.

Actividades y cuestiones prácticas

En la actualidad, los programas de AT siguen una orientación basada en los modelos ecológico y transaccional, de forma que se enfatiza la atención global al niño, a su familia y a su entorno de una forma natural, empleando actividades funcionales que se inserten en las rutinas diarias del niño y de su familia.

La adquisición del conocimiento y aprendizaje de habilidades debe darse en unas condiciones que sean auténticas, es decir el conocimiento o la habilidad es necesario o útil al ocuparse en tareas o problemas reales. Las situaciones auténticas para los niños deben incluir actividades que reflejen la realidad y las demandas de su vida diaria. Estas actividades permiten a los niños aprender y practicar habilidades que mejorarán su habilidad para adaptarse a los continuos requerimientos de su ambiente físico y social.

La naturaleza de las experiencias transaccionales que se dan entre los niños y su medio ambiente es fundamental para lo que ellos aprenden y cómo lo aprenden. Las experiencias o las actividades no sólo deben ser funcionales y reflejar la realidad de los niños, sino que también deben ser adecuadas desde el punto de vista evolutivo. Esto significa que las experiencias y las actividades deben estructurarse de forma que se presenten al niño con una moderada novedad. Los niños deben tener en su repertorio las conductas necesarias para participar significativamente en una actividad.

Hay que estimular, pues, habilidades funcionales y generadoras. Las primeras son aquellas que permiten al niño negociar con su medio físico y social de una forma independiente y satisfactoria, para ellos mismos y para otros, en su medio social. Hay que ayudar a los niños a adquirir habilidades generadoras: no basta con enseñar a los niños a responder a señales específicas bajo condiciones determinadas, sino más bien en desarrollar habilidades generalizadas en todas las áreas para permitir un funcionamiento independiente.

En el programa de atención temprana, podemos recurrir a tres tipos de actividades: rutinarias (que ocurren regularmente), planificadas (no suelen ocurrir normalmente si no son diseñadas), y actividades iniciadas por el niño. Estos tres tipos de actividades se combinan. La actividad en sí misma no es lo importante; lo fundamental es la oportunidad para practicar las habilidades.

Siempre que sea posible, la intervención debe hacerse en las actividades de la vida diaria del niño. El uso de actividades diarias y de juego ayuda mucho a los niños a desarrollar respuestas útiles y generalizables. De otro lado, las actividades rutinarias ofrecen oportunidades para incorporar a la intervención habilidades que proporcionan una utilidad inmediata para el niño, poniendo a su alcance un objeto o acción útil o deseado. La incorporación de actividades rutinarias al programa de AT asegura oportunidades frecuentes y prácticas para desarrollar habilidades. Parece que el aprender a expresar necesidades en condiciones naturales y relevantes, conduce a un aprendizaje eficaz y eficiente.

Las actividades iniciadas por el propio niño llamarán y mantendrán más su atención e

interés. Teniendo en cuenta la importancia fundamental que tienen los intereses y la motivación del niño, en lugar de actividades seleccionadas por los padres o el estimulador, se deben identificar los intereses del niño, y luego el adulto interactúa y juega con él a lo que éste ha seleccionado.

El uso de actividades planificadas debe hacerse como una extensión natural de lo que a los niños les gusta hacer, y no como una experiencia de entrenamiento separada o fragmentada, no ligada a sus necesidades y conocimientos diarios.

En resumen, hemos de procurar:

- Permitir al niño iniciar actividades, siempre que sea posible.
- Seguir la iniciativa del niño a menos que su conducta o actividad sea demasiado repetitiva, regresiva o se aparte de los objetivos propuestos.
- Introducir actividades planificadas que sean significativas para los niños.
- Controlar la implicación y el interés del niño en las actividades, y cambiar o introducir las adaptaciones pertinentes cuando la motivación decaiga.
- *Observar constantemente la conducta de los niños y presentar oportunidades para mejorar sus habilidades de solución de problemas.

El programa de atención temprana debe basarse en el contexto natural del niño, y, en consecuencia, hay que diseñar de forma coherente ese medio físico y social, de manera que sea rico en estímulos para favorecer el desarrollo del niño y el buen equilibrio de la familia. Lo más importante no es tanto la adquisición de habilidades por parte del niño, cuanto una buena integración socio-comunicativa y la aprehensión de estrategias de solución de problemas y de autonomía personal y social, con vistas a un funcionamiento independiente el día de mañana.

Carece de sentido dar a los padres, para hacer en casa, listas de objetivos y actividades que muchas veces son demasiado artificiales, que no suelen tener una proyección real o práctica en la realidad, y que resultan, a la larga, inútiles para los niños y, en no pocas ocasiones, frustrantes y agobiantes para los propios padres. Generalmente, se espera que los padres de los niños deficientes encuentren tiempo para “trabajar” con sus hijos de una forma diferente a la de los niños normales. Para algunas familias, la enseñanza en el hogar es algo ideal, pero para otras es fuente de ansiedad y estrés, sobre todo si tienen otros niños pequeños a los que atender.

Dentro del programa de atención temprana, un aspecto muy importante es el *diseño del ambiente físico del hogar*. Como el niño va a vivir en casa con su familia, hemos de procurar que ese contexto sea favorecedor para el desarrollo del niño. Podemos diseñar un programa de intervención fantástico, con sesiones en el centro impartidas por grandes profesionales, pero si descuidamos los aspectos familiares y los del hogar, todo eso puede quedar en papel mojado.

Se ha dicho que el ambiente en que se desenvuelve el niño debe ser sensorialmente rico y variado, fomentando su movilidad y su capacidad de exploración para evitar habituaciones que serían perjudiciales, tanto desde el punto de vista cognitivo como socio-comunicativo y adaptativo. Conviene aclarar que un ambiente rico en estímulos no significa, en absoluto, un

medio excesivamente estimulante que bombardea al niño ofreciéndole actividades y materiales de una forma artificial y machacona. La estimulación debe ser estructurada y racional, para permitir al niño filtrar y seleccionar los estímulos del exterior. De otro modo, los efectos serían contraproducentes ya que el niño llega a hastiarse de tanto mensaje, siendo incapaz de responder de forma adecuada.

Dentro del apartado del ambiente físico del hogar, hay que hacer una mención especial al capítulo de los *juegos, juguetes y materiales* que el niño tiene a su alcance. Estos deben ser variados y adecuados a las características evolutivas y a los gustos personales de cada niño. No hay que caer en la tentación de hacer del hogar un *segundo centro de estimulación*, comprando al niño los mismos materiales que se le presentan en las sesiones impartidas en el Centro. En los juegos espontáneos entre los padres y el niño es donde se pueden y se deben insertar, de forma natural, los objetivos y las actividades del plan de estimulación: hay juegos que favorecen la interacción socio-comunicativa; juegos encaminados a mejorar la permanencia del objeto; juegos para favorecer la estimulación vestibular; juegos que desarrollan la actividad simbólica, etc. Lo fundamental es que los padres se diviertan mientras juegan con su hijo, haciendo atractivas estas actividades y no convirtiendo la estimulación en algo rígido, mecánico y tedioso para unos y otros.

Con el fin de conocer mejor este ambiente físico, y poder así ayudar a adaptarlo adecuadamente para el niño y su familia, un programa de AT debe contemplar la posibilidad de hacer *visitas domiciliarias* que permitan cumplir ese cometido. Tal vez lo más correcto, si no hay circunstancias que aconsejen lo contrario, sería que el programa, al menos durante los primeros seis-doce meses de vida del niño, se basara, exclusivamente o de forma prioritaria, en el hogar.

Pese a la importancia que en la elaboración, diseño y ejecución del programa de AT tiene, a nuestro juicio, este apartado de las visitas domiciliarias, no parece que, a priori, sea bien comprendido por muchos, que pueden contemplarlo como una intromisión innecesaria en su hogar. En efecto, es posible que aparezcan ciertas reticencias o recelos al principio, sobre todo en algunas personas muy celosas de su intimidad. Pero no es menos cierto que la intención de un profesional que visita a la familia no es, ni por asomo, la de inspeccionar o inmiscuirse en las vidas de los demás; antes al contrario, se trata de ayudar a la familia a adaptar el ambiente en que se desenvuelve el niño de la mejor manera posible. Esto es algo que parece absolutamente lógico cuando se parte de la idea de la importancia que tienen los contextos en el desarrollo del niño y, por ende, de su adecuada disposición para favorecer su desarrollo. Si se piensa que lo único válido es lo que se hace en el Centro especializado, obviamente carece de sentido hacer estas visitas. Es curioso que cuando el niño empieza a asistir a una Escuela Infantil, nos apresuramos a implantar una buena coordinación con los educadores y concertamos rápidamente reuniones y visitas periódicas a la Escuela para establecer una buena relación que será beneficiosa para el niño. ¿Por qué no hacer lo mismo en el caso del hogar, donde el niño pasa la mayor parte de su vida?.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAVV (2002). Criterios de calidad estimular para la población infantil de 0 a 3 años. **Revista de Atención Temprana**, volumen V (1), 4-20.
- AAVV (2002). **Mental Retardation. Definition, Classification, and Systems of Supports**. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Barnard, K.E. y Kelly, J.F. (1990). Assessment of parent-child interaction. En S.J. Meisels y J.P. Shonkoff (eds.), **Handbook of Early Childhood Intervention** (pp. 278-302). New York: Cambridge University Press.
- Burack, J.A.; Hodapp, R.M. y Zigler, E. (eds.) (1998). **Handbook of Mental Retardation and Development**. New York: Cambridge University Press.
- Candel, I. (dr.) (1993). **Programa de atención temprana. Intervención en niños con síndrome de Down y otros problemas de desarrollo**. Madrid: CEPE.
- Candel, I. y Carranza, J.A. (1993). Características evolutivas de los niños con síndrome de Down en la infancia. En I. Candel (dr.). **Programa de atención temprana. Intervención en niños con síndrome de Down y otros problemas de desarrollo** (pp. 55-87). Madrid: CEPE.
- Candel, I.; Carranza, J.A. y Pérez, J. (1996). Socio-affective development in infants with Down syndrome. En J.A. Rondal, J. Perera, L. Nadel y A. Comblain (eds.), **Down's syndrome. Psychological, Pchycobiological and Socio-Educational Perspectives** (pp. 165-177). London: Whurr Publishers.
- Candel, I. (2002). **Resultados de la aplicación de un programa de lenguaje-lectura para niños con síndrome de Down**. Comunicación presentada al Congreso Nacional de Educación para personas con síndrome de Down. Córdoba, 7-9 de noviembre.
- Cicchetti, D. y Wagner, S. (1990). Alternative assessment strategies for the evaluation of infants and toddlers: An organizational perspective. En S.J. Meisels y J.P. Shonkoff (eds.), **Handbook of Early Childhood Intervention** (pp.246-277). New York: Cambridge University Press.
- Clark, G.N. y Seifer, R. (1983). Facilitating mother-infant communication: A treatment model for high-risk and developmentally-delayed infants. **Infant Mental Health Journal**, 4 (2), 67-82.
- Dodd, B.; McCormack, P. y Woodyatt, G. (1994). Evaluation of an intervention program: Relation between children's phonology and parents' communicative behavior. **American Journal on Mental Retardation**, 98, 632-645.
- Dunst, C.J. (1986). **Caregiver styles of interaction scales**. Morganton: Western Carolina Center.
- Dunst, C.J. (1990). Sensorimotor development of infants with Down syndrome. En D. Cicchetti y M. Beeghley (eds.), **Down Syndrome. The Developmental Perspective** (pp. 180-230). New York: Cambridge University Press.
- Dunst, C.J. (1998). Sensorimotor development and developmental disabilities. En J.A. Burack, R.M. Hodapp y E. Zigler (eds.), **Handbook of Mental Retardation and Development** (pp. 135-182). New York: Cambridge University Press.
- Fuertes, J. y Palmero, P. (1995). Intervención temprana. En M.A. Verdugo (dir.), **Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras** (pp. 925-970). Madrid: Siglo XXI.
- Gibson, D. (1991). Down syndrome and cognitive enhancement: not like the others. En K. Marfo (ed.), **Early Intervention in Transition** (pp. 61-90). New York: Praeger.
- Gràcia, M. (2003). **Comunicación y lenguaje en primeras edades. Intervención con familias**. Lérida: Milenio.

- Gràcia, M. y del Río, M.J. (2000). Intervención naturalista en la comunicación y el lenguaje para familias de niños pequeños con síndrome de Down. **Revista síndrome de Down**, 64, 17 (1), 2-14.
- Iacono, T.; Chan, J. y Waring, R. (1998). Efficacy of a parent implemented early language intervention based on collaborative consultation. **International Journal of Language and Communication Disorders**, 33 (3), 281-303.
- Krauss, M.W. (2000). Family assessment within early intervention programs. En J.P. Shonkoff y S.J. Meisels (eds.), **Handbook of Early Childhood Intervention** (pp. 290-308). New York: Cambridge University Press.
- Krauss, M. y Jacobs, F. (1990). Family assessment: Purposes and techniques. En S.J. Meisels y J.P. Shonkoff (eds.), **Handbook of Early Childhood Intervention** (pp. 303-325). New York: Cambridge University Press.
- Kumin, L.; Von-Hagel, K. Y Bahr, D. (2001). An effective oral motor intervention protocol for infants and toddlers with muscle tone. **Infant Toddler Intervention**, 11 (3-4), 181-200.
- Linn, M.; Goodman, J. y Lender, W. (2000). Played out? Passive behavior by children with Down syndrome during unstructured play. **Journal of Early Intervention**, 23 (4), 264-278.
- Mahoney, G. y Powell, A. (1988). Modifying parent-child interaction: enhancing the development of handicapped children. **The Journal of Special Education**, 22 (1), 82-96.
- Mahoney, G.; Fors, S. y Wood, S. (1990). Maternal directive behavior revisited. **American Journal on Mental Retardation**, 94 (4), 398-406.
- Mc Collum, J.A. Hemmeter, M.L.. (1.997). Parent-child interaction intervention with children have disabilities. En M.J. Guralnick (ed.), **The Effectiveness of Early Intervention** (pp. 549-576). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Mc Cune, L. y otros (1990). An interdisciplinary model of infant assessment. En S.J. Meisels y J.P. Shonkoff (eds.), **Handbook of Early Childhood Intervention** (pp. 219-245). New York: Cambridge University Press.
- Meisels, S.J. y Atkins-Burnett, S. (2000). The elements of early childhood assessment. En J.P. Shonkoff y S.J. Meisels (eds.), **Handbook of Early Childhood Intervention** (pp. 231-257). New York: Cambridge University Press.
- Meisels, S.J. y Shonkoff, J.P. (2000). Early Childhood Intervention: A continuing evolution. En J.P. Shonkoff y S.J. Meisels (eds.), **Handbook of Early Childhood Intervention** (pp. 3-31). New York: Cambridge University Press.
- Miller, E. (1999). A longitudinal investigation of the effects of congenital heart disease on the development of young children with Down syndrome. **Dissertation Abstracts International. Section B. The Sciences and Engineering**, 59 (8-B), 4511.
- Miller, J.F.; Leddy, M. y Leavitt, L.A. (2000). Mejorar la comunicación de personas con síndrome de Down. **Revista Síndrome de Down**, 17, 102-108.
- Navarro, F. y Candel, I. (1.992). Un programa de lenguaje-lectura para niños con síndrome de Down. En I. Candel y A. Turpín (dres.), **Síndrome de Down. Integración escolar y laboral** (pp. 297-328). Murcia: ASSIDO.
- Póo, P. y Gassió, R. (2000). Desarrollo motor en niños con síndrome de Down. **Revista médica internacional sobre el síndrome de Down**, 4 (3), 34-40.
- Ruskin, E.M. y otros (1.994a). Object mastery motivation of children with Down syndrome. **American Journal on Mental Retardation**, 98 (4), 499-509.
- Ruskin, E.M. y otros (1.994b). Attention to people and toys during social and object mastery in

- children with Down syndrome. **American Journal on Mental Retardation**, 99 (1), 103-111.
- Sánchez Asín, A. (1997). **Atención temprana. Programa de 0 a 3 años**. Barcelona: Cedecs.
- Sandall, S.R. (1988). Parent-child interaction: learning to take turns. En V. Dmitriev y P.L. Oelwein (eds.), **Advances in Down syndrome** (pp. 261-269). Seattle: Special Child Publications.
- Spiker, D.; Boyce, G. y Boyce, L. (2002). Parent-child interactions when young children have disabilities. En L. Glidden (ed.), **International review of research in mental retardation**, Vol. 25 (pp. 35-70). San Diego: Academic Press.
- Tannock, R.; Girolametto, L. y Siegel, L.S. (1992). Language intervention with children who have developmental delays: Effects of an interactive approach. **American Journal on Mental Retardation**, 97, 145-160.
- Torres, M.C. y Buceta, M.J. (1998). Effect of parental intervention on motor development of Down syndrome infants between birth and age two years. **British Journal of Developmental Disabilities**, 44 (87, Pt 2), 94-101.
- Vidal, M. y Díaz, J. (1990). **Atención temprana. Guía práctica para la estimulación del niño de a 3 años**. Madrid: CEPE.
- Warren, S.F. y otros (1993). Facilitating prelinguistic communication skills with young children with developmental delay. **Journal of Speech and Hearing Research**, 36, 83-97.
- Winders, P.C. (2002). Objetivos y oportunidades de la fisioterapia para los niños con síndrome de Down. **Revista Síndrome de Down**, 19, 2-7.
- Wishart, J. (1.997). Aprendizaje en niños pequeños con síndrome de Down: tendencias evolutivas. En J.A. Rondal, J. Perera, L. Nadel y A. Comblain (dres.), **Síndrome de Down: Perspectivas psicológica, psicobiológica y socio-educacional** (pp.119-137). Madrid: IMSERSO.
- Wishart, J. (2002). Learning in young children with Down syndrome: Public perceptions, empirical evidence. En M. Cuskelly y otros (eds.), **Down syndrome across the life span** (pp. 18-27). London: Whurr Publishers.