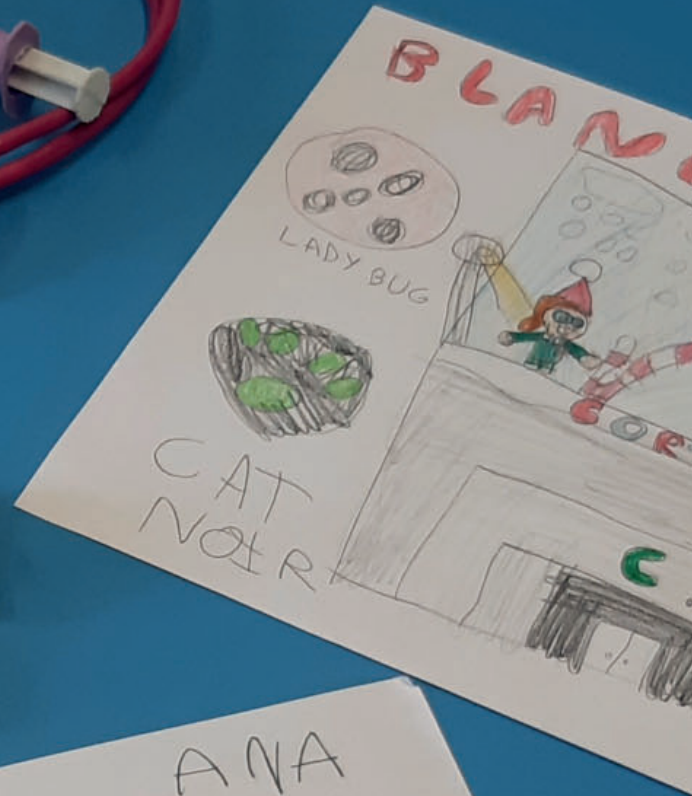
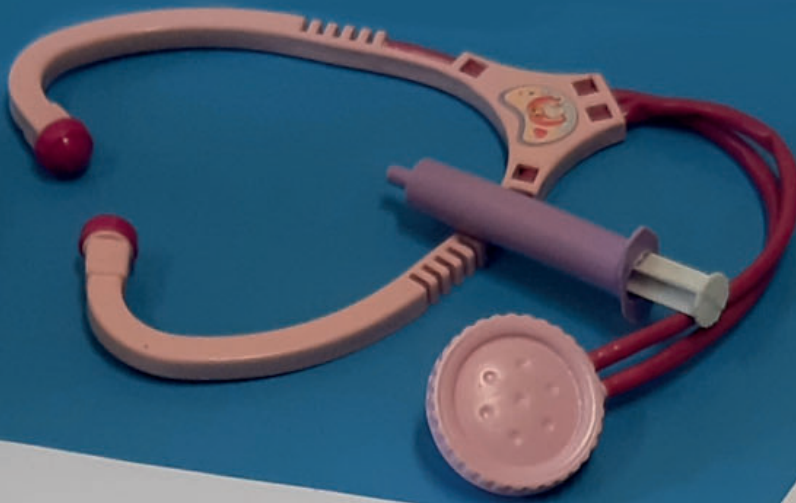


# PSICOTERAPIA

## EN ATENCIÓN TEMPRANA

---



## AUTORES

---

Virginia Anera (Astor), María Baratas (Apama), M<sup>º</sup> Isabel Barriocanal (Grupo Amás), Ismael Candelas (Integrandes Aranjuez), Elena de Casas (Fundación Ademo), Alicia García Delgado (Fundación Ademo y Fundación Carlos Martín), Merche Echegaray (Fundación Esfera), María Eugenia Gracia (Apama), Paloma López (Apama), Mónica de Lucas (Aceops), Beatriz Munilla (Apama), Pilar Puertas (Grupo Envera), Marian Rabasot (Grupo Amás), Elisa Ruano (Apascovi), Laura Rubio (Apanid), Gloria Ruiz (Fundación Ademo), Gloria Velasco (Apansa), Irene Vicente (Down Madrid), Teresa Viejo (Apascovi).

Coordina: Observatorio de Atención Temprana de Plena Inclusión Madrid

© Plena inclusión Madrid, 2020

Avenida Ciudad de Barcelona, 108, Bajo D 28007 Madrid

[www.plenainclusionmadrid.org](http://www.plenainclusionmadrid.org)

1<sup>º</sup> Edición: Diciembre 2020



## ÍNDICE

---

Introducción a la Psicoterapia en Atención Temprana .....	<b>4</b>
Justificación .....	<b>6</b>
Definición de Psicoterapia en Atención Temprana.....	<b>8</b>
La Psicoterapia en los Centros de Atención Temprana.....	<b>9</b>
Las 12 áreas de actuación en las sesiones de Psicoterapia.....	<b>11</b>
1. Vínculo y apego seguro .....	<b>12</b>
2. Autorregulación .....	<b>14</b>
3. Interés por el entorno .....	<b>15</b>
4. Interés por comunicarse y relacionarse .....	<b>16</b>
5. Comienzo de la separación .....	<b>18</b>
6. Constitución del Yo .....	<b>20</b>
7. Triangulación .....	<b>22</b>
8. Vivenciación del cuerpo .....	<b>23</b>
9. Intereses propios deseos .....	<b>24</b>
10. Simbolización: Creando un lenguaje propio .....	<b>25</b>
11. Juego .....	<b>26</b>
12. Competencia social .....	<b>28</b>
Conclusiones .....	<b>30</b>
Bibliografía.....	<b>31</b>

## **INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA EN ATENCIÓN TEMPRANA**

---

Para entender cómo hemos andado este camino permítannos remontarnos a nuestros orígenes. En concreto a la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), la primera de las leyes que reguló, entre otras cosas, la Atención Temprana en España. Ya entonces recogía en la sección segunda del título VI la necesidad de realizar orientación, apoyo y tratamiento psicológico durante las distintas fases en las que se desarrolle el proceso rehabilitador e incluso antes, si dichas acciones pueden tener un fin preventivo. Esta misma Ley define la rehabilitación como aquel “proceso dirigido a que los minusválidos adquieran su máximo nivel de desarrollo personal y su integración en la vida social”.

Es por esto que desde el nacimiento de los Centros de Atención Temprana (CAT) la psicología ha estado presente para dar respuesta a esa necesidad de apoyo y orientación de sus personas atendidas. Por suerte, el ser humano demuestra continuamente su resiliencia y esta capacidad no está ausente en la población que acude a los CAT. Esto significa que no todos los niños/as que precisan una intervención globalizada de Atención Temprana presentarán dificultades emocionales o del comportamiento persistentes o tan relevantes como para necesitar un tratamiento específico para ello. Ahora bien, la gravedad de tales trastornos en el pronóstico vital del individuo hacía necesario ofrecer intervenciones efectivas para solventar estas alteraciones o paliar sus consecuencias en el desarrollo futuro del niño/a. La respuesta desde la psicología infantil no era suficiente para solucionar esta cuestión. Es por eso que se incluye la psicoterapia como tratamiento fundamental dentro de los ofrecidos en los CAT.

Al hablar de Psicoterapia nos referimos, en términos generales, a una de las primeras prácticas profesionales en el ámbito psicológico. El concepto terapia proviene del griego *therapeutikós* y significa aquel que cuida de otra persona. Por lo tanto, ¿qué se entiende por Psicoterapia en Atención Temprana? La variedad de técnicas y procedimientos orientados a facilitar el bienestar emocional y social del menor. Es un espacio que ayuda a los niños/as que experimentan dificultades

con sus emociones y problemas de comportamiento, a que sean capaces de expresarlos mediante sistemas de comunicación (signos, palabras, etc.) dibujo, juego, aprendiendo y desarrollando habilidades para resolverlos.

La psicoterapia en Atención Temprana implica retos complejos, de ahí que los y las profesionales deban demostrar competencias muy específicas para abordar con éxito su labor profesional. Son múltiples las exigencias que se esperan de la figura del psicoterapeuta en Atención Temprana: conocimiento de la psicología infantil, competencia en el manejo de métodos y técnicas eficaces del enfoque psicoterapéutico elegido, alta implicación ética, experiencia profesional, etc.

La relación que se establece entre el/la psicoterapeuta y el niño/a se puede considerar ardua y demanda que el/la profesional maneje el marco teórico del desarrollo evolutivo, tenga habilidades para comunicarse con ellos, e incluya a la familia en el tratamiento valorando su presencia como figura de afecto más importante y permanente para el niño/a.

La psicoterapia cuenta con diferentes corrientes, perspectivas y enfoques. Así, en lugar de plantear cuál de las orientaciones psicológicas es mejor, este trabajo plantea qué es lo que el niño/a necesita y a partir de aquí, se desarrolla un propósito común: facilitar que los niños y niñas puedan realizar cambios para alcanzar su equilibrio y bienestar. De esta manera, se genera una relación de trabajo intenso entre niño/a, familia y psicoterapeuta, un viaje de descubrimientos, de creatividad y de dinámicas interpersonales ricas y ambiciosas.

## JUSTIFICACIÓN

---

No podemos negar que desde el surgimiento de la Atención Temprana en España muchos han sido los cambios en cuanto al tratamiento a la infancia en nuestro país. Cada vez hay más profesionales encargados de velar por sus derechos y por su desarrollo. La formación que reciben también se ha ido especializando y mejorando, siendo capaces desde el entorno educativo o sanitario de detectar con bastante rapidez alteraciones en el desarrollo. Sin embargo, en los Centros de Atención Temprana seguimos detectando que hay una mirada puesta en lo relacionado con el aprendizaje y con el ajuste a los entornos normativos en los que se suelen desenvolver los menores, pasando más desapercibido o dando menos valor a lo que tiene que ver con la esfera de lo socioafectivo, aun siendo determinante en el desarrollo general.

Por todo esto, desde el Observatorio de Atención Temprana de Plena Inclusión Madrid entendemos que se hace necesario realizar un esfuerzo por consensuar un modelo válido, que pusiera en común lo que sabemos del desarrollo psicoafectivo desde diferentes teorías psicológicas y desde la experiencia adquirida tras más de 30 años en el ámbito de la Atención Temprana.

La finalidad de este documento es, por tanto, exponer de manera breve aquellos hitos que se consideran imprescindibles para el desarrollo emocional óptimo y difundirlo entre aquellos/as que de alguna manera intervienen con la población infantil (profesionales de la medicina, enfermería, educación, trabajo social, etc.). Hay que resaltar que dichos hitos no están necesariamente expuestos de manera cronológica y además no deben entenderse como compartimentos estancos, sino que unos y otros están en continua interrelación y su forma de manifestarse es cambiante en el tiempo. Junto a estos puntos aparecen una serie de ejemplos que sugieren la presencia de alguna posible alteración en el desarrollo socioemocional. Son lo que hemos llamado señales de alarma y esperamos que sea de utilidad a los/las profesionales antes mencionados para, en un momento dado, derivar a un/a especialista que valore la necesidad de intervención. Se debe tener en cuenta que algunas de estas señales sólo suponen un motivo de alarma si aparecen en momentos evolutivos que no correspondan, junto con otras señales y/o se mantienen en el

tiempo. Si estas condiciones se dan, es cuando será necesario que el/la menor sea valorado y, si es preciso, tratado, por un/a especialista en desarrollo socioemocional infantil.

Es obvio que los aspectos afectivos se ponen en juego con mayor intensidad en el entorno familiar. Es por eso que hoy en día hay una cantidad ingente de información destinada a los progenitores para que aprendan a manejar de una forma “adecuada” estos aspectos con sus hijos/as. Y entrecomillamos “adecuada” porque no pensamos que haya una única forma de conseguir un buen ajuste socioemocional, a diferencia de lo que promueven modas cambiantes y no siempre con base sólida, que pueden llegar a confundir a las familias y anular su capacidad de reflexión sobre su propio saber acerca de la paternidad/maternidad. A esta situación hay que sumar que la población que atendemos en los centros presenta algún tipo de problemática en su desarrollo, lo que les hace más vulnerables también a la hora de construir su relación con las demás personas. No sólo por su propia diferencia, sino porque, como ya sabemos, el hecho de tener un/a hijo/a con algún tipo de discapacidad supone un impacto en la familia que hace que las dinámicas familiares se desarrollen de manera atípica, ya sea temporal o permanentemente. Además, muchas veces las familias suelen sentirse inicialmente menos capaces de ejercer como progenitores ante una situación desconocida como es la de tener un/a hijo/a con dificultades.

Todo esto hace que nos encontremos con que los/las menores que acuden a los Centros de Atención Temprana son más susceptibles que sus progenitores de presentar en algún momento alteraciones en su desarrollo socioemocional. Sin embargo, conocemos de su resiliencia y, parecía inadecuado presuponer que todos ellos/as van a sufrir dificultades en esta área. De ahí que este documento también haya sido pensado para que aquellos y aquellas profesionales que tienen un contacto directo y frecuente con los menores (logopedas, fisioterapeutas, estimuladores o psicomotricistas) puedan también detectar indicios de preocupación y consultar a la psicoterapeuta de su centro. Es por eso que esperamos que la lectura y manejo del documento nos lleve a una detección precoz de sintomatología socio-afectiva que permita actuar de forma rápida. Esta forma de actuar, como luego veremos, no necesariamente derivará en la inclusión del niño/a en un tratamiento de psicoterapia sino que, si actuamos pronto, puede que a través de la supervisión del caso, de pautas a los/las terapeutas o del trabajo de la familia con el psicólogo de referencia sea suficiente para asegurar la adecuada evolución.

Por último, no queremos dejar sin apuntar algo referente al lenguaje del documento. En algunos puntos del texto se hará referencia a la función materna y la función paterna. Para aquellas personas legas en la materia que abordamos, queremos aclarar que no están asociadas necesariamente a la madre o al padre, sino a las personas que en su relación con el menor realizan esa función, independientemente de su género y filiación con el menor.

## **DEFINICIÓN DE PSICOTERAPIA EN ATENCIÓN TEMPRANA**

---

La Psicoterapia en Atención Temprana es la intervención psicológica destinada a obtener un cambio en relación a problemas de origen afectivo o emocional, que pueden alterar la conducta, generar malestar y obstaculizar el óptimo desarrollo de los niños y las niñas. El tratamiento en psicoterapia permite entender al niño/a en su malestar, proporcionándole recursos y estrategias que le facilite manejarse mejor en su entorno y favorecer su resiliencia.

En este proceso terapéutico es necesaria la implicación de los progenitores o tutores. Por ello se mantiene un contacto periódico y continuado con ellos, durante el cual obtenemos información de las dificultades que observan ellos en su hijo/a y les ayudamos a entender lo que le está pasando. Así, podrán introducir cambios en su relación, a través de las orientaciones y estrategias que se les proporciona en psicoterapia y para poder incrementar sus competencias como progenitores y potenciar el desarrollo del niño/a. Además, tienen un papel principal a la hora de apoyar en la generalización de los objetivos del menor establecidos en las sesiones.

Dado lo complejo de la tarea y todas las variables implicadas, la persona encargada de la psicoterapia siempre será un psicólogo/a y, deseablemente, con una experiencia y/o formación de posgrado en psicoterapia infantil que permitan hacer frente a este tratamiento con calidad.



## **LA PSICOTERAPIA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA**

---

Las características de la población que atendemos hacen prever que el desarrollo global va a estar enlentecido o alterado. Sin embargo, en no pocas ocasiones observamos menores en los que, a pesar de sus dificultades, evolucionan de forma sorprendente. También ocurre lo contrario en menores en los que a priori se vislumbra un mayor potencial, nos encontramos con un estancamiento inexplicable, tanto desde los diagnósticos, como desde las intervenciones terapéuticas que están realizando.

Para entender esto no podemos olvidarnos que el desarrollo emocional es el que determina el desarrollo global. Esta máxima, que parece sencilla y todos conocemos, a veces queda velada por las circunstancias. La voluntad de los/las terapeutas por conseguir que el niño cumpla con los objetivos propuestos, la preocupación de los progenitores por que su hijo/a avance como los demás, las exigencias curriculares y sociales a las que se enfrentan los menores, etc. confluyen en un niño/a que, ora no puede hacer frente a esta presión, ora no quiere hacerlo porque para él/ella es un sinsentido. Así, nos encontramos con niños y niñas cuyo desarrollo motor, lingüístico, cognitivo o social queda interrumpido sin poder encontrar nada que lo justifique, para sorpresa y angustia de sus terapeutas y su familia.

De ahí la importancia de que el/la psicoterapeuta pueda colaborar con el resto del equipo para que, por encima de todo, el niño/a progrese en lo que debe ser primero para poder avanzar en las demás áreas del desarrollo. Esta labor se puede desempeñar a través de diferentes procedimientos:

### **Las reuniones de equipo**

---

La puesta en común del caso es un espacio enriquecedor en el que, a través de las diferentes miradas que ofrecen los/as profesionales que trabajan con un mismo niño o niña y su familia y la escucha especializada del psicoterapeuta, vamos a poder establecer unas pautas comunes de acción dirigidas a ayudar al menor para superar ese momento emocional crítico en el que se encuentra. El psicoterapeuta no va a

intervenir de manera directa con el menor, sino que a través de pautas a terapeutas y/o al psicólogo/a que acompaña a la familia, va a poder guiar al menor y/o a los padres en el proceso de transitar hacia una nueva etapa socioafectiva.

### **Las supervisiones clínicas**

---

Cuando a pesar de las orientaciones dadas en las reuniones de equipo se detecta que el niño/a no evoluciona como se espera, se hace necesario un análisis más a fondo del caso. El/la psicoterapeuta se encargará de valorar tanto el estado socioafectivo-emocional del menor como de analizar la relación terapeuta-niño/a y familia-niño/a. En función de las observaciones realizadas, se darán orientaciones más específicas a los/las profesionales implicados en el caso y a la familia. Se establecerá, si se ve necesario, el seguimiento periódico del menor o incluso el comenzar un tratamiento de psicoterapia.

### **El tratamiento de psicoterapia**

---

Si la sintomatología socioemocional y/o conductual no responde a un momento evolutivo determinado y se manifiesta de manera persistente, no siendo suficiente con la intervención indirecta que se ha realizado desde otros tratamientos y/o contextos, el niño/a comenzará en tratamiento. A partir de entonces resulta fundamental el mantener una comunicación activa entre el/la psicoterapeuta y el resto de terapeutas que trabajan con él/ella o su familia. Estos profesionales deben favorecer que los cambios que el niño consiga hacer en el tratamiento de psicoterapia pueda ponerlos en juego también en sus terapias, funcionando como otro entorno facilitador junto con el familiar.

En algunos casos el/la psicoterapeuta hace otras funciones como psicólogo y en general en los CAT suele realizar otras ocupaciones asociadas a este puesto, como son realizar la acogida familiar y la valoración del menor en las distintas áreas de desarrollo y el seguimiento y apoyo a la familia.

## **LAS 12 ÁREAS DE ACTUACIÓN EN LAS SESIONES DE PSICOTERAPIA**

---

Estos hitos servirán para ayudar a saber qué está obstaculizando el desarrollo emocional óptimo del menor y así determinar con más facilidad la prioridad en lo que se debe trabajar.

- 1 Vínculo y apego seguro
- 2 Autorregulación
- 3 Interés por el entorno
- 4 Interés por comunicarse y relacionarse
- 5 Comienzo de la separación
- 6 Constitución del yo
- 7 Triangulación
- 8 Vivenciación del cuerpo
- 9 Intereses propios: deseo
- 10 Simbolización: creación de un lenguaje propio
- 11 Juego
- 12 Competencia social

# 1 Vínculo y apego seguro

## Definición

### Vínculo

Entendido como la relación afectiva intensa creada entre la persona que realiza la función materna y el niño/a, que les impulsa a buscar sensaciones placenteras a nivel multisensorial. Todas ellas les proporcionarán un estado de bienestar que les conducirá a buscar la proximidad y el contacto entre ambos prolongado en el tiempo. A lo largo del desarrollo evolutivo se van estableciendo diversos vínculos, los cuales proporcionan experiencias, recursos y estrategias de interacción afectiva y social que favorecen el óptimo desarrollo psicológico.

### Apego Seguro

Considerado como la relación significativa estable que se constituye entre el menor y la persona que realiza la función materna cuando la respuesta de ésta se adecúa y sintoniza con las necesidades del niño/a, creándole un sentimiento de confianza y seguridad en sí mismo y el entorno que le permitirá afrontar adecuadamente la posterior exploración, separación e individuación, y por tanto su supervivencia.

## Señales de alarma

Ausencia de  
figura materna  
permanente o  
inestabilidad  
emocional de la  
misma.

Excesivo contacto  
o excesiva  
separación del  
menor respecto  
a las personas  
significativas.



Dificultades  
emocionales del  
menor: irritabilidad,  
ansiedad, tristeza,  
labilidad emocional,  
etc.

Conductas de  
desconexión del menor:  
no mira a los ojos,  
ausencia de sonrisa  
social, no empatía,  
estereotipias, etc

Inhibición en la  
exploración del  
entorno.

Trastornos  
psicosomáticos:  
alimentación,  
sueño, etc

## 2

## Autorregulación

### Definición

#### Autorregulación

Capacidad del niño/a para controlar sus sensaciones corporales, emociones y comportamientos en función de las demandas (externas e internas).

El desarrollo de la autorregulación se caracteriza por la transición de una regulación externa (cuidadores y características del contexto) a una regulación interna (mayor autonomía e independencia).

### Señales de alarma

No es capaz de calmarse por sí solo y necesita al adulto para que le calme.

Se calma, pero de forma muy primaria para su edad.

Incapacidad para conciliar o mantener el sueño y alteraciones en la alimentación.

No es capaz de poner límites al otro y al entorno cuando éste le invade o le sobrepasa.

Se angustia antes los límites o cambios en el entorno.

### 3

## Interés por el entorno

### Definición

#### Interés por el entorno

Tendencia del niño o niña a interesarse por el mundo físico y social, explorándolo y conociéndolo a través de la experiencia con objetos y personas, en diferentes situaciones.

Esta tendencia permite el desarrollo de la capacidad para realizar actividades funcionales simples o complejas con una motivación interna. Además, hace posible el establecimiento de relaciones sociales.

### Señales de alarma

Aislamiento  
completo del  
niño/a.

Falta de  
interés por los  
objetos y/o  
personas.

Ausencia  
de miradas  
significativas  
de referencia  
conjunta.

Particular exploración  
del mundo físico que no  
permite realizar actividades  
funcionales o ésta sólo  
se consigue a través de  
consignas externas.

## 4

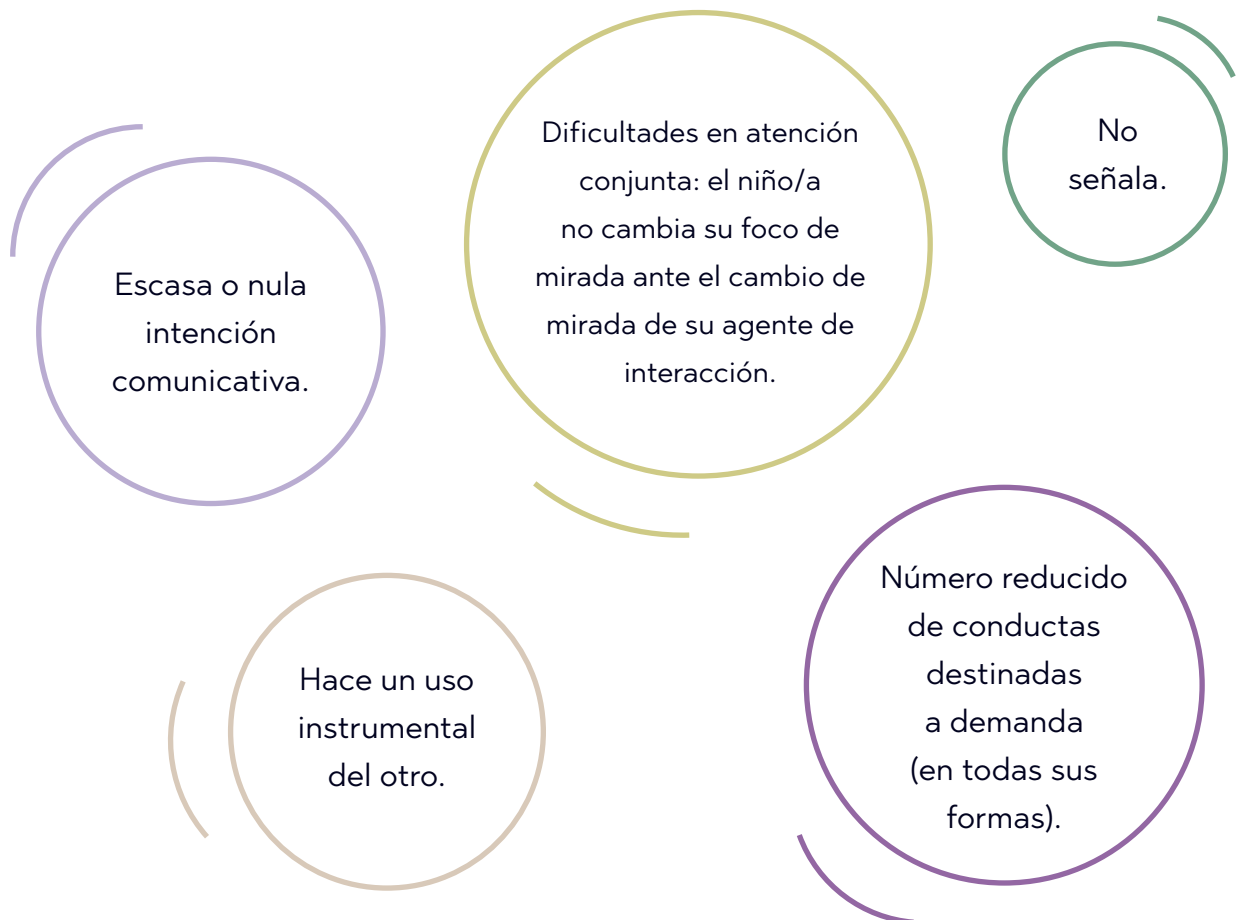
### Interés por comunicarse y relacionarse

#### Definición

##### Interés por comunicarse y relacionarse

Es la motivación que demuestra el niño o la niña para expresar necesidades e intereses. Es una capacidad de carácter innato que requiere de la aparición de procesos cognitivos y sociales previos. Su evolución dependerá de procesos de acomodación y de asimilación con el mundo físico y social, y posibilitará, mediante la utilización de símbolos, la regulación del intercambio social.

#### Señales de alarma





No uso de  
estrategias  
preverbales  
de carácter  
comunicativo.

No mostrar con  
función declarativa  
(sólo por el hecho  
de compartir  
información).

No coordinación  
de los 3 registros  
comunicativos: oral,  
gestual y mirada.

## 5

## Comienzo de la separación

### Definición

#### Comienzo de la separación

Es la diferenciación del niño/a con la figura de referencia; el reconocerse como ser diferente, conlleva también el temor a la pérdida de esta persona y tiende a aferrarse más a ella y temer a los extraños. Presupone una identidad y aparece también la angustia del octavo mes.

La alternancia de presencia /ausencia de la figura de referencia exigen al niño o niña poner en marcha sus herramientas psíquicas, físicas, el uso de objetos transicionales y representaciones mentales para calmar su angustia de separación.

### Señales de alarma

Llanto desconsolado cuando la figura significativa se aleja, despertares y alteraciones en el sueño.

Alteraciones psicósomáticas, hipersensibilidad a cualquier separación potencial o real, hipervigilancia y control constante con la mirada.

Signos de tristeza: mirada perdida durante varias horas, no quiere jugar ni participar en las actividades.



Persigue a la figura de referencia, no quiere separarse de ella, pide más brazos de lo habitual, demanda estar en contacto permanente con ella, acaparamiento.

Dificultad para calmar la angustia: rabietas fuertes y continuadas.

Agresividad y rechazo hacia la figura de referencia.

Sentimiento de inseguridad interna, sensación de abandono (pérdida de confianza en que la figura de referencia va a volver).

Permanencia del objeto transicional de forma excesiva en el tiempo (hacia los 3-4 años los menores van dependiendo menos de este objeto).



## Constitución del yo

### Definición

La **constitución del yo**, nos ayuda a construir una imagen de nosotros mismos, una identidad que nos permite relacionarnos con el exterior.

La primera constitución del yo se genera como una imagen exterior al niño/a con la que él/ella se identifica.

Esta imagen surge a partir de:

- El señalamiento de quién es él en su imagen en el espejo, fotos...
- Comentarios que los padres o cuidadores hacen al menor atribuyéndole características (físicas, psíquicas, gustos...).
- Haciéndole consciente de que es un sujeto activo e independiente.

Posteriormente, integrará, transformará o negará esas atribuciones como suyas, conformando su yo y su personalidad.

Esta imagen que le ha proporcionado la constitución del yo le hace verse con un cuerpo más unificado y con un control más voluntario.

### Señales de alarma

Ausencia del “no”  
como separación  
del yo/no yo (no es  
capaz de oponerse  
al adulto).

No reconocimiento  
en el espejo y/o no  
identifica partes de  
su cuerpo.



Hace referencia  
a sí mismo en  
tercera persona.

No hay  
imitación.

No es capaz  
de elegir.

No hay diferenciación  
con el otro. No contesta  
a preguntas sobre sus  
gustos, sobre sí mismo  
(sobre sus vivencias, no  
de "memoria").

Autoestima  
no ajustada.

## 7

## Triangulación

### Definición

#### Triangulación

Inclusión de un tercero (entendido éste como persona, norma o entorno) que trasciende a la relación dual que mantienen la figura de referencia con el niño/a.

Este proceso permite al niño o niña comprender y participar del mundo social construyendo sus propias estrategias para relacionarse con el entorno.

### Señales de alarma

No permite que la figura de referencia se relacione con otros.

No permite que otro entre en la actividad que esté realizando.

No comparte intereses.

No acepta y/o no acaba de comprender la existencia de límites y normas

8

## Vivenciación del cuerpo

### Definición

#### Vivenciación del cuerpo

Toma de conciencia física y la construcción psíquica del mismo en la mente. Para ello se precisa la percepción de sensaciones, que a través de la experimentación en relación consigo mismo, con el entorno y con los otros van a generar distintas emociones y representaciones mentales.

### Señales de alarma

Percibe las sensaciones en el cuerpo como invasivas: sensaciones propioceptivas, fisiológicas...

Nombra las partes del cuerpo en una imagen, pero no en sí mismo.

No sabe dónde termina o empieza su cuerpo.

No distingue entre objetos animados e inanimados.

No diferenciación sexual.



## Intereses propios: deseo

### Definición

Intereses propios: deseo

Es el motor del desarrollo, ya que permite al niño/a pasar de ser un sujeto pasivo y dependiente del adulto a ser sujeto activo, buscando la independencia y la autonomía para satisfacer sus deseos. Alude a la necesidad de los niños y niñas de conectar con las cosas a su alrededor, que le lleva a la búsqueda del placer por interactuar con elementos de su entorno.

### Señales de alarma

El niño o niña no se interesa, mostrándose pasivo y con escasa iniciativa hacia el entorno.

Conecta únicamente con un grupo limitado de estímulos, con una actividad espontánea restringida.

Se muestra (excesivamente) dependiente del adulto a la hora de interactuar con el entorno y satisfacer sus deseos.

No muestra interés por los objetos, ni por su propio cuerpo ni por las personas.

Interés disperso sobre estímulos.



# 10

## Simbolización: creando un lenguaje propio

### Definición

Simbolización; creación de un lenguaje propio:

Capacidad para crear símbolos propios o utilizar los que ya conoce de forma creativa y espontánea.

### Señales de alarma

No aparece  
juego  
simbólico.

Ausencia de  
dramatización.

Existe una  
dificultad para  
representar algo  
por medio de  
dibujos.

Dificultad en la  
adquisición del lenguaje:  
ausencia del lenguaje  
simbólico, no ser capaz  
de denominar un objeto  
o persona que no está  
presente, uso de un  
lenguaje literal.

Uso exclusivo  
del objeto  
de forma  
funcional.

# 11

## Juego

### Definición

#### Juego

Capacidad que tiene el niño/a de disfrutar, generando y participando en momentos lúdicos y placenteros. Es condición necesaria e imprescindible para el aprendizaje, la comunicación y la socialización.

### Señales de alarma

El niño o niña no juega o se limita a observar, ignorar o sólo tocar los juguetes. Hay dificultades para jugar.

Su juego es rígido o estereotipado.

Los personajes del juego son rígidos o poco adaptados.

El juego no es creativo y se limita a una mera expresión de conflictos o repetición de su realidad, sin incluir elementos nuevos o diferentes.

Ausencia  
total de  
simbolización.  
No existe el  
"como si".

No dejar que el  
otro se introduzca  
en el juego.

Le cuesta diferenciar  
fantasía de realidad  
en el juego.

# 12

## Competencia social

### Definición

#### Competencia social

Se define por una serie de capacidades y habilidades que nos permiten tener relaciones. Debe existir una adecuación entre dichas habilidades (competencia comunicativa y competencia para comprender estados mentales propios y ajenos) y las características de la situación concreta.

### Señales de alarma

Niños y niñas con escasas o sin habilidades sociales.

Interés escaso o nulo por las relaciones sociales.

Interpretan los actos de manera negativa: atribución de mala intención, no cuestionan la accidentalidad de los hechos.

Interpretan los resultados sociales como menos positivos: atribución interna del fracaso y externa del éxito.

Utilizan estrategias pasivas o recurren a la autoridad por sistema y sin haber utilizado estrategias propias entre iguales.

Falta de empatía.

Utilizan estrategias poco eficaces: proponen la incorporación al grupo en momentos inadecuados, hacen preguntas irrelevantes, hablan de sí mismos en momentos poco oportunos. No es capaz de aceptar las normas de un juego grupal.

## CONCLUSIONES

---

En definitiva, por todo lo expuesto anteriormente, los Centros de Atención Temprana tenemos una función clave como facilitadores del desarrollo óptimo del niño, minimizando y/o modificando a través de diferentes intervenciones las dificultades de origen multicausal que presente en su desarrollo general. Por tanto, dentro del equipo pluridisciplinar de los centros, el/la psicoterapeuta será la figura que asegure que el niño/a tenga el desarrollo socioemocional esperable, interviniendo cuando no sea así. Se acudirá a ella cuando aparezca una sintomatología socioemocional y/o conductual que impida el adecuado desarrollo o genere malestar.

El objetivo final será eliminar o aminorar el malestar emocional existente en el/la niño/a, que le facilite o permita en lo posible una autonomía e independencia en el entorno inmediato y en la sociedad.

## BIBLIOGRAFÍA

---

- Aguilar, G. y Espada del Valle, B.(2002). **Terapia de juego cognitivo-conductual**. En Caballo, V.y Simón, V.(Comp.): **Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos específicos**. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. y Wall, S. (2015). **Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation**: Psychology Press.
- Alcantud, F. (Comp). **Intervención Psicoeducativa en Niños con Trastornos Generalizados del Desarrollo**. Madrid: Pirámide.
- Barkley, R., Murphy, C. y Banermeister, J. (1998). **Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Un manual de trabajo clínico**. New York: The Guilfor Press.
- Beck A. y Clark D. (1997). **El Estado de la Cuestión en la Teoría y la Terapia Cognitiva**. En Caro I (Comp): **Manual de Psicoterapias Cognitivas**. Barcelona: Paidós.
- Bettelheim, B. (2010). **No hay padres perfectos. El arte de educar a los hijos sin angustias ni complejos**. Barcelona: Editorial Crítica.
- Bowlby, J. (1998). **El apego**. Barcelona: Paidós Psicología Profunda.
- Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2007). **Implementación de Metáforas en la Terapia cognitiva con niños**. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 3, 16, 239-249.
- Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2008). **Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes. Aportes Técnicos**. Buenos Aires: Akadia.
- Caputto, I. (2001). **Mis miedos y yo**. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen.
- Cordié, A. (1998) **Los retrasados no existen. Psicoanálisis de niños con fracaso escolar**. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Cordié, A. (1994) **Un niño psicótico**. Buenos Aires: Nueva visión.
- Coriat, E. (1996) **Psicoanálisis de bebés y niños pequeños**. Buenos Aires: Ediciones la Campana.
- Díaz Curiel, J. (1991) **Trastornos psicosomáticos de la infancia**. Madrid: Editorial CEPE.
- Kreisler, L., Fain, M., y Souté, M. (1999) **El niño y el cuerpo**. España: Amorrortu editores.
- Lacan, J. (1995). “**Estadio del espejo del espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica**” en *Escritos 1*, Lacan, J. México: Siglo XXI
- FEAPS Madrid (coord.). (2011). **Modelo de centro de Atención Temprana**. FEAPS Madrid.
- Fonagy, P. (2008). **Teoría del Apego y Psicoanálisis. Clínica y salud**.
- Freeman J., Epston D. y Lobovits D. (2001): **Terapia Narrativa para Niños**. Barcelona: Paidós.
- Freud. S. (1914). **Introducción al narcisismo**. España: Amorrortu editores.

- Friedberg, R. y Mc Clure, J. (2005). **Práctica Clínica de Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes**. Barcelona: Paidós.
- Gomar, M., Mandil, J. y Bunge, E. (Comps) (2010) **Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con Niños y Adolescentes**. Buenos Aires: Poleno.
- Mahler, M et al. (1995) **El nacimiento psicológico del infante humano. Simbiosis e individuación**. Buenos Aires: Ed Marymar.
- Marrodán, J.L. (2015). **Vincúlate: relaciones reparadoras del vínculo en los niños adoptados y acogidos**. Bilbao: Desclée De Brouwer Amae.
- Marrone, M. (2001). **La Teoría del Apego. Un enfoque actual**. Madrid: Ed. Psímatica.
- Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N. y Muller, N. (2019). **Tratamiento basado en la mentalización para niños. Un abordaje de tiempo limitado**. Bilbao. Desclée De Brouwer. Biblioteca de Psicología.
- Monseny, J. (2009) **Educación aún...El educador frente a los retos de la enseñanza**. Barcelona: Cuadernos de educación, Horsori Editorial, SL.
- National Center for Clinical Infant Programs (1998). **Clasificación Diagnóstica: 0-3. Clasificación Diagnóstica de la Salud Mental y los desórdenes en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana**. Barcelona: Paidós.
- Pitillas, C., Berástegui, A. (2018). **Primera Alianza. Fortalecer y reparar los vínculos tempranos**. Barcelona. Gedisa.
- Pollán, N. y Labrit, M. (2007). **Modelo de Intervención y Estrategias en la Consulta por Niños. En D. Kopec y Rabinovich, J (Comps) Qué y Cómo. Prácticas en Psicoterapia Estratégica**. Buenos Aires: DunKen
- Spitz, RA. (1999). **El primer año de vida**. Mexico: S.L. Fondo de Cultura Económico de España.
- Stern, M. (2002). **Child Friendly Therapy. Biopsychosocial innovations for children and families**. New York. W.W. Norton & Company.
- Tendlarz, S. (1996). **¿De qué sufren los niños? La psicosis en Infancia**. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Villard, R. (1986) **Psicosis y autismo en el niño**. Barcelona-México: Masson.
- Wallin, D. (2012). **El apego en psicoterapia**. Bilbao: Desclée De Brouwer. Biblioteca de psicología.
- White, M. (1994). **Guía para una Terapia Familiar Sistémica**. Barcelona: Gedisa
- Wilner, R. y Levy, R. (2000). **Terapia Cognitiva en Niños. En Baringoltz, S. (comp.). Integración de Aportes Cognitivos a la Psicoterapia**. Buenos Aires: Lumiere.
- Winnicott, D. (1981) **Procesos de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional**. Barcelona: Ed. Laia.





[plenainclusionmadrid.org](http://plenainclusionmadrid.org)