

LA ESTIMULACIÓN SENSORIOMOTRIZ DESDE EL MODELO INTEGRAL DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA

Pilar Castellanos Brazález, Francisco Alberto García-Sánchez
y Pilar Mendieta García

ASTRAPACE y Universidad de Murcia

Este trabajo presenta la delimitación conceptual y los objetivos de la Estimulación Sensoriomotriz dentro de un Programa Individualizado de Intervención y bajo el marco teórico-práctico de un Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana. Se especifican distintas modalidades de esta forma de tratamiento en Atención Temprana, su metodología y estrategias de intervención. A la vez se conceptualiza la figura del Terapeuta-tutor del niño y su papel dentro del Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana como coordinador de todas las intervenciones que reciba el niño y como referente cercano para la familia.

PALABRAS CLAVE: Modelo Integral de Intervención, Estimulación Sensoriomotriz, Atención Temprana.

In this work we present a conceptual delimitation of the Sensorimotor Stimulation aims in the Individualised Early Intervention Programme under the theoretical and practical framework of an Integral Model of Early Intervention. The different intervention modalities of this form of treatment in early intervention, its methodology and intervention tools or strategies are specified. Simultaneously the child's Therapist-tutor figure and his/her paper in the Integral Model of Early Intervention, as co-ordinator of all interventions that the child need and nearest referent for family, are conceptualised.

KEY WORDS: Integral Model of Intervention, Sensorimotor Stimulation, Early Intervention.

INTRODUCCIÓN

En diferentes trabajos previos hemos justificado y articulado un estilo de llevar a cabo la Atención Temprana (AT) que hemos denominado Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana (MIAT) (García Sánchez, Castellanos y Mendieta, 1998, García Sánchez y Mendieta, 1998, Mendieta y García Sánchez, 1998), cuya utilidad viene avalada, además de por los correspondientes apoyos teóricos, por años de práctica cotidiana (Castellanos, García Sánchez y Mendieta, 1998). Dicho modelo se define como integral, con una intervención global, neuro-cognitiva y ecológico-transaccional. En su formulación básica encontramos, además de los apoyos teóricos, los vectores que guían la intervención, las herramientas comunes de trabajo a utilizar por todos los profesionales implicados en la intervención y la estructuración y organización de servicios en un Centro de AT que siga este modelo integral de intervención; Centro al que, aceptando gustosos la terminología propuesta por el Libro Blanco de la AT (VV.AA., 2000) debemos empezar a denominar como Centro de Desarrollo Infantil y AT (CDIAT).

La formulación del MIAT plantea una intervención al menos interdisciplinar (no llevada a cabo por un equipo meramente multidisciplinar); caracterizada por ser inmediata, planificada, global, sistemática, dinámica y, por todo ello, integral (García Sánchez, Castellanos y Mendieta, 1998); la cual debería estar articulada en tres vertientes de actuación (prevención, detección e intervención), en cada una de las cuales estarían implicados distintos recursos sanitarios, educativos y sociales según un modelo de coordinación de servicios; y que iría dirigida al niño, a su familia y a la comunidad, elevando la AT a un plano verdaderamente universal, lo que se conseguiría especialmente a través de la prevención, y más concretamente de una prevención primaria que llegase a toda la población infantil (Mendieta y García Sánchez, 1998).

En cuanto a la intervención, propiamente dicha, ya sea esta sobre el niño con necesidades de AT y su familia, o sobre el niño sometido a situación de riesgo biológico o psico-socioambiental y su familia (prevención secundaria

ria), el MIIAT no sólo plantea sus tres vectores de intervención (global, neurocognitiva y ecológico-transaccional), sino además una serie de herramientas de trabajo para la consecución de sus objetivos. Entre estas herramientas desatacaríamos la estimulación sensoriomotriz (que normalmente se articula como eje vertebrador de todo el Programa Individualizado de Intervención en AT que sigue el niño y su familia), el juego espontáneo y/o dirigido (del que se aprovechara su utilidad diagnóstica además de su capacidad motivante), y por supuesto, la comprensión sistémica de la estructura y dinámica familiar (García Sánchez, Castellanos y Mendieta, 1998, Mendieta y García Sánchez, 1998).

Así pues, desde el punto de vista del MIIAT, el tratamiento de Estimulación Sensoriomotriz, el cual suele ser llevado a cabo por la figura del Terapeuta-tutor del niño, se entiende como el eje desde el que se coordina y articula prácticamente toda la intervención que se realiza desde el programa de AT sobre la unidad infantil (niño, familia y entorno ecológico), especialmente en los niños menores de dos años.

De acuerdo con estas premisas, el objetivo de este trabajo es desarrollar el concepto de Terapeuta-tutor desde la perspectiva de Terapeuta de Estimulación Sensoriomotriz, a la vez que delimitar esta forma de tratamiento en AT, sus distintas modalidades y la metodología y estrategias de intervención que en su puesta en práctica utilizaremos desde el marco teórico-práctico del MIIAT.

DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DEL TRATAMIENTO DE ESTIMULACIÓN SENSORIOMOTRIZ

Desde el MIIAT, el tratamiento de Estimulación sensoriomotriz, se lleva a cabo desde esa perspectiva global (buscando el evolución armónica de todas las áreas del desarrollo). Como ya indicamos en un trabajo previo (Mendieta y García Sánchez, 1998), el tratamiento de Estimulación Sensoriomotriz pretende la potenciación de la capacidad física y mental del niño con necesidades de AT (ya vengan dadas éstas por la existencia de una patología manifiesta o por la existencia de una situación de riesgo biológico y/o

psico-socioambiental), actuando para ello (y en ello radica buena parte de la concepción del modelo integral de intervención) sobre el niño, su familia y el entorno inmediato en el que se desenvuelve, trabajando siempre que sea posible en el propio ambiente natural del niño (desde una perspectiva ecológico-transaccional).

En este sentido, el objetivo general del tratamiento de Estimulación sensoriomotriz coincide con las definiciones más usuales o clásicas de AT. Constituye la verdadera modalidad de tratamiento global (normalmente los demás tratamientos específicos harán especial hincapié en algún aspecto concreto del desarrollo del niño), abarcando el trabajo simultáneo en áreas como motricidad, sociabilidad, estimulación multisensorial (vestibular, táctil, propioceptiva, olfativa, auditiva y visual), comunicación y relación con el entorno, hábitos de autonomía, habilidades manipulativas y, por supuesto, cognición. Como herramienta clave de intervención y evaluación de los progresos del niño, el terapeuta de AT utilizará el juego espontáneo y dirigido; una herramienta que, desde los postulados teóricos-prácticos de un MIIAT, será utilizada también en el resto de los tratamientos que reciba el niño. Junto a ese juego, las técnicas de modificación de conducta serán otra de las herramientas claves para el desarrollo del tratamiento de estimulación sensoriomotriz.

Por todo ello, desde un MIIAT consideramos:

1. Que la Estimulación Sensoriomotriz es el tratamiento base en un Programa Individualizado de Intervención en AT.

2. Que es un tratamiento que va dirigido, al menos en principio, a todos los niños que requieren de un Programa Individualizado de Intervención en AT.

3. Que es el primer tratamiento que se establece directamente sobre el niño al llegar la familia al CDIAT, aunque puedan ya haberse iniciado otras intervenciones previas al Programa Individualizado de Intervención en AT, desarrolladas desde el Departamento de Diagnóstico y Orientación y desde el Equipo de Apoyo Familiar del CDIAT (como la Atención Domiciliaria, en la cual ya puede establecerse un programa de Estimulación Sensoriomotriz).

4. Que el Terapeuta de Estimulación Sensoriomotriz debe entenderse como una figura de Terapeuta-tutor del niño, siendo el encargado de llevar a cabo este tratamiento de Estimulación Sensoriomotriz y de realizar una función de coordinación de las actuaciones de los distintos especialistas sobre el niño y su familia (tal y como ahora iremos especificando).

TERAPEUTA DE ESTIMULACIÓN SENSORIOMOTRIZ / TERAPEUTA-TUTOR: SU PAPEL DENTRO DEL MIIAT

El trabajo del Terapeuta de Estimulación Sensoriomotriz está vinculado al niño y a todos los aspectos que giran en torno al mismo en relación con su tratamiento. Es decir, la información generada y dada a la familia y la aportada por el resto de profesionales que atienden al niño, tanto en el Centro como en la Escuela Infantil (EI), o en cualquier otro ambiente en el que el niño se desarrolle habitualmente, será aglutinada y coordinada por este terapeuta (García Sánchez y Caballero, 1998, 1999). Es en este sentido en el que decimos que el Terapeuta de Estimulación Sensoriomotriz se convierte en el tutor del niño durante su programa de AT.

Como tutor del niño, el Terapeuta de Estimulación (o en todo caso el profesional de AT que asuma esa función) actúa como coordinador de todos los tratamientos que puede recibir el niño. Esa labor de *coordinación* es una de las responsabilidades que en el MIIAT otorgamos a la figura del Terapeuta-tutor, la cual se constituye también en el *referente más cercano para la familia* y en el encargado de la *detección de las necesidades* de el niño y la familia, en su evolución, vayan presentando.

En relación directa con el tratamiento, al igual que ocurre en el resto de los tratamientos posibles, será necesario que el niño y su familia superen un periodo de adaptación, tanto al Centro (como ambiente nuevo que es), como al propio terapeuta. Además, probablemente el niño esté acostumbrado a disponer en todo momento de la seguridad que representa su madre, por lo que es posible que presente reacciones intensas ante la separación de ella, aunque sólo sea al cogerlo en

brazos en presencia de la figura familiar con la que tenga establecida su vínculo afectivo. Probablemente, para el niño éstas sean las primeras experiencias de separación de ese elemento de seguridad. El Terapeuta-tutor deberá acompañar al niño y a su familia durante toda esta etapa. Ser especialmente sensible, abierto y receptivo a las necesidades que la familia pueda plantear, para dar la oportuna información o asesoramiento sobre los recursos que la familia demande, o meramente para resultar una figura accesible y capaz de escuchar las vivencias que la familia está experimentando en esa fase inicial de adaptación y que necesita compartir.

Este periodo de adaptación puede ser de mayor o menor duración según las características personales y temperamentales del niño y de su familia. Dentro de las primeras, habrá de tenerse en cuenta la edad. Factor que será determinante si, por ejemplo, iniciamos el tratamiento en un periodo evolutivo donde predomine la conocida etapa de reacción ante los extraños. Así mismo, el conjunto de dimensiones temperamentales del niño (por ejemplo, nivel de actividad, miedo, angustia ante las limitaciones, facilidad para tranquilizarse, etc.), pueden evaluarse a partir de la adaptación y utilización de instrumentos existentes en el mercado (Rohrbart, 1981, Goldsmith, 1987). Su conocimiento y comprensión pueden ayudarnos a mejorar y ganar efectividad en la planificación de nuestra intervención y en el acompañamiento de ese periodo de adaptación al que nos referimos.

En la labor cotidiana del Terapeuta-tutor, debemos considerar también otras tareas. Por ejemplo, en relación al resto de los profesionales del equipo, el Terapeuta-tutor será el encargado de consultar periódicamente sobre la evolución del niño a los distintos profesionales del CDIAT (fisioterapeuta, logopeda, psicomotricista, terapeuta ocupacional). Estas consultas periódicas serán solicitadas según la evolución y características del niño, llevándose a cabo con el fin de encontrar pautas de actuación sobre problemas concretos o tomar decisiones sobre el inicio o finalización de tratamientos dentro de alguno de los departamentos específicos si se considera necesario.

En el caso de niños que ya reciben

varios tratamientos específicos dentro del CDIAT, la labor del Terapeuta-tutor adquiere una nueva vertiente. Independientemente de que cada profesional facilite a la familia pautas concretas según su área a tratar, el Terapeuta-tutor canalizará la información acerca de todos los tratamientos específicos que inciden sobre el mismo niño. Todo ello con el fin de que en la elaboración del programa estén unificadas todas las actuaciones, para ofrecer a la familia la visión integral de nuestro modelo de intervención.

Valoración continua de las necesidades del niño por el Terapeuta-tutor

Sólo una vez superado el periodo de adaptación del que antes hablábamos y con el fin de iniciar el programa de Atención Temprana y el tratamiento de Estimulación Sensoriomotriz propiamente dicho, el Terapeuta-tutor realizará la *evaluación* sistematizada y continua de las capacidades del niño para una posterior *programación* de objetivos. Las razones de esa espera son obvias ya que, hacerlo antes, podría llevar a tergiversar los resultados (hasta ahora se habrá realizado una aproximación diagnóstica a las necesidades del niño). Dicha valoración no sólo se llevará a cabo con pruebas baremadas, sino también con la observación del juego espontáneo del niño. Esta observación del juego espontáneo, junto con un profundo conocimiento de la evolutiva del juego infantil y de sus características normales y patológicas en cada edad de desarrollo, nos puede proporcionar una información muy valiosa acerca de los recursos que posee el niño en distintos aspectos de su desarrollo: relación con los objetos, estructura del lenguaje, normas sociales, etc. No debemos olvidar que en la actividad lúdica, los niños manifiestan o *"representan"* un conocimiento en relación con los objetos y con el mundo social que no pueden verbalizar explícitamente o que no pueden demostrar dentro de una batería de pruebas estandarizadas. Si esta observación del juego espontáneo la consideramos valiosa en un niño que presenta un juego normalizado, en aquellos niños con problemas en el desarrollo resultará igualmente de gran utilidad.

Con frecuencia, encontramos muchas ocasiones en las que los resultados que obtenemos en una valoración psicométrica estandarizada no se ajustan al potencial real del niño. Por lo menos a aquel que se desprende de nuestra percepción subjetiva o impresión diagnóstica de ese niño, fruto de nuestro contacto con él en diferentes contextos y situaciones. Es posible que el niño resulte valorado bien por encima o bien por debajo de la capacidad que refleja en su trato diario. Ello puede deberse a que el niño ha estado sometido a unas condiciones de aprendizaje específicas, utilice estrategias de aprendizaje o comunicación diferentes a las del niño normalizado, o a que se ha producido una falta de respuesta inmediata por motivos físicos o psicológicos.

Concretando, podemos decir que la valoración por encima del potencial real del niño suele responder a dos posibles razones. Puede ser que las actividades a través de las cuales vamos a cuantificar el desarrollo del niño (aquellas propuestas por las pruebas estandarizadas) sean similares a las que se plantean como objetivos en el programa de tratamiento que el niño haya podido seguir, lo que hace que el niño haya sido sometido a un entrenamiento previo a los ítems. Otras veces, puede ocurrir que las estrategias de aprendizaje que utilice el niño con dificultad cognitiva, sean la repetición y el uso de modelos, lo que le hace puntuar bien en determinados ítems donde está implícita la repetición, más que el razonamiento y la comprensión verbal de la consigna, con el añadido de una importante dificultad para la generalización de aprendizajes. Precisamente estas últimas características hacen que ante una actividad desconocida no pueda demostrar su capacidad (pudiendo puntuar incluso por debajo de su nivel real).

En cuanto a la valoración por debajo, además de lo ya señalado, es más evidente y quizás más fácil de demostrar. Suele tener lugar en los casos de niños afectados por deficiencias sensoriales y/o motoras. La valoración cuantitativa del nivel psicoevolutivo en estos casos se lleva a cabo muchas veces con las mismas pruebas baremadas para la población general normalizada. Estas pruebas siempre están impregnadas de un importante com-

ponente motor, por ejemplo. Además, en algunas ocasiones, las pruebas específicas que puedan existir para cada patología pueden dar una información más limitada que la prueba general. Todo ello obliga a realizar adaptaciones de algunos o de la mayoría de los ítems, de tal forma que la limitación motora o sensorial no sea un impedimento o no imposibilite la realización correcta de la prueba, problema que no está subsanado en el caso de plurideficiencias.

En todos estos casos el desfase entre la valoración psicométrica obtenida y la percepción subjetiva que el conocimiento del niño nos da de su nivel evolutivo, puede ser evidente para el terapeuta experimentado. Y es aquí cuando la observación del juego espontáneo, buscando las estrategias necesarias, nos ofrecerá una información más real de la capacidad cognitiva del niño.

Siguiendo las recomendaciones realizadas por la Asociación Americana sobre el Retraso Mental (American Association on Mental Retardation, 1992) la valoración de las capacidades del niño (y de su familia), con miras a establecer unos objetivos de intervención, habrá de ser realizada en las distintas áreas de *habilidades adaptativas*: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad y habilidades académicas funcionales.

Al llevar a cabo la valoración de las capacidades del niño es necesario recordar que la pauta de solicitud o requerimiento de respuesta del niño ha de ser estratificada de mayor a menor complejidad (siempre teniendo en cuenta el nivel madurativo del niño, ya que no vamos a proponerle tareas que necesariamente le frustrarían al ser imposible que las realice o bien simplemente quedan muy lejos de sus posibilidades neuroevolutivas). De acuerdo con ello, una práctica habitual va a ser comenzar solicitando la conducta del niño a través de una orden verbal simple, sencilla y rotunda, seguida del correspondiente tiempo de espera. De no producirse la respuesta requerida, tras ese tiempo de espera, se daría un paso más (hacia un menor grado de dificultad para la comprensión de la solicitud realizada). Dicho paso más puede consistir en

repetir la misma orden verbal acompañada, ahora, de apoyo gestual y, por su puesto, una vez más del tiempo de espera correspondiente. Si de nuevo la respuesta no es conseguida, sería quizás el momento de plantearse una estrategia de moldeamiento de la respuesta, por ejemplo cogiendo físicamente la mano del niño y ayudándole a dar la respuesta.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO DE ESTIMULACIÓN SENSORIOMOTRIZ

Una vez valoradas las capacidades del niño (y de la familia) en las distintas áreas de *habilidades adaptativas*, antes mencionadas, podrán establecerse las necesidades de apoyos requeridos en los entornos apropiados para la consecución de los objetivos del programa de Atención Temprana e iniciarse el tratamiento propiamente dicho. El planteamiento concreto de los objetivos del programa de trabajo han de establecerse teniendo en cuenta diferentes condicionantes:

- Las necesidades detectadas en el niño.
- La edad cronológica y la edad evolutiva del niño.
- El diagnóstico funcional del niño y las posibilidades y limitaciones que implique.

Para lograr un enfoque multidimensional, a la hora de establecer los objetivos del programa de trabajo, nos centraremos en las cuatro *dimensiones* propuestas por la Asociación Americana sobre el Retraso Mental (American Association on Mental Retardation, 1992), las cuales consideran tanto al niño como a la familia y son:

1. Modo de aprendizaje del niño para la consecución de objetivos en las habilidades adaptativas que procedan según su edad.
2. Aspectos psicológicos y emocionales enfocados prácticamente en la familia.
3. Consideraciones del estado general físico y de salud del niño y estudio de la etiología de su posible discapacidad, y
4. Descripción del entorno habitual del niño y ambiente óptimo que pudiera facilitar su continuo desarrollo con la consiguiente identificación del tipo y de la intensidad de los apoyos necesarios para cada una de estas *dimensiones*.

También deberán tenerse en cuenta las expectativas de la familia. Estas también podrán ser incluidas en el programa de AT, aunque sólo sea para su abordaje desde el tratamiento de intervención familiar en caso de considerarse necesario. Por otro lado, no debemos olvidar nunca que desde el MIIAT entendemos que los objetivos de intervención sobre la familia pasan por potenciar en ella mecanismos efectivos de control y manejo de las fuentes de estrés a que se ven sometidos los padres y mecanismos de toma de decisiones y solución de problemas (sobre todo o especialmente en lo que respecta a la problemática específica de su hijo). Todo ello para fomentar en la familia una independencia del CDIAT y del Terapeuta-tutor, un control sobre la situación y los problemas y unas estrategias efectivas que luego le permitan seguir adelante cuando, por edad, el niño tenga que dejar el Programa Individualizado de Intervención en AT.

Dentro del tratamiento de Estimulación Sensoriomotriz, un elemento siempre importante será la propia valoración de la evolución del niño. Periódicamente se realizará un informe que se remitirá a otros profesionales, ajenos al Centro de AT, que también atienden al niño (pediatra, neurólogo, educadores y/o técnicos de Escuela Infantil o Centro Escolar, según el caso). La finalidad de estos informes es ofrecer o solicitar información complementaria sobre la evolución del niño.

MODALIDADES DE TRATAMIENTO DENTRO DE LA ESTIMULACIÓN SENSORIOMOTRIZ

La Estimulación Sensoriomotriz como tratamiento puede llevarse a cabo en distintas situaciones o ambientes. Dentro del marco teórico del MIIAT, denominamos "*modalidades de tratamiento*" a las situaciones en las que se lleva a cabo la intervención y por las que puede ir pasando el niño según su edad, manifestaciones de su patología y condiciones familiares. Las más experimentadas serían la Atención Domiciliaria, la modalidad de Tratamiento Ambulatorio, la de escolarización del niño en El y la de asistencia a Aula Específica.

La *Atención Domiciliaria* está dirigida fundamentalmente a niños de corta

edad (hasta los 7-8 meses), pero también será recomendada en casos de afectaciones muy graves con estados de irritabilidad neurológica o dependencia de aparatos clínicos, independientemente de su edad. En la modalidad de *Atención Domiciliaria* la intervención fundamentalmente va dirigida a la familia. El Terapeuta de Estimulación Sensoriomotriz atiende al niño, individualmente, en el ambiente familiar. Con ello, además de cubrir el objetivo de ayudar al niño en su proceso madurativo, realizará una importante tarea sirviendo como modelo de actuación para la familia.

Desde el punto de vista exclusivo de la Estimulación Sensoriomotriz que ahora nos interesa, la *Atención Domiciliaria* se justifica por varias razones, a las que obviamente se unen otras, sobre todo desde el punto de vista de la intervención familiar:

1. La corta edad del niño, la cual suele implicar que aún no tenga instaurado un ritmo circadiano claro de sueño-vigilia. El tratamiento de Estimulación Sensoriomotriz no debe ser motivo para alterar el proceso natural de adquisición de dicho ritmo, lo cual puede ocurrir al imponer un horario fijo en el CDIAT que no siempre va a poder adaptarse a las necesidades del niño y de su familia. Es por ello que el terapeuta se adaptará al propio ritmo del bebe, realizando visitas domiciliarias en diferentes horas, pudiendo así acompañar a la familia en todas las actividades de la vida diaria (aseo, alimentación, vestido, juego). Todo ello forma parte del trabajo del Terapeuta-tutor ya que ayuda a la familia a integrar los objetivos del programa de AT en las tareas cotidianas.

2. Ayudar a la familia a hacer progresivo su proceso de incorporación a un Centro de tratamiento de AT. Con este fin se pueden programar, estratégicamente, visitas esporádicas al propio CDIAT, con objetivos que pueden o no estar relacionados con el programa de tratamiento (valoraciones específicas, reuniones, cuestiones administrativas).

3. La existencia de un estado fisiológico en el niño, en donde su desplazamiento al CDIAT se considere contraindicado, bien por la sobreestimulación que pudiera suponer (los estímulos podrían desencadenar procesos convulsivos) o bien por existir una depen-

dencia de aparatos clínicos difícilmente manejables.

Pasado el periodo de *Atención Domiciliaria*, continuaremos el tratamiento de Estimulación Sensoriomotriz con la asistencia de la familia al centro periódicamente (modalidad de *Tratamiento Ambulatorio*). En este momento, la intervención del Terapeuta-tutor estará más centrada en el niño y su Programa Individualizado de Intervención en AT se irá completando con la inclusión de los tratamientos específicos precisos según las necesidades que genere su patología (fisioterapia, logopedia, psicomotricidad, terapia de la alimentación, terapia psicomotriz, etc).

La implicación de la familia en el programa de AT (con independencia de la posible intervención familiar que pueda requerir) se llevará a cabo a través de varias actuaciones:

- Información ofrecida por el Terapeuta-tutor. Este comunica a la familia los objetivos más inmediatos a conseguir en el Programa Individualizado de Intervención en AT que siga el niño.

- Observación y participación en las sesiones de tratamiento. Esta actuación tiene como finalidad que la familia pueda extrapolar pautas similares de trabajo al ambiente familiar, *integrándolas siempre dentro de las actividades cotidianas*. Esta *integración* significa que en el ambiente familiar nunca se debe intentar reproducir una sesión de tratamiento. Los objetivos del programa que se vayan a extrapolar en casa se trabajaran allí en situaciones cotidianas de juego, aseo y comida, y siempre en situación relajada y de disfrute mutuo.

Intentando explicar un poco más este segundo punto, podemos señalar la importancia que otorgamos a la *situación de comida* dentro del Programa Individualizado de Intervención en AT del niño. El momento de la alimentación del niño ofrece muchas posibilidades para trabajar diversos y variados objetivos en cualquier edad, por la gran variedad de elementos que giran entorno a ella (García Sánchez y Radrián, 1997). Sin ir más lejos y centrándonos de nuevo en la perspectiva de la Estimulación Sensoriomotriz, en una etapa de juego exploratorio, por ejemplo, en la cocina encontraremos muchos elementos con texturas, formas, colores y tamaños diferentes y muy interesantes/motivantes para el

niño (no en vano, muchas veces esos elementos pueden parecer al niño los juguetes de su madre). Más adelante, será muy divertido hacer construcciones con latas o paquetes de "tetra-brik". Si el niño se encuentra en un periodo de iniciación de procesos abstractos de clasificación y de adquisición de conceptos básicos, también encontraremos en la cocina muchos elementos que pueden ayudarnos a potenciar su adquisición: para iniciar el concepto de cantidad, por ejemplo, será muy motivante hacerlo jugando a las compras con elementos de la cocina.

En todo caso, en relación a la extrapolación de objetivos de tratamiento al hogar, es necesario recordar aquí que una de las máximas del MIIAT es no fomentar que los padres se conviertan en terapeutas del niño. Muy al contrario, se pretende que los padres dejen de ver al paciente y vean al niño. En este sentido, sólo pretendemos facilitar situaciones de interacción entre los padres y el niño, las cuales permitan aprovechar la riqueza estimular y motivante del hogar con fines educativos y terapéuticos. Por otro lado, la intervención sobre los padres nunca debe ser exclusivamente para que éstos actúen sobre el niño en pro de conseguir metas evolutivas en áreas cognitiva, motora, social, etc. Es necesario contar con los padres desde un punto de vista dual, ya que los padres son un agente imprescindible en el cambio y moldeamiento de las relaciones interpersonales (Saenz-Rico, 1997). Así, uno de los objetivos que nos ha de llevar a la consecución de la máxima integración socio-educativa posible para el niño (que constituye el objetivo último del MIIAT), es potenciar vínculos adecuados y efectivos de interrelación padres-niño y hermanos-niño.

El tratamiento de Estimulación Sensoriomotriz en la modalidad de *Tratamiento Ambulatorio* se lleva a cabo de forma individual, en sesiones con una duración aproximadamente de 45 minutos y con una frecuencia mínima de dos sesiones semanales. Esta frecuencia no es aleatoria, sino que entendemos es la mínima para permitir conocer y mantener una relación estrecha con la familia y con el niño. Todo ello con el fin de conseguir una confianza mutua y una sensación de seguridad, elementos ambos claves

para contribuir al éxito de todo el programa de AT.

Desde el MIAT consideramos que, a partir de una edad determinada (alrededor de los 18-20 meses de edad), el tratamiento de Estimulación Sensoriomotriz debe completarse con la *Asistencia del niño a la EI*. Dicha asistencia se convierte en una nueva modalidad de tratamiento y debe entenderse como una parte más del Programa Individualizado de Intervención en AT que sigue el niño. Entre los objetivos de esta nueva modalidad de tratamiento encontramos los de potenciar la relación con el grupo de iguales, facilitar el proceso de separación-individualización y fomentar habilidades de sociabilidad y autonomía. Todo ello además de trabajar, en situación grupal, los mismos objetivos del programa de AT que en el Centro se trabajan individualmente. Otras consideraciones importantes a tener en cuenta a la hora de entender la necesidad de esta modalidad de tratamiento en Estimulación Sensoriomotriz son que el nivel de motivación del niño será mucho mayor, a esta edad, dentro del grupo de iguales, ya que los compañeros pueden facilitar el aprendizaje a través de la imitación con modelos reales.

En este punto es donde se produce una diferenciación en los programas de AT en función de la patología del niño. Desde la perspectiva de un MIAT, pensamos que cualquier niño debe acceder a esta modalidad de tratamiento que denominamos *Asistencia a EI* (García Sánchez y Mendieta, 1998, Mendieta y García Sánchez, 1998). Sin embargo, se darán casos en los que, la propia afectación del niño (retraso psíquico severo y/o no presentar un medio de desplazamiento), limitará su acceso al sistema ordinario de integración en EEII públicas (de hecho puede llegar a imposibilitarlo). De acuerdo a todo ello y a la realidad con que nos encontramos en la Región de Murcia, podemos resumir las distintas posibilidades de desarrollo de esta modalidad de *Asistencia a EI* con la consideración de tres opciones:

- Integración en Aula ordinaria dentro de la EI pública
- Integración en Aulas Específicas ubicadas dentro de la EI (de las que en la Región de Murcia contamos con tres unidades, algunas de ellas con 15 años de experiencia).

- Integración en Aulas de Día para niños de afectaciones graves y/o pluri-deficiencias, hoy por hoy, ubicadas en el propio CDIAT y en las que se sigue un método de intervención integral/global/multisensorial (estimulación basal de Fröhlich, Besse y Wolf, 1994).

Tanto las Aulas Específicas como las Aulas de Día están formadas por grupos reducidos (5 ó 6 niños), en una proporción de 2 ó 3 niños por adulto, dada la gran dependencia del niño para la realización de cualquier actividad (pedagógica o de la vida diaria). En ambos casos, los niños integrados reciben todos los tratamientos que precisan dentro del aula.

Hasta donde conocemos, el concepto de Aula Específica se ha desarrollado sólo en la Región de Murcia. Por ello, puede ser conveniente una descripción más detallada de sus características. Se trata de un aula ubicada dentro de una EI en la que se integran un reducido número de niños con afectación crónica. El diseño y estructuración de estas Aulas Específicas, permite:

1. Dar respuesta plena a las necesidades terapéuticas peculiares e intensas que presentan estos niños, potenciando simultáneamente la posibilidad de interacción con otros niños (la integración de algunos de estos niños en aulas ordinarias no podría ser efectiva ya que las necesidades de tratamientos específicos que presentan les llevaría a estar continuamente fuera de su aula).

2. Integrar todos los tratamientos que estos niños requieren en la dinámica del aula, ya que en muchos casos son necesidades comunes a los diferentes niños que componen la propia aula.

3. Rentabilizar los distintos tratamientos específicos, ya no sólo desde el punto de vista económico (rentabilización de recursos), sino también desde el punto de vista de interacción del niño con sus iguales. Los distintos profesionales, además de atender particularmente las necesidades de cada niño, pueden utilizar al grupo en beneficio de cada uno de sus individualidades, favoreciendo el aprendizaje por imitación y la motivación que genera la competencia con iguales. Con el concepto de Aula Específica, muchos de los esfuerzos terapéuticos necesarios pueden rentabilizarse desde el punto

de vista de la integración social al hacerse de forma grupal.

4. Permitir llevar a cabo todas las intervenciones o tratamientos específicos que estos niños requieren en un ambiente más ecológico o natural que el ambiente artificial que necesariamente se crea en cualquier centro de tratamiento especializado, con lo que fácilmente se gana en motivación para el niño y en normalización de sus rutinas.

5. Permitir una intervención normalizadora sobre las propias rutinas familiares, tanto desde un punto de vista psicológico o social (a pesar de las particularidades biopatológicas del niño, este asiste a una EI con el mismo horario que cualquier otro niño), como desde un punto de vista físico (la familia dispone de un tiempo establecido en el que queda liberada de la atención directa y continua que el niño pueda necesitar).

6. Dar una respuesta educativa temprana a unos niños con características biopatológicas muy especiales, haciendo posible que estos niños y sus familias puedan ejercer su derecho legal a la educación del niño en la franja de edad de 0 a 4 años.

METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE ESTIMULACIÓN SENSORIOMOTRIZ

En cuanto a la forma de intervención a seguir para el desarrollo del tratamiento de Estimulación Sensoriomotriz, desde el MIAT proponemos herramientas como las ya mencionadas del juego y de la modificación de conducta (Mendieta y García Sánchez, 1998), que por lo demás son comunes a otros tratamientos del Programa Individualizado de Intervención en AT que sigue el niño. Pero la herramienta fundamental va a estar constituida, sin duda, por los propios estímulos que el ambiente pueda ofrecer. En el tratamiento de Estimulación Sensoriomotriz del Programa Individualizado de Intervención en AT lo que hacemos será,

- por un lado, seleccionar de entre todos los estímulos aquellos que estén más de acuerdo con la edad y el nivel psico-neuroevolutivo general del niño y puedan, por ello mismo, ser más motivantes y,
- por otro lado, organizar la forma

de presentarlos de manera que el niño sea capaz de percibirlos y, por tanto, emitir respuestas ante ellos.

En cuanto a la selección de los estímulos adecuados, acabamos de decir que han de estar en función del nivel madurativo del niño. No obstante, es necesario señalar que no porque el niño presente un nivel psicoevolutivo bajo y una evolución lenta, vamos a trabajar siempre con el mismo tipo de estímulos. Así por ejemplo, puede presentarse el caso de un niño con una afectación psíquica severa que, a una edad avanzada (3 - 4 años), permanece con un nivel psicoevolutivo de relación con el medio de 5 a 6 meses. En este caso, no vamos a utilizar siempre los estímulos que utilizaríamos con un bebé de esta edad. El material y los objetivos de trabajo se tendrán que adaptar más a las necesidades e intereses del niño (primando, dentro de lo posible, la búsqueda de estímulos motivantes), para que puedan proporcionar experiencias significativas para el niño aprovechando todos los canales sensoriales (fundamentalmente vista, oído, tacto y movimiento).

En cuanto a la forma de presentar los estímulos, lo fundamental es tener en cuenta que el niño sea capaz de percibirlos. Para ello, como características generales, podemos mencionar una serie de aspectos a tener en cuenta:

- Se utilizará un lenguaje verbal claro y conciso, sin divagaciones.
- Se aprovecharán diferentes canales de llegada de la información (visual, auditivo y táctil).
- Se respetará la capacidad y el ritmo de respuesta inmediata de cada niño.

Todo ello contribuirá a facilitar la integración del contenido del mensaje y a mantener un nivel óptimo de atención en el niño durante el tratamiento de Estimulación Sensoriomotriz.

En cuanto al *juego*, éste en sí mismo es siempre una herramienta o metodología clave en AT desde la perspectiva de un Modelo Integral de Intervención. Metodología que debe impregnar el quehacer diario de todos los terapeutas de AT, sea cual sea su especialidad, convirtiéndose en la metodología de trabajo básica en la cual se utilizan el resto de estrategias que luego comentaremos. La importancia que otorgamos al juego viene dada tanto por sus implicaciones de cara al diag-

nóstico de las necesidades del niño, como por su capacidad motivante, factores ambos que ya han sido apuntados. Pero desde el marco teórico del MIAT y apoyándonos en experiencias clásicas procedentes del campo de las neurociencias, ampliamente resumidas por diferentes autores (Anastasiow, 1986a, 1986b, 1990, Greenough y Juraska, 1986, Rosenzweig, 1984), entendemos que la interacción libre con los objetos que permite el juego espontáneo, entendido éste como conducta exploratoria típica del ser humano (al menos en su etapa infantil), al ser una conducta directamente dirigida por los intereses del propio sistema nervioso, reúne las condiciones para generar el máximo potencial de especificación sináptica en el encéfalo inmaduro o de reorganización sináptica postraumática.

Desde el marco teórico-práctico del MIAT el trabajo de los objetivos de un Programa Individualizado de Intervención en AT dirigidos al niño, tanto en las distintas modalidades de tratamiento como en los distintos tratamientos propiamente dichos (Estimulación Sensoriomotriz, Intervención motriz e Intervención logopédica), se habrá de llevar a cabo siempre de forma lúdica. Con la intención de hacer divertido y entretenido al niño el hecho de estar en una sesión de tratamiento. Con ello, y entre otras cosas, intentaremos mantener un nivel óptimo de *motivación*, ya que es evidente que esta motivación es un elemento clave para cualquier aprendizaje. Además, la propia motivación demuestra su utilidad para mejorar la eficacia de la intervención puramente física (Tirosh y Rabino, 1989).

En cuanto a si hemos de decidirnos por juego espontáneo o juego dirigido, debemos tener claro que cada tipo de juego será necesario en situaciones diferentes. A través del juego espontáneo, además de conocer el nivel madurativo del niño en una situación mucho más natural que la provocada durante las pruebas estandarizadas, estaremos potenciando la iniciativa, la creatividad y la autonomía del niño en la toma de decisiones. El juego dirigido, por su parte, será el recurso que emplearemos con los niños con un nivel cognitivo o madurativo más bajo. En ellos se observa una clara tendencia hacia la repetición excesiva (lo cual no

es un verdadero juego), sin buscar nuevas posibilidades. En estos casos, el juego dirigido por el adulto les ayudará a modificar su forma de relacionarse con los objetos.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE ESTIMULACIÓN SENSORIOMOTRIZ

Vamos a repasar a continuación una serie de estrategias concretas de intervención que frecuentemente son utilizadas en la práctica general de la Atención Temprana y específicamente en el tratamiento de Estimulación Sensoriomotriz que desarrollamos desde el marco de un MIAT.

Una primera estrategia para una adecuada intervención es la *motivación*. Ya hemos señalado antes, y a nadie sorprenderá, la importancia de mantener un nivel óptimo de motivación en el niño, durante el tratamiento, para favorecer el aprendizaje y la consecución de los objetivos planteados. Desde el marco teórico-práctico del MIAT, el *juego*, además de metodología y herramienta de trabajo, se convierte ahora en estrategia de intervención que permite conseguir niveles óptimos de motivación en el niño.

Por otro lado, como estrategia general en toda nuestra intervención en AT y específicamente también en el tratamiento de Estimulación Sensoriomotriz, tendremos muy presentes las limitaciones y diferencias individuales de cada niño. Por ello es fundamental que el terapeuta de estimulación otorgue al niño todo el *tiempo* que éste necesite para poder dar la respuesta que le ha sido solicitada, o simplemente para que inicie y desarrolle una actividad espontánea de juego.

Otra estrategia de intervención en AT que solemos emplear con frecuencia dentro del tratamiento de Estimulación Sensoriomotriz es la *imitación*. De hecho, la técnica de imitación puede utilizarse en un doble sentido y con diferentes objetivos. Por un lado, el adulto actúa con el objetivo de que el niño reproduzca sus acciones para conseguir un aprendizaje concreto. Por otro lado, el adulto imita las acciones del niño, bien con el objetivo de reforzar una respuesta correcta, o bien con el de potenciar la imitación en sí misma con el fin último de poder utilizar-

la después como sistema de aprendizaje (imitamos al niño para que después él nos imite a nosotros). La experiencia nos ha enseñado que esta última estrategia suele ser efectiva en niños con dificultad atencional.

Por supuesto, una práctica habitual en nuestros Programas Individualizados de Intervención en AT y en Estimulación Sensoriomotriz va a ser el *reforzamiento* de las respuestas que nos interesan en el niño. Por supuesto, para utilizar con propiedad esta técnica de modificación de conducta debemos empezar por interpretar la conducta del niño, llegando a entender o considerar como respuesta, aunque inicialmente no lo sea, una dirección de la mirada, un leve movimiento del brazo o de la mano en la dirección correcta, o un sonido si la respuesta que esperamos tiene un componente verbal. A partir de ahí, podemos utilizar diferentes estrategias para contribuir a que el niño alcance nuevos aprendizajes, como, por ejemplo, la secuenciación de objetivos o el encañamiento hacia atrás.

La técnica de *secuenciación de objetivos* ha de tener en cuenta las características particulares de cada niño. En función de ellas los objetivos finales a conseguir con el programa de intervención, deben ser repartidos en varios objetivos parciales que secuencialmente nos lleven al objetivo final. Así, cada actividad podrá ser descompuesta en sus mínimos elementos con el fin de facilitar su adquisición por parte del niño. Esta estrategia de intervención, muy utilizada en AT, es especialmente interesante para abordar el aprendizaje de conceptos espaciales y para facilitar el acceso a la imagen. Evidentemente, la parcialización de objetivos será mayor o menor en función de la problemática de cada niño: en unos casos se deberá presentar el objetivo

descompuesto en sus mínimos elementos, mientras que en otros casos, prácticamente se podrá presentar el objetivo final en sí mismo si se considera que el niño es capaz de adquirirlo de esa manera.

En cuanto al *encañamiento hacia atrás*, se trata de un técnica aplicable fundamentalmente a las actividades de la vida diaria. Comenzaremos por fomentar en el niño el interés por la consecuencia de la tarea (por ejemplo, tener las manos limpias). A partir de ahí y utilizando técnicas de secuenciación de objetivos, iremos intentando avanzar hacia atrás en la tarea implicando poco a poco al niño en más pasos de la misma (una vez que le hemos lavado y secado las manos, le pediremos que coloque sólo la toalla en su sitio; luego que se seque sólo y coloque la toalla; luego que coja la toalla, se seque y la deje en su sitio; y así sucesivamente).

En niños con graves problemas de comunicación utilizaremos *sistemas alternativos o aumentativos de comunicación*. Representan otra de las herramientas importantes en el MIIAT dada la importancia que otorgamos, desde una perspectiva neurocognitiva, al hecho de conseguir un canal funcional de comunicación en el niño, así como un vínculo afectivo. De hecho, en el MIIAT entendemos la intervención neurocognitiva como uno de los vectores que guían toda la intervención en AT (García Sánchez, Castellanos y Mendieta, 1998, Mendieta y García Sánchez, 1998). Por ello partimos de la premisa de que en todo niño, por gravemente afectado que esté, puede crear vínculos afectivos y puede encontrarse en él un canal funcional de comunicación, aunque esté distorsionado. Dicho canal habrá de ser buscado, identificado y potenciado (o modificado), con la finalidad de, a partir de

él, encontrar otras vías más funcionales de comunicación.

Simultáneamente a todo ello, con el objetivo de facilitar en el niño el acceso a la abstracción o la incorporación de conceptos básicos, utilizaremos como herramienta de trabajo el que el niño vivencie en su propio cuerpo el concepto abstracto que queremos que aprenda (*aprendizaje vivenciado*). Por ejemplo, para explicarle los conceptos de dentro y fuera, antes de utilizar la tarea clásica de meter cubos dentro de una taza, colocaremos al propio niño dentro y fuera de un recipiente o recinto.

Para terminar, hemos de señalar la importancia que otorgamos al hecho de que todas estas estrategias de intervención en Estimulación Sensoriomotriz y AT en general, han de ser utilizadas dentro de sesiones de trabajo altamente sistematizadas (*sistematización*), en las que la repetición de situaciones y rutinas esté contemplada sistemáticamente con objetivos terapéuticos o de intervención. Tal y como nos demuestran distintas investigaciones neurocientíficas y la propia experiencia en educación especial (Anastasiow, 1990), aprovecharemos el potencial que la repetición de la tarea tiene para conseguir el aprendizaje. Junto a esta estrategia de intervención y por motivos similares, programaremos sistemáticamente cada sesión de trabajo, favoreciendo la creación de rituales en nuestro quehacer con el niño para facilitar así que pueda anticipar las tareas a desarrollar (algo que, por otro lado, es práctica habitual en las rutinas cotidiana de los seres humanos). De forma más concreta, nos aseguraremos de repetir, en distintas sesiones de tratamiento, las mismas tareas y en el mismo orden, con el fin de que el niño pueda anticiparlas.

BIBLIOGRAFÍA

- American Association on Mental Retardation (1992). *Mental retardation. Definition, classification, and system of supports*. Washington: AAMR (9ª Ed.) Existe edición en castellano en *Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Editorial, 1997.
- Anastasiow, N. J. (1986a). *Developmental and disability: A psychological analysis for special educators*. Baltimore: P.H. Brookes.
- Anastasiow, N. J. (1986b). The case for early experience. En D. Tamir, A. Russell y T.B. Brazelton (Eds.). *Intervention and stimulation in infant development* (pp. 1-16). Tel Aviv: Freund Publishers.
- Anastasiow, N. J. (1990). Implications of the neurobiological model for early intervention. En S.J. Meisels y J.P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (pp. 196-216). Nueva York: Cambridge University Press.
- Castellanos, P., García Sánchez, F.A. y Mendieta, P. (1998). Funcionamiento de un Centro de Atención Temprana desde el marco de un Modelo Integral de Intervención (ponencia invitada). *Jornadas sobre Integración Familiar, Escolar y Social*. Asociación Pro-Deficientes Psíquicos de Alicante (APSA). Alicante, 6-7 de Noviembre.
- Fröhlich, A., Besse, A.M. y Wolf, D. (1994). *Des espaces pour vivre. Education et accompagnement des personnes polyhandicapées en Europe*. Edition SZH/SPC.
- García Sánchez, F.A. y Caballero, P.A. (1998). Valoración de la necesidad de extensión de los servicios de Atención Temprana al ámbito hospitalario. *Anales de Pedagogía*, 16, 249-258.
- García Sánchez, F.A. y Caballero, P.A. (1999). Atención Temprana en Parálisis Cerebral y Síndrome de Down: necesidad de intervención en Hospital desde un Modelo Integral. *Siglo Cero*, 30 (2), 5-15.
- García Sánchez, F.A. y Mendieta, P. (1998). Análisis del Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana. *Revista de Atención Temprana*, 1(1), 37-43.
- García Sánchez, F.A. y Radrigan, J. (1997). Posibilidades educativas y terapéuticas de la alimentación en el niño pequeño con deficiencias. *Revista de Educación Especial*, 23, 89-99.
- García Sánchez, F.A., Castellanos, P. y Mendieta, P. (1998). Definición de Atención Temprana y de sus vertientes de intervención desde un Modelo Integral. *Revista de Atención Temprana*, 1(2), 57-62.
- Goldsmith, H.H. (1987). *Toddler behavior assesment questionnaire*. Universidad de Oregon.
- Greenough W.T. y Juraska, J.M. (1986). *Developmental neuropsychobiology*. Orlando: Academic Press.
- Mendieta, P. y García Sánchez, F.A. (1998). Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana: organización y coordinación de servicios. *Siglo Cero*, 29 (4), 11-22.
- Rosenzweig, M. S. (1984). Experience, memory and the brain. *American Psychologist*, 39, 365-376.
- Rothbart, M.K. (1981). Measurement of temperament in infancy. *Child Development*, 52, 569-578.
- Saenz-Rico, B. (1997). Programa de intervención temprana para sujetos de alto riesgo biológico. *Revista de Educación Especial*, 23, 29-35.
- Tirosh, E. y Rabino, S. (1989). Physiotherapy for children with cerebral palsy. Evidence for its efficacy. *American Journal of Disease Childhood*, 143, 552-555.
- Varios Autores (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Discapacidad (pendiente de publicación).