
La Atención Temprana. Primeros niveles de detección e intervención

MT. de Miguel Martínez

Psicóloga, Unidad de Atención Temprana Servicio de Neonatología
Hospital Universitario Santa Cristina. Insalud. Madrid.

Resumen

La atención temprana al niño de riesgo o con alteraciones del desarrollo psicomotor requiere una detección precoz de la semiología de alarma cuyo primer nivel se da en el contexto neonatal y en Atención Primaria.

La evaluación del proceso madurativo en el marco de la consulta pediátrica permite la intervención inmediata de las alteraciones funcionales observadas en el examen clínico.

Dos estudios realizados en la Unidad de Atención Temprana del Servicio de Neonatología del Hospital Universitario Santa Cristina de Madrid sugieren el beneficio de iniciar lo antes posible la Atención Temprana en el período neonatal.

Palabras clave: Atención Temprana, Detección, Intervención, Neonatología.

Abstract

The Early Intervention to the child at risk with an impaired psychomotor development requires an early detection of the alarm semiology. This first level of detection is done in Neonatology and Primary Care contexts.

The evaluation of the child's maturative process in the Pediatrics setting allows the immediate intervention of the functional alterations observed in the clinical check-up.

The Early Intervention Unit, in the Neonatology Department of The University Hospital Santa Cristina of Madrid, carried on two different studies and both suggest the benefits of starting the Early Intervention in the Neonatal period.

Key words: Early Intervention, Detection, Intervention, Neonatology.

Definición de Atención Temprana

El Libro Blanco publicado en el año 2000 por el Ministerio de Asuntos Sociales y el Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía define la Atención Temprana como

“el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno que tienen por objeto dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastor-

nos en su desarrollo o riesgo de padecerlas. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar”.

Detección e intervención

En el amplio contexto que abarca la Atención Temprana concurren varias disciplinas que actúan a distintos niveles:

1º) Detección y diagnóstico en Obstetricia, Neonatología y Pediatría de Atención Primaria.

2º) Diferentes especialidades que participan en el proceso diagnóstico (Neurología, Genética, Rehabilitación, otras).

3º) Intervenciones terapéuticas clínicas, médicas y psicológicas, habilitadoras o rehabilitadoras, sociales y educativas de los trastornos del desarrollo psicomotor.

Contextos de intervención

La Atención Temprana se desarrolla en todos los contextos en los que se desenvuelve la vida del niño desde su nacimiento: hospital materno-infantil, centro de Atención Temprana extrahospitalario, familia y escuela infantil, adoptando en cada ámbito las modalidades que le son propias.

Tipos de intervención

La particularidad del trastorno y la edad del niño van a marcar el tipo de intervención más adecuada.

La atención puede comprender desde el apoyo psicológico y social exclusivamente, a la orientación a los padres para la aplicación de un programa en el medio familiar, la derivación a salud mental o la intervención terapéutica con el niño durante el período de hospitalización neonatal y en régimen ambulatorio posteriormente.

El tratamiento de las alteraciones del desarrollo es planificado y sistematizado de acuerdo a las técnicas de cada disciplina en un programa coordinado para favorecer un enfoque integral del niño.

La unidad de Atención Temprana en el servicio de neonatología

La Unidad de Atención Temprana del Servicio de Neonatología del Hospital Universitario Santa Cristina de Madrid inició su actividad en 1974 atendiendo a niños de muy bajo peso al nacimiento (Villa Elizaga 1976), extendiéndose posteriormente a los recién nacidos que presentaban una semiología de alarma o riesgo neurológico.

Actualmente se atiende a niños desde el nacimiento hasta los tres años de

edad siendo su procedencia interna y externa al hospital.

Los niños de procedencia interna son derivados por el Servicio de Neonatología siguiendo los criterios de riesgo descritos en el Libro Blanco de la Atención Temprana (pág.107).

Durante el año 2000 ingresaron en la Unidad de Atención Temprana un total de 124 niños.

La edad al inicio del tratamiento en Atención Temprana en los niños de procedencia interna fue de media 10 días.

En los niños de procedencia externa la edad al inicio del tratamiento fue de media 6 meses.

La diferencia significativa de edad de inicio de la Atención Temprana entre niños de procedencia interna y externa hace referencia a la conveniencia de disponer de un equipo de intervención en el Servicio de Neonatología (Mulas 1998), donde algunos niños prematuros llegan a permanecer ingresados durante varios meses necesitando de estos tratamientos.

El equipo transdisciplinar de la unidad de Atención Temprana

El equipo profesional de Atención Temprana está compuesto por 1 Peditra-Neonatólogo, 1 Psicólogo, 3 Fisioterapeutas, 3 Terapeutas de Estimulación

Psicomotriz, 1 Logopeda, 1 Trabajadora Social y 1 Auxiliar de Clínica.

Los profesionales se coordinan con criterios de transdisciplinariedad, es decir, tratando de que cada uno conozca los fundamentos de las demás disciplinas y sus aspectos comunes, compartiendo la misma epistemología acerca de la Atención Temprana, lo que permite proponer acciones eficaces y orientadas a objetivos previamente consensuados y adaptados a la particularidad de cada caso.

La Atención Temprana se inicia durante la hospitalización neonatal con las intervenciones siguientes:

Fisioterapia: se aplica el Método de Locomoción Refleja de Vojta con el fin de activar la conducta motriz normal del niño e inhibir o modificar el desarrollo alterado de la motricidad y la postura.

Se trata de lograr una finalidad terapéutica en los casos en que ya se observan patrones desviados de la normalidad en la ontogénesis postural y en la reflexología y una finalidad preventiva en tanto que se está evitando la instauración de un cuadro motor patológico.

Estimulación de las praxias orofaciales: realizada por el Logopeda, a los niños que presentan alteraciones de la succión y/o deglución a causa de inmadurez, hipertonía o hipotonía, fisura pa-

latina, labio leporino, otras malformaciones y trastornos de la función alimenticia tanto en sus aspectos prácticos como vinculares.

Con esta intervención al inicio del trastorno se logra disminuir el tiempo de mantenimiento de la nutrición por sonda nasogástrica o por gastrostomía al conseguir restablecer la funcionalidad de la alimentación oral por medio de los ejercicios adecuados, evitándose los inconvenientes habituales de los largos periodos de instauración de dichas técnicas, (Vidaurrezaga 1998) como son:

a) Alteración de las funciones prácticas de la alimentación.

b) Rechazo a la introducción de cualquier alimento en la boca.

c) No presentar conducta de chupar la mano u objetos.

d) La perturbación de la relación vincular por la falta de alimentación oral.

Estimulación psicoafectiva de los padres que interaccionan con sus hijos en el Servicio de Neonatología y de los cuidados del personal de enfermería neonatal.

Apoyo psicológico y social a las familias en situación de crisis adaptativas, depresión post-parto, trastornos del vínculo y otros problemas psicológicos y sociales, así como su derivación a Salud Mental en los casos que la requieren.

Intervención posthospitalaria

Al alta hospitalaria los niños que han estado recibiendo Atención Temprana neonatal son controlados con un seguimiento pediátrico y psicológico protocolizado en la Policlínica Madurativa, continuándose la Atención Temprana con carácter ambulatorio e individual en los distintos aspectos del desarrollo psicomotor que lo precise (Fisioterapia, Estimulación Psicomotriz, Logopedia) con orientación a los padres para la aplicación del programa en el medio familiar.

En la terapia de Estimulación Psicomotriz se trabajan de forma integrada los aspectos sensorio-perceptivos, cognitivos y comunicativos en control postural adecuado y la modificación de las alteraciones de conducta en un contexto interactivo de juego favorecedor de patrones adaptativos.

Durante el período de tratamiento de Atención Temprana se favorece la integración de los niños en la Escuela Infantil estableciéndose coordinación directa con los profesionales de estos Centros Educativos de la Comunidad Autónoma de Madrid y de los Ayuntamientos.

Al llegar a la edad de tres años algunos niños que necesitan continuar los tratamientos son derivados a los centros adecuados en colaboración con las familias.

Interés de la detección e intervención tempranas

Numerosos estudios han venido insistiendo en las últimas décadas sobre la diferente evolución psicomotriz de los niños cuyas alteraciones del desarrollo son detectadas e inmediatamente tratadas respecto a aquellos en los que la detección y el tratamiento se inician más tarde.

En la unidad de Atención Temprana del Hospital Santa Cristina se estudiaron en 1998, 35 niños de peso <1.500 grs. y de edad gestacional <34 semanas, de los que 25 niños nacieron en el Hospital y 10 niños procedían del exterior. Todos presentaron signos de alto riesgo asociados a su prematuridad.

Los 25 niños de procedencia interna recibieron Atención Temprana adecuada a sus necesidades durante la hospitalización neonatal continuándose los tratamientos de forma ambulatoria posteriormente. De este grupo 23 niños evolucionaron hacia la normalidad y 2 niños presentaron secuelas de grave afectación motora crónica.

Los 10 niños de procedencia externa llegaron a la Unidad de Atención Temprana a la edad de 7,5 meses de media para iniciar tratamiento. De este grupo, 5 niños presentaron secuelas de grave afectación crónica.

Los 28 niños que evolucionaron favorablemente alcanzaron un cociente de desarrollo global de media 97 (según la Escala de Desarrollo Psicomotor de Brunet-Lézine). Los 7 niños que evolucionaron desfavorablemente alcanzaron un cociente de desarrollo de media 47.

De los 7 niños con evolución desfavorable, presentaron alteraciones visuales 6 niños: 2 retinopatías, 3 estrabismos convergentes bilaterales, 1 ambliopía, 1 nistagmus.

De los 35 niños de la muestra el 50% presentaron un déficit atencional sin hiperactividad que mejoró hacia los 15 meses y de estos en el 14% se mantuvo el déficit atencional pasada esa edad.

En general los niños que recibieron tratamiento desde el período neonatal evolucionaron más favorablemente que los que iniciaron la Atención Temprana en el curso del tercer trimestre de vida.

Otro estudio de 1993 permitió observar a 4 niños que manifestaron un cuadro de trastorno de la comunicación:

- Dos de estos niños nacidos en el hospital presentaban alteraciones neurológicas (Síndrome de West y Depresión Central Media) iniciándose la atención temprana desde la etapa neonatal.

Al principio del 3º trimestre de vida desarrollaron las conductas disfun-

cionales siguientes: movimientos de aleteo de brazos con dedos en garras, retracción de brazos al ofrecerle un objeto, uso repetitivo y no funcional de objetos, evitación de mirada, mirada ensimismada a la luz o al infinito, pérdida de sonrisa, trastorno del sueño y baja tolerancia a la frustración.

Estas conductas fueron abordadas terapéuticamente con el niño y con su familia lográndose su eliminación y la normalización de las conductas comunicativas.

- Los dos niños procedentes del exterior ingresaron en la Unidad de Atención Temprana al final del 4º trimestre de vida diagnosticados de retraso madurativo, sin alteración neurológica detectada y presentando, ya instaurado al ingreso, el mismo cuadro conductual descrito anteriormente.

Se estableció un abordaje terapéutico con los niños y la familia lográndose la disminución en frecuencia e intensidad de las conductas disfuncionales sin extinción de las mismas, permaneciendo hasta los 3 años un cuadro compatible con un trastorno grave del desarrollo.

A pesar de lo reducido de la muestra, el estudio nos plantea la cuestión de la

importancia de la detección precoz y la intervención inmediata tanto en los trastornos psicomotrices como en los de riesgo psicológico.

La familia en la Atención Temprana

La llegada de un nuevo miembro al seno de una familia desencadena en ésta los **mecanismos de adaptación** que permiten la acogida e integración del bebé en su entorno familiar.

Cuando nace un niño con algún problema o aparecen alteraciones de desarrollo en los primeros meses de vida surge una situación de **turbulencia** en el sistema familiar, tanto nuclear como extenso, iniciándose una crisis "fisiológica" de la que se recuperan tras una etapa de adaptación compleja y en ocasiones larga en el tiempo.

Entendemos por **crisis** un proceso de ruptura del equilibrio anterior provocado por una situación problemática que origina desajustes en las reglas de funcionamiento y en las metas anteriores del sistema (F.Rojero C.; Suárez, T., 1983).

La crisis, como proceso que es, evoluciona y puede resolverse hacia el **ajuste adaptativo** con planteamientos nuevos o hacia la **disfunción** con el siguiente aumento de la tensión y la rigidez de las reglas familiares.

Los padres de los niños que precisan atención temprana se encuentran en una dura etapa recibiendo informaciones de difícil manejo, escasamente clarificadoras y que les presentan a un hijo con problemas y con un futuro incierto al que en estos primeros momentos ven como fuente de sufrimiento. Ante esta situación las familias comienzan un largo peregrinaje en busca de apoyos y actuaciones que no siempre les llegan con la prontitud que sería deseable.

En la consulta pediátrica es frecuente que los padres refieran observaciones sobre el desarrollo o la conducta de sus hijos que les preocupan y esto requiere del pediatra una escucha atenta para esclarecer aspectos evolutivos o en ocasiones para detectar una semiología de alarma que puede aparecer en los primeros meses de vida del niño con o sin antecedentes perinatales.

El pediatra de Atención Primaria en la Atención Temprana

La consulta del pediatra de Atención Primaria es el marco idóneo y realmente único para valorar los aspectos de riesgo que incluyen factores biopsicosociales con correlaciones recursivas entre estos tres niveles.

El pediatra actúa en el contexto de un seguimiento regular y una relación pri-

vilegiada con la familia para abordar ese fenómeno tan complejo, rápido e intenso que es el desarrollo de un ser humano en los dos primeros años de vida.

La discriminación entre un retraso madurativo simple que puede mejorar con el tiempo sin intervención alguna o con sencillas pautas a los padres y un cuadro evolutivo cualitativa y cuantitativamente disfuncional que se desvía de un patrón normal permite el inicio de un proceso diagnóstico de filiación etiológica. Este proceso diagnóstico puede durar meses o no ser posible una identificación nosológica del problema, pero si persiste la semiología de alarma mientras pasan los meses, el cuadro permanece o se agrava si se demora la intervención terapéutica, con los costes humanos, económicos y sociales que esto puede conllevar.

En las últimas décadas los trabajos de investigación apuntan que la mayor optimización del desarrollo en los niños de alto riesgo está en función de la precocidad del inicio de la Atención Temprana.

La Atención Temprana se debe iniciar desde la detección porque trabaja sobre los signos disfuncionales que se observan en la evaluación clínica, para tratar de corregir los patrones psicomotrices alterados.

La Atención Temprana realizada por profesionales con formación y experien-

cia, basada en la evaluación funcional del desarrollo psicomotor y adaptada a las necesidades de cada niño, habilita funciones, previene y corrige alteraciones evolutivas que son preliminares de secuelas a corto plazo. La Atención Temprana no tiene como finalidad "adelantar" etapas evolutivas, ni hacer superbebés precoces, únicamente trata alteraciones o trastornos para optimizar el desarrollo funcional del niño adaptado a su medio.

El pediatra dispone de la oportunidad, que no tienen otros profesionales, de estar en la primera línea de actuación que es la más próxima para incidir en ese período tan crítico y permeable al cambio como es el de la maduración neurológica y la plasticidad cerebral (Campos Castelló 1995). No hay otra etapa en la vida

en la que el ser humano experimente en tan breve lapso de tiempo un proceso evolutivo tan intenso.

El problema fundamental con el que se encuentra el pediatra es la falta de información sobre los recursos de Atención Temprana y de una vía directa de acceso a éstos, lo que dificulta una pronta llegada de los niños detectados a los Centros de Atención Temprana.

El pediatra de Atención Primaria que acompaña a las familias en el proceso evolutivo de sus hijos, es también el agente aglutinador de las distintas actuaciones que se llevan a cabo sobre el niño, debiendo obtener de ellas la información necesaria para realizar una labor conjunta y eficaz para facilitar un desarrollo global y armónico al niño desde el principio de la vida.

Bibliografía

- Alonso Seco JM. *La Atención Temprana en España. Perspectiva Histórica*. Actas III Jornadas Científicas. Sociedad Española de Rehabilitación Infantil. A Coruña 01, 17-42. 1998.
- Amiel-Tison C, Grenler A. *Vigilancia neurológica durante el primer año de vida*. Barcelona. Mason. 1998.
- Arizcun J, Retortillo F. *La Atención Temprana en la Comunidad de Madrid. Situación actual y documentos del Grupo PADI Madrid GENYSI*. Asociación interdisciplinar para la prevención y Atención Temprana de las deficiencias, 1999. 126 p. (Sig 2996).
- Brazelton TB, Cramer B. *La relación más temprana*. Barcelona. Paidós. 1993.
- Campos Castello J. *The Role of the Pediatric Neurologist in Neurorehabilitation*. GENYSI Computerized Evaluation in Neurorehabilitation. Developmental Medicine and Child Neurology. Abstracts N° 72 March 1995/ Vol. 37/3, 18.
- Dirección General de Salud Pública. *Guía para la detección precoz de las deficiencias del recién nacido y del niño en Atención Primaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991.
- Fadon Pérez O. *Diagnóstico a largo plazo de los factores de riesgo perinatal*. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad Santiago de Compostela. 1983.
- García Fernández FA, Castellanos P, Mendieta P. *Definición de Atención Temprana y sus vertientes de intervención desde un modelo integral*. Revista de Atención Temprana 1, 57-62. Murcia. 1998.
- Gómez Tolón J. *Rehabilitación psicomotriz en la Atención Precoz del niño*. Zaragoza. Mira. 1999.
- Grupo de Atención Primaria. *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales. Real Patronato de prevención y atención a personas con minusvalía. 2000.
- Guralnik M, Bennet F. *Eficacia de una intervención precoz en niños minusválidos y en situaciones de riesgo*. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales. 1989.
- Hellbrugge TH. *Diagnóstico Funcional del desarrollo durante el primer año de vida*. Alcoy. Marfil. 1980.
- Linares López MA, Sánchez de Muniain P. *Valoración Cinesiológica de las alteraciones motoras en los primeros meses de vida, según Vojta*. Rehabilitación. Madrid 1997; 31: 448-456.
- Mazet P, Stolern S. *Psicopatología de la primera infancia*. Barcelona. Masson. 1990.

- Miguel MT, Vidaurrazaga MJ, Hergueta F, González F. *Alteraciones de la conducta interactiva en niños de alto riesgo: detección, tratamiento y evolución de 4 casos*. Actas VII Congreso Nacional de Autismo. Madrid. 1993.
- Mulas F. *Prematuridad y daño cerebral, repercusión neuro-psico-social*. Actas III Jornadas Científicas de la Sociedad Española de Rehabilitación Infantil. A Coruña 07, 135-147. 1998.
- Pérez-Mínguez C. *Interacción temprana y procesos de mutua influencia: análisis de la intersubjetividad en el contexto interinstitucional*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. UNED. 1996.
- Puig de la Bellacasa J. *Atención a niños en situación de riesgo psicossocial. experiencia de un Centro de Salud*. Revista Pediatría en Atención Temprana. V.I. Enero-Mayo 1999 nº1, pg 57-69. Madrid.
- Rodríguez C, Moro CH. *El mágico número tres*. Barcelona. Paidós. 1999.
- Suárez T, Rojero C. *Paradigma sistémico y terapia de familia*. Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría (A.E.N.) 1983.
- Valle M. *Atención al niño de riesgo hospitalizado*. Informe II Real Patronato de prevención y atención temprana a personas con minusvalías. Doc.17/87, 217-221. 1987.
- Villa I, García R, Miguel MT. *Estimulación precoz en niños de bajo peso*. Archivos Argentinos de Pediatría, 74, 197. 1976.
- Villablanca JR. *Recuperación funcional y reorganización anatómica del cerebro con daño neonatal*. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales. Real Patronato de prevención y atención a personas con minusvalía. Serie Documentos núm. 26/91.
- Vojta V. *Alteraciones motoras cerebrales infantiles. Diagnóstico y tratamiento precoz*. Madrid. Paideia ATAM. 1991.
- Winnicott DW. *Los bebés y sus madres*. Buenos Aires. Paidós. 1990.
- Zukunft-Huber B. *El desarrollo sano durante el primer año de vida*. Barcelona. Paidós. 1997.

