



TANTAN
GRAM



JORNADAS
EDELVIVES
2013
Infantil + Primaria

TALLER *Desde la mirada a la escritura*

Isidoro Candel Gil. Psicólogo del Equipo de Atención Temprana Murcia-2. Consejería de Educación, Formación y Empleo. Región de Murcia.
Profesor asociado Facultad de Educación. Universidad de Murcia.

Educación Infantil y prevención

La prevención es uno de los rasgos más característicos de la Educación Infantil. Entendemos por prevención “la acción y efecto de prevenir”, es decir, “proveer, preparar con anticipación las cosas para determinado fin”, o bien “prever, conocer con anticipación un daño o peligro”. En efecto, es en los primeros años de la vida postnatal cuando la plasticidad alcanza su máximo apogeo, durante los periodos de proliferación sináptica y de extensa remodelación de axones y dendritas en crecimiento¹. Definimos la neuroplasticidad como la capacidad que tiene el sistema nervioso para responder y, sobre todo, para adaptarse a las modificaciones que sobrevienen en su entorno, sean cambios intrínsecos a su propio desarrollo, o cambios en el ambiente, incluidos los que tienen un carácter agresivo². Por eso, en esta etapa es especialmente importante llevar a cabo acciones que permitan crear entornos familiares, educativos y sociales que favorezcan el desarrollo del niño, minimizando los efectos adversos.

Tradicionalmente, y de una forma general, se han considerado tres niveles de prevención: la *prevención primaria* se refiere a las acciones que se llevan a cabo antes de que aparezca el problema, impidiendo la aparición de la alteración; por ejemplo, programas para prevenir el abuso del alcohol o las drogas en las mujeres gestantes; la *prevención secundaria* hace referencia a las acciones que reducen o anulan los efectos de los problemas ya existentes; por ejemplo, la implantación temprana de una dieta adecuada para personas con problemas metabólicos, como la fenilcetonuria o el jarabe de arce; y la *prevención terciaria* comprende las acciones que limitan las consecuencias adversas de un problema y mejoran el nivel de funcionamiento de una persona; por ejemplo, un programa de intervención temprana o un programa de habilitación física.

Desde una vertiente educativa, y en nuestro trabajo diario con niños pequeños, lo que estamos tratando de prevenir son las necesidades educativas de los niños; es decir, nos topamos con síntomas funcionales, y no con enzimas, genes o proteínas. Las cosas no son entonces tan simples porque no podemos establecer un paralelismo con la clasificación tradicional de la prevención, que tiene una base y un contenido más orgánicos. En consecuencia, el enfoque es muy diferente, porque la discapacidad o los problemas del desarrollo no son, en absoluto, entidades con una sola variable (la física), sino que describen un estado determinado de funcionamiento en un contexto particular de tiempo y lugar, que es el resultado de las interacciones ecológicas. Las publicaciones más recientes consideran la prevención de los problemas de desarrollo como una forma de apoyo, basándose en la naturaleza interactiva y ecológica de su concepto y de sus consecuencias³. Es decir, se pretenden conocer las interacciones entre el individuo y su medio ambiente, comprendiendo la influencia de los múltiples factores de riesgo implicados.

Los programas de atención temprana constituyen, tal vez, el exponente más claro de una modalidad funcional de prevención, al incidir de forma prioritaria en el ámbito familiar, proporcionando a los padres

¹ Vaillend, C.; Poirier, R. y Laroche, S. (2008). Genes, plasticity and mental retardation. *Behavioural Brain Research*, 192, 88-105.

² Flórez, J. (2005). La atención temprana en el síndrome de Down: bases neurobiológicas. *Revista Síndrome de Down*, 22 (4), 132-142.

³ Schalock, R.L. (dir.) (2010). *Intellectual Disability. Definition, Classification and Systems of Supports*. Washington: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.



información, apoyo y asesoramiento para facilitar a su hijo las condiciones adecuadas de crianza en un medio normalizador. En algunos casos, el programa de AT se implanta cuando el déficit ya está presente, y su objetivo es mitigar, en la medida de lo posible, los efectos negativos que pueda provocar la alteración (prevención secundaria y terciaria). Otras veces, una detección e intervención tempranas impiden la aparición de problemas funcionales en niños o familias de alto riesgo, o en niños aparentemente normales que, en un momento determinado, pueden ver seriamente comprometido su desarrollo evolutivo; o incluso podemos implantar programas de prevención en poblaciones de riesgo (prevención primaria)⁴.

Para poder llevar a cabo un adecuado programa de prevención de los problemas de desarrollo, el primer paso es la detección temprana de las alteraciones que pueden comprometer la evolución del niño o de la dinámica familiar. Cuanto antes se realice la detección, existirán mayores garantías de prevenir alteraciones añadidas, lograr mejorías funcionales y posibilitar un ajuste más adaptativo entre el niño y su entorno. La detección temprana de los trastornos en el desarrollo infantil constituye el paso imprescindible para el diagnóstico y la atención educativa o terapéutica. La detección temprana es fundamental para poder incidir, como ya hemos visto, 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.

Sin embargo, hay una serie de circunstancias que a menudo impiden o evitan la detección y el diagnóstico de los trastornos en el desarrollo, especialmente los psicopatológicos, del ámbito emocional y cognitivo, en los primeros años de la vida⁵:

- Las tendencias banales o contemporizadoras que dejan en manos del "ya se le pasará" la responsabilidad terapéutica ante problemas que bien merecen una atención y evaluación serias.
- Las tendencias reduccionistas, que llevan a interpretar incorrectamente numerosos comportamientos atípicos de los niños, al atribuirlos de forma exclusiva a deficiencias o inadecuaciones educativas de los padres o, por el contrario, a factores físicos o biológicos aislados.
- El temor o la resistencia a iniciar un proceso diagnóstico y terapéutico para evitar "etiquetar" de forma precoz, aun reconociendo la existencia de problemas.
- El desconocimiento u olvido de la existencia de problemas de relación o interacción precoces y la negación del sufrimiento psíquico del niño.

De todas formas, la detección se revela como algo difícil en los primeros años de la vida, por varias razones. En primer lugar, muchos niños no presentan rasgos dismórficos que nos permitan sospechar de la presencia de un problema en su desarrollo; en segundo lugar, algunas de las alteraciones dan la cara después de varios meses; por otra parte, los síntomas funcionales no siempre son bien descubiertos por los profesionales o por los padres, que en no pocas ocasiones se niegan a aceptarlos como problemáticos. Va pasando el tiempo y lo que, en un principio, parecía no tener importancia, se ha convertido en un asunto serio.

Los principales agentes de detección de problemas en el desarrollo son los profesionales sanitarios y los educativos. Los pediatras del hospital atienden a los niños desde el nacimiento y son testigos directos de situaciones de alto riesgo por una serie de circunstancias, que ahora veremos; a lo largo del seguimiento de su

⁴ Candel, I (2008). Atención Temprana. En *Atención a la Diversidad. Materiales para la formación del profesorado*. Murcia: Consejería de Educación, Formación y Empleo.

⁵ GAT (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Atención a Personas con Discapacidad.



desarrollo, los pediatras de zona pueden apreciar signos llamativos que les permitan sospechar de la presencia de alguna anomalía. En el caso de los profesionales educativos, los educadores de las Escuelas Infantiles y los profesores de Educación Infantil, se van a guiar fundamentalmente por la presencia o ausencia de determinados comportamientos, o bien por las dificultades que puede presentar un niño en un momento determinado.

Niños de alto riesgo

Podemos definir el criterio de alto riesgo, de acuerdo con Arizcun, como toda característica o circunstancia determinable de una persona o un grupo de personas que, según los conocimientos que se poseen, asocian a los interesados a una contingencia anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso. Esta valoración de riesgo se puede hacer tomando criterios o indicadores biológicos, asistenciales, socio-ambientales o familiares⁶.

Siguiendo la reciente clasificación de la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana-GAT, agrupamos los factores de riesgo en tres ejes: *factores biológicos de riesgo, factores familiares de riesgo, y factores ambientales de riesgo*⁷. Sin ánimo de ser exhaustivos, resumiremos algunas de las variables de riesgo más significativas:

EJE I. FACTORES BIOLÓGICOS DE RIESGO	
PRENATAL	Embarazos múltiples. Antecedentes familiares de trastornos auditivos, visuales, neurológicos o psiquiátricos de posible recurrencia. Administración de agentes ototóxicos. Administración de drogas que pueden afectar al feto en el embarazo. Cromosomopatías y síndromes dismórficos. Neurometabolopatías. Malformaciones del sistema nervioso central. Hidrocefalia congénita. Patología craneal.
PERINATAL	Partos múltiples. Recién nacido con peso inferior al percentil 10 para su edad gestacional. Recién nacido con peso inferior a 1.500 gramos. Edad gestacional inferior a 32 semanas. APGAR inferior a 3 al minuto o 7 a los cinco minutos. Asfixia severa. Convulsiones neonatales. Sepsis, meningitis o encefalitis neonatal.
POSNATAL	Infecciones postnatales del sistema nervioso central. Traumatismo craneoencefálico. Hidrocefalia adquirida. Daño cerebral observado por neuroimagen.

⁶ Arizcun, J. (1992). *Niños de alto riesgo biológico y socio-ambiental*. I Congreso Regional de Atención Temprana. La Manga (Murcia). Marzo.

⁷ Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana-GAT (2004). *Organización diagnóstica para la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.



EJE II. FACTORES FAMILIARES DE RIESGO

Padres muy jóvenes o muy mayores.
Padres con diagnóstico de enfermedad mental, trastornos sensoriales o deficiencia mental.
Padres drogodependientes.
Ambientes familiares gravemente alterados.
Familias excluidas socialmente.
Ruptura familiar y situaciones críticas.
Diagnóstico de probable/posible discapacidad física o psíquica, enfermedad grave o malformación somática.
Cambios continuos de cuidadores.
Hospitalizaciones prolongadas o frecuentes del niño.

EJE III. FACTORES AMBIENTALES DE RIESGO

Deficiencias en la vivienda, carencia de higiene y faltas de adaptación a las necesidades del niño en la vivienda habitual o local de cuidado.
Hospitalización prolongada.
Exposición frecuente a deficiente estimulación.
Entorno inseguro y con dificultades para el desarrollo del niño.
Condiciones de vida que facilitan el aislamiento social en el propio entorno familiar, y en relación a otros entornos sociales.
Adopciones internacionales.

Pese a esta clásica distinción entre riesgo biológico y riesgo socio-familiar-ambiental, hemos de reconocer que el concepto de riesgo de sufrir problemas evolutivos es más complejo a medida que se van conociendo nuevos datos. Así por ejemplo, algunos autores, en vez de hacer categorías aisladas, prefieren hablar de *múltiples factores de riesgo*: salud mental de la madre, nivel de ansiedad, nivel educativo de la familia, firmeza en el control, número de niños en la familia, estatus social, ausencia del padre, sucesos vitales estresantes. En un estudio de Sameroff y sus colaboradores⁸, ningún factor aislado de riesgo correlacionaba significativamente con el cociente de desarrollo de los niños, sino que había que recurrir a varios factores que predijeran las puntuaciones en cociente de desarrollo. Parece confirmado que ni los factores biológicos ni los ambientales, por sí solos, predicen bien el desarrollo evolutivo, sino que hay que recurrir a una combinación de los dos⁹. De hecho, no se sabe con certeza qué variables tienen mayor peso en la evolución de los niños de ambientes desfavorecidos. El criterio clave que normalmente se utiliza en esta categoría, la *pobreza*, se ha revelado como un marcador variable para otros aspectos negativos del ambiente del niño¹⁰.

De acuerdo con esta hipótesis de trabajo, se señala que hay que considerar otros niveles de riesgo además de los habituales. Los recientes cambios socio-demográficos han creado condiciones diferentes y más estresantes de las que había hace unos años para la crianza de un niño. Por ejemplo, ha habido un aumento considerable en el número de madres que trabajan fuera de casa, la movilidad familiar es mayor, hay un aumento en el número de familias desestructuradas, son muy preocupantes las situaciones de las madres solteras y de las madres adolescentes, o las de los hijos de inmigrantes, etc. Estas situaciones están provocando en la actualidad, por las consecuencias de la crisis económica, unas circunstancias bastante graves que están sumiendo a

⁸ Sameroff, A.J. y otros (1987). Intelligence quotient scores of 4-year-old children: Social-environmental risk factors. *Pediatrics*, 79 (3), 343-350.

⁹ Rojahn, J. y otros (1993). Biological and environmental risk for poor developmental outcome of young children. *American Journal on Mental Retardation*, 97 (6), 702-708.

¹⁰ Bryant, D. y Maxwell, K. (1997). The effectiveness of early intervention for disadvantaged children. En M.J. Guralnick (ed.), *The Effectiveness of Early Intervention* (pp. 23-46). Baltimore: Paul H. Brookes.



muchas familias en un abandono social y asistencial que dificulta enormemente la puesta en marcha de medidas para atajar los problemas de los niños y de las propias familias.

Por otra parte, hemos de reconocer que, cuando se habla de riesgo socio-ambiental, nos vienen a la mente los niños procedentes de ambientes desfavorecidos, que viven en condiciones muy negativas para un desarrollo normal. Sin embargo, las actuales condiciones de vida conllevan una serie de factores de riesgo en familias de clase media y alta. El excesivo tiempo que los padres pasan fuera de casa, y la consiguiente escasa dedicación que prestan a sus hijos, se está convirtiendo en una fuente de disturbios emocionales y comunicativos que sufren los más pequeños en forma de trastornos de comportamiento, muy frecuentes en nuestra casuística. Además, nos estamos encontrando con algunas variables de riesgo relativamente nuevas, como es el caso de los niños nacidos por fecundación artificial, o el de las adopciones internacionales: se ha comprobado que la hiperactividad es más frecuente en niños procedentes de los países del Este.

Dejando a un lado la influencia de los factores de riesgo y de la vulnerabilidad de los niños de alto riesgo, no debemos olvidarnos de la existencia de unos *mecanismos compensatorios o de auto-regulación* por parte de los padres. Así por ejemplo, se ha visto que las actitudes tempranas de la madre juegan un papel muy importante en el desarrollo de los niños de alto riesgo¹¹.

Indicadores del desarrollo

Para ayudar a detectar pronto las manifestaciones que pueden hacernos sospechar de la presencia de alguna dificultad evolutiva en niños pequeños, pueden ser muy útiles una serie de *indicadores evolutivos*, cuya ausencia o mal funcionamiento pueden significar una alerta de posible anomalía en el desarrollo. Estos indicadores, elaborados por los Equipos de Atención Temprana de la Región de Murcia, son utilizados por los pediatras de esta Región en las revisiones periódicas del Programa de Atención al Niño Sano, por los educadores de Escuelas Infantiles y por los profesores del segundo ciclo de Educación Infantil, para la detección de alteraciones y su posible derivación a Servicios de Atención Temprana.

Los indicadores se han agrupado en varias áreas, siguiendo la distinción clásica en Psicología Evolutiva: los ítems precedidos por **M** se refieren a los que tienen que ver con las habilidades de motricidad gruesa; los ítems señalados por **PC** corresponden al área perceptivo-cognitiva, es decir a la relación del niño con su medio físico (juguetes, materiales, objetos), y nos dan una idea de la evolución de sus habilidades sensoriomotoras hasta los 2 años y, más tarde, de sus funciones cognitivas preoperacionales. Los ítems marcados con **L** hacen referencia a la comunicación y el lenguaje; los señalados con **S** indican el desarrollo social. Finalmente, los ítems precedidos por **HA** corresponden al área de hábitos de autonomía personal. Los indicadores han sido tomados, con algunas modificaciones, de varias fuentes^{12, 13, 14, 15, 16, 17}.

¹¹ Greenberg, M.T. y Crnic, K.A. (1988). Longitudinal predictors of developmental status and social interaction in premature and full-term infants at age two. *Child Development*, 59, 554-570.

¹² Baron-Cohen, S.; Allen, J. y Gillberg, C. (1992). Can autism be detected at 18 month? The needle, the haystack and the CHAT. *British Journal of Psychology*, 161, 839-843.

¹³ Bayley, N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development* (second edition). San Antonio TX: The Psychological Corporation.

¹⁴ Caldwell, B.M. y Bradley, R.H. (1987). *HOME Inventory for families of infants and toddlers*. Center for Child Development and Education, University of Arkansas at Little Rock.

¹⁵ Reynell, J. (1977). *Manual of Reynell Developmental Language Scales*. Windsor: NFER.

¹⁶ Song, A.; Jones, S.; Lippert, J.; Metzgen, K. y otros (1980). *Wisconsin Behavior Rating Scale*. Madison, Wisconsin: Central Wisconsin Center for the Developmentally Disabled.

¹⁷ Uzgiris, I.C. y Hunt, J.McV. (1975). *Assessment in Infancy. Ordinal Scales of Psychological Development*. Urbana: University of Illinois Press.

6 meses:

- M- Presenta hipertonía en miembros e hipotonía de cuello y tronco.
- M- No presenta control cefálico.
- M- Presencia de reflejos primitivos.
- M- No inicia movimientos voluntarios de volteo.
- C- Ausencia de prensión voluntaria.
- C- Falta de interés por el entorno (objetos y personas).
- L- No emite vocalizaciones en respuesta al adulto.

12 meses:

- M- No soporta el peso de su cuerpo en bipedestación (cuando el adulto lo coloca en esta posición).
- M- No se mantiene sentado sin apoyo.
- C- Persiste en chupetejar objetos y no inicia otro tipo de exploración (golpear, lanzar, dar vueltas, mirar, sacar de recipientes, explorar con el dedo índice...).
- L- No pronuncia sílabas (sonidos vocálicos y consonánticos, no necesariamente con sentido referencial).

18 meses:

- M- No camina con ayuda (de la mano o apoyado en un mueble, pared...).
- M- No realiza cambios posturales: pasar de sentado a gateo, de pie a sentado, cambios de dirección en gateo...
- C- No utiliza de forma adecuada objetos o juguetes (peine al pelo, zapato al pie...).
- C- Presencia de conductas estereotipadas (girar objetos, balanceos, caminar de puntillas -si anda ya-...).
- L- No emite palabras, terminaciones de palabras u onomatopeyas con sentido referencial.
- L- No señala con el dedo índice.
- L- No conoce el nombre de objetos familiares.
- L- No ejecuta órdenes sencillas (negación, dame, ven...).
- S- No expresa o reconoce emociones.

24 meses:

- M- No camina solo.
- M- Torpeza en la motricidad fina.
- C- No realiza juego simbólico: dar de comer a la muñeca, peinarla, hacer carreras de coches, hacer como que los muñecos hablan...
- C- No señala algunas partes del cuerpo.
- L- Regresión del lenguaje.
- L- Presenta lenguaje ecolálico.
- L- No señala personas/objetos familiares cuando se le nombran.
- L- No ejecuta órdenes habituales.

3 años:

- M- Inestabilidad en la marcha autónoma (camina con torpeza, sin equilibrio, y se cae con frecuencia y se tropieza con objetos del entorno).
- C- No realiza juego simbólico: dar de comer a la muñeca, peinarla, hacer carreras de coches, hacer como que los muñecos hablan...
- C- Juego repetitivo y sin funcionalidad (hace filas, da vueltas a los objetos, chupa los juguetes...).
- C- Presenta algunas conductas estereotipadas: deambulación sin finalidad, aleteos, chasquidos, caminar de puntillas, balanceos...



TANTAN
GRAM



JORNADAS
EDELVIVES
2013
Infantil + Primaria

- L- No emite más de 5 palabras.
- L- No se le entiende cuando habla (lenguaje ininteligible).
- L- No comprende ni ejecuta órdenes habituales.
- S- No se acerca a otros niños para jugar o se aleja cuando se acercan otros niños (rechaza la interacción con iguales).
- S- No da muestras de afecto con sus padres (se alegra cuando lo recogen, pide ayuda o consuelo...).
- S- No realiza peticiones, ni verbal ni gestualmente.

4 años:

- M- Utiliza los aparatos de un parque infantil: se desliza por el tobogán...
- M- Corre con soltura. Da saltos desde una altura.
- M- Lanza la pelota a otra persona y la recoge.
- M- Se mantiene sobre un solo pie unos segundos.
- C- Clasifica objetos por su color, forma, tamaño. Agrupa imágenes iguales.
- C- Empieza a contar.
- L- Se entiende lo que habla.
- L- Dice frases de tres-cuatro palabras.
- L- Utiliza pronombres.
- S- Juega con otros niños.
- HA- Controla esfínteres.
- HA- Sabe comer solo.
- HA- Se pone prendas de vestir sencillas. Se desviste solo.
- HA- Se lava y seca solo las manos y la cara.

5 años:

- M- Se mantiene sobre un pie, empieza a dar saltitos.
- M- Su coordinación de piernas y brazos le permite disfrutar de los juegos de pelota.
- C- Se entretiene con actividades de dibujo, pintura, construcciones.
- C- Nombra los cuatro colores básicos.
- C- Puede leer por asociación palabras comunes (por ejemplo, "Coca Cola").
- L- Sabe los nombres de sus compañeros.
- L- Tiene un vocabulario amplio.
- L- Hace preguntas con intención.
- L- Sus respuestas son ajustadas a lo que se le pregunta.
- S- Juega en grupo y prefiere el juego asociativo.
- S- Acepta normas y reglas y coopera en tareas de grupo sencillas.
- HA- Va al baño solo.
- HA- Empieza a vestirse y bañarse con poca ayuda.

6 años

- M- Mayor coordinación y destreza en sus actividades motoras gruesas y finas.
- C- Selecciona y nombra objetos por diversas categorías conceptuales.
- C- Hace preguntas sobre las características de los objetos (preguntas que incluyen qué, cómo, cuándo, por qué, dónde).
- C- Sabe contar varios objetos.
- L- Sigue una conversación.
- S- Participa en juegos de grupo.
- S- Buena comprensión de las normas y de las instrucciones complejas.



- HA- Autonomía completa en el control de esfínteres y en la comida.
- HA- Se lava y se viste solo con poca supervisión.

Habida cuenta del elevado número de niños con problemas de la comunicación y de la relación social que son derivados a los Centros de Atención Temprana, nos parece oportuno recoger aquí un listado de *indicadores de alarma* de trastornos del espectro autista para niños hasta los 4 años¹⁸.

18 meses:

- No mantiene contacto ocular durante unos segundos.
- No se entretiene con los juguetes ni los explora adecuadamente.
- No responde cuando se le llama.
- No es capaz de repetir gestos o acciones.
- No hace expresiones para demostrar afecto.
- Tiene regresión en el lenguaje.
- Tiene conductas inadecuadas: anda de puntillas, no se interesa por nada, hace movimientos muy repetitivos...

24 meses:

- Tiene lenguaje ecológico.
- Prefiere relacionarse con mayores.
- No se relaciona con otros niños de su edad.
- No tiene juego simbólico.

3-4 años:

- Hay ausencia o retraso en el lenguaje, no compensado por otras formas de comunicación.
- Uso estereotipado o repetitivo del lenguaje.
- Se refiere a sí mismo en segunda o tercera persona.
- No muestra interés por juegos simples con otros.
- Prefiere actividades solitarias.
- Insiste en rutinas y/o presenta resistencia a cambios o novedades.
- Realiza juegos repetitivos con juguetes.
- Reacciona de forma exagerada a ciertos estímulos auditivos, visuales, olfativos, táctiles y del gusto.

Una de las cuestiones que más preocupa en la actualidad a los profesionales de la orientación educativa es la detección temprana y la prevención de dificultades de aprendizaje. Es ésta una cuestión sumamente compleja, ya que, aunque los primeros años son muy importantes en el desarrollo del niño, no podemos pensar que tienen un matiz irreversible y determinante en el futuro. Uno de los trastornos que en los últimos años está siendo objeto de mayor estudio y análisis, debido al notable aumento de su frecuencia, es el de la hiperactividad con déficit de atención, cuya prevalencia en la etapa escolar se estima en torno al 3-10%¹⁹. En efecto, estamos viendo cómo ha aumentado de manera impresionante el número de niños diagnosticados de TDAH, y eso puede llevarnos a pensar que tal vez haya muchos casos mal diagnosticados, o bien etiquetados de forma superficial. Se escucha con frecuencia que un niño hiperactivo es, más bien, un niño maleducado, a quien sus padres no han sido capaces de poner límites.

¹⁸ AAVV (2012). *Protocolo de coordinación de las actuaciones educativas y sanitarias para la detección e intervención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA)*. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social.

¹⁹ Cardo, E. y Servera, M. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de Neurología*, 46 (6), 365-372.



Pese a que los indicadores de desarrollo en este caso pueden ser algo equívocos y ambiguos, es conveniente iniciar lo más pronto posible una intervención, basada en orientaciones a los padres para el manejo del niño, y en algunas pautas de actuación con el propio niño, encaminadas a mejorar sus niveles de atención y su capacidad para controlar la conducta²⁰. Al encontrarnos con niños que ya a los 2-3 años están mostrando un alto nivel de actividad motora, un estilo impulsivo, dificultades para seguir las normas y las rutinas, problemas para mantener la atención en algunas tareas, una conducta dispersa y poco persistente, más que preocuparnos en emitir juicios diagnósticos, lo más adecuado es derivarlos al orientador para un estudio más profundo, y poner en marcha medidas para compensar o mejorar estas dificultades lo antes posible²¹.

Algunas consideraciones de interés

Conviene no perder de vista que en los primeros años de la vida, los cambios se producen a una enorme velocidad; la aparición de “fases de estancamiento” o de algunos problemas determinados, no son, a veces, más que simples *síntomas evolutivos* que, en muchos los casos, siguen un proceso positivo. Quiere esto decir que hemos de ser muy prudentes a la hora de emitir juicios sobre el estado o la situación del niño, ya que una bienintencionada precipitación por empezar cuanto antes puede provocar una alarma injustificada en los padres. No se trata de dejar pasar el tiempo impunemente hasta que las cosas se pongan mal; antes al contrario, hemos de asegurarnos de lo que sucede en realidad, para luego intervenir de manera fiable y segura.

La experiencia nos dice que es preferible estudiar y analizar detenidamente el caso (sin prisa pero sin pausa), llevando un seguimiento durante unas semanas, antes de dictaminar etiquetas erróneas porque en un momento determinado el niño presenta unos síntomas funcionales merecedores de un calificativo patológico, cuando, en realidad, todo puede ser producto, por ejemplo, de una dinámica familiar alterada; al ser ésta modificada, esos presuntos síntomas patológicos desaparecen como por encanto. Como señalan acertadamente Sameroff y Fiese²², el nivel de competencia del niño en sus primeros meses o años no se relaciona de forma lineal con su competencia en etapas posteriores de la vida. Con el fin de completar una ecuación predictiva del desarrollo posterior, hay que contar con los efectos del ambiente social y familiar del niño, que mejoran o impiden la continuidad del desarrollo positivo.

Generalmente, y aunque traten de disimularlo u ocultarlo, los padres de un niño con problemas perciben sus dificultades, pero siempre hay un componente de angustia ante esa situación, o bien unos temores más o menos justificados. En consecuencia, suelen ser muy exigentes a la hora de la información: quieren saber con exactitud lo que le pasa a su hijo, los motivos, el pronóstico. Pero no en todos los casos tenemos la respuesta cierta y fiable. Y no podemos caer en la tentación de entrar en el juego de las *ciencias exactas*, creando falsas expectativas (“no se preocupen, esto no tiene mayor importancia”), o anticipando valoraciones tajantes que les dejan paralizados (“el problema es grave porque su hijo presenta unos niveles de desarrollo bajos”; “su hijo es autista”).

²⁰ Ver por ejemplo: Orjales, I. (2012). Claves para prevenir el fracaso escolar en niños con TDAH. En A. Perote y R. Serrano (coordinadores), *TDAH: Origen y Desarrollo* (pp. 99-121). Madrid: Instituto Tomás Pascual.

²¹ AAVV (2012). *Protocolo de de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH. Revisión 2012*. Región de Murcia. Disponible en http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/236108-protocolo_2012.pdf

²² Sameroff, A.J. y Fiese, B.H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. En J.P. Shonkoff y S.J. Meisels (eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 135-159). New York: Cambridge University Press.



Una cuestión de especial relevancia es el *análisis cualitativo* de los síntomas funcionales, que nos van a permitir conocer el estado del niño y de su familia, y la elaboración de un programa de intervención ajustado a sus necesidades. No basta con limitarse a registrar lo que el niño hace o no hace, y basarnos en una determinada puntuación de una prueba de desarrollo, sino, sobre todo, se trata de valorar una serie de aspectos que tienen que ver con la motivación y el interés, el estilo de aprendizaje, las estrategias cognitivas, las reacciones hacia el medio, la calidad de la interacción, las respuestas socio-afectivas, el temperamento, las habilidades de comunicación, etc.

Igualmente, es importante conocer las características del entorno, que muchas veces nos pueden dar la clave del posible problema y su solución: la organización del ambiente físico, el estilo de interacción de los padres, el bienestar físico y emocional de los padres, la calidad de la estimulación del medio familiar o escolar...

La precipitación en un diagnóstico, con toda la buena intención del mundo, puede tener efectos muy negativos sobre los padres. No conviene dejarse llevar por una cierta deformación profesional con el pretexto de hacer una detección temprana; muchos niños presentan ciertos síntomas, pero eso puede no significar nada, o puede ser el preludio de una alteración más severa. Tiempo habrá de saberlo. No se trata de dormirse en los laureles, pero tampoco de soltar la liebre apresuradamente. Esta es la gran dificultad que tenemos en estas etapas de la vida: es difícil hacer conjeturas fiables y juicios de valor exactos por lo inestable del desarrollo²³. Un ejemplo: el pediatra de zona nos deriva un niño de 2 años y medio porque no habla. Puede tratarse de un simple retraso en el lenguaje expresivo y, por tanto, en principio el asunto no es muy preocupante porque los demás aspectos del desarrollo funcionan adecuadamente (comunicación, comprensión, cognición, socialización); se dan orientaciones a los padres para mejorar las condiciones del medio y estimular la expresión del niño, implantando un tratamiento específico si se considera necesario, y un seguimiento para controlar la evolución. Pero, por el contrario, podemos estar ante un posible trastorno del espectro autista, y entonces las cosas cambian; incluso en estos casos, hay que ser muy cautos y no poner etiquetas precipitadamente: conviene dar tiempo a los niños y a sus familias, aunque hay que tomar medidas rápidamente; en este caso, iniciar una intervención con el niño y con la familia.

A la vista de estas observaciones, podemos concluir, por un lado, que los niños presentan variaciones aceptables en su desarrollo: algunos tienen retrasos en sus primeros meses y después funcionan dentro de la normalidad. Más que algo fijo y lineal, parece que el desarrollo del niño es visto como "plástico" y "probabilístico", con fuertes tendencias a la autocorrección frente a las agresiones biológicas y ambientales. Y, por otra parte, que es difícil hacer predicciones antes de los 2 años, pues hay que tener en cuenta las influencias ambientales, las desviaciones del desarrollo, la poca fiabilidad de las pruebas de desarrollo infantil más frecuentemente utilizadas, y la influencia de los llamados *factores de protección* (como el apoyo social o la competencia), que equilibran la influencia de los factores de riesgo.

²³ Candel, I. (2004). Prevención desde el ámbito educativo: Patologías no evidentes. En J. Pérez-López y A. Brito (coordinadores), *Manual de Atención Temprana* (pp. 119-132). Madrid: Pirámide.