

## EL HOSPITAL DE DÍA COMO DISPOSITIVO DE APOYO PARA LA EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA\*

Mercedes Valle Trapero\*\*

### RESUMEN

En este trabajo referimos la necesidad de coordinación fluida de los Equipos de Salud Mental infanto juvenil con los servicios de Pediatría de Atención Primaria y Especialidades para la evaluación psicológica, que es imprescindible casi siempre, antes de iniciar tratamientos en Atención Temprana. Se exponen los trastornos emocionales más frecuentes sobre todo en poblaciones de alto riesgo perinatal, así como el enfoque terapéutico adecuado.

*Palabras clave:* Salud mental, Evaluación psicológica, Atención temprana; trastornos precoces del desarrollo emocional.

### ABSTRACT

In this work we refer to the necessity about the fluent coordination between the Children's Mental Health team and the Primary care pediatric services and Specialities for the psychological evaluation, which is essential almost always, before

---

\* Ponencia presentada en el I Congreso Regional y I Jornadas Nacionales de Hospitales de día-terapia intensiva de niños y adolescentes que bajo el título: "Hospitales de Día de niños y adolescentes" tuvo lugar el viernes 22 y sábado 23 de mayo de 2009 en Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

\*\* Psicóloga clínica. Servicio de Neonatología. Hospital Clínico S. Carlos de Madrid. Email: mvalle.hcsc@salud.madrid.org

starting early treatments. The most frequent emotional disturbs appear especially in populations with a high **perinatal** risk, so as the adequate therapeutic approach initially with.

*Key words:* Mental Health, Psychological evaluation, Early treatments: early disorders of the emotional development.

La coordinación de los centros y equipos de Atención Temprana (AT) y Salud Mental debería hacerse de forma fluida, como prevención de patologías mentales más graves.

Cuando un niño es derivado desde el sistema sanitario a dispositivos de Atención Temprana, a cualquier edad, es necesario que, antes de hacer una Intervención sobre el niño (prevención terciaria) haya un diagnóstico psicológico complementario, centrado en la familia, para tratar de identificar la posible etiología del trastorno o comorbilidad, si no hay una base orgánica evidente; así se evitarían muchas intervenciones innecesarias o perjudiciales (AT en Europa 2003, Pallás 2002).

El pediatra pues debería disponer de una evaluación psicológica complementaria, como la neuropediatría, antes de mandar o decidir tratamientos en AT, con la derivación oportuna.

Una coordinación eficaz parece sí es posible en algunas sitios, pero en general los pediatras se quejan que no hay fluidez, rapidez en la información, tampoco criterios definidos con Salud Mental y éstos que, con frecuencia, no tienen capacidad para evaluar trastornos en niños tan pequeños.

Nuestro modelo asistencial resulta muy caro y con listas de espera para todo, con el consiguiente desgaste familiar, basado en el modelo de los años 70-80 (Guralnick, 1989), en los que había un mayor predominio de deficiencias establecidas; hoy es inabarcable frente al surgimiento de nuevas morbilidades en niños, no sólo unidas al aumento de población, la gran supervivencia, que conlleva hospitalizaciones prolongadas, y nuevas técnicas de procreación sino a factores socioculturales que afectan a la estabilidad de las nuevas organizaciones familiares y a las formas de crianza de los más pequeños.

Curiosamente la evidencia científica demuestra que es ésta la población más vulnerable, frente a estos factores, porque son los más dependientes. En el caso de niños con trastornos

mentales graves la evidencia es mayor y los resultados son claros: la evolución depende del diagnóstico y abordaje precoz y el nivel de implicación parental; una derivación prematura a AT define el problema centrándolo en el niño, pasando los aspectos relacionales a segundo plano.

### **¿QUÉ TRASTORNOS DEBERÍAN SER EVALUADOS DESDE SALUD MENTAL, DERIVADOS DE PEDIATRÍA, POR PRESENTAR UNA CLARA ALTERACIÓN DEL DESARROLLO?**

En AT vemos niños, en el 1º semestre, la mayoría con factores de Riesgo biológico unidos a larga hospitalización neonatal o varias intermitentes, que presentan **un trastorno en la Regulación**, definido por la clasificación diagnóstica 0-3 (Nacional Center for Clinical Infant. 2005). Suele ser detectado en las consultas de seguimiento de neonatología, neuropsiquiatría o su pediatra de Zona, estos profesionales están muy atentos por los factores de riesgo biológico (FRB) perinatales sufridos por estos niños y detectan muy pronto una alteración en el desarrollo; además suelen causarles gran impacto al no encontrar factores etiológicos que justifiquen esta alteración global del desarrollo tan precoz.

**La sintomatología** fundamental es: alteraciones del tono, dificultades para el procesamiento sensorial, no atención mutua, inaccesibilidad, vínculo evitativo, siempre unido a una alta reactividad negativa al contacto corporal.

**Otros diagnósticos:** Teniendo como referencia el modelo de la clasificación diagnóstica 0-3, en el diagnóstico relacional siempre se encuentran relaciones alteradas.

En diagnósticos médicos, suele haber varios, pero no de gran riesgo neurológico (ECOS normales, exploración neurológica dentro de la normalidad al alta neonatal).

Estresores psicosociales familiares suelen existir y de intensidad moderada-severa.

El nivel funcional emocional siempre es inadecuado para la edad del niño.

Se derivan a AT porque presentan una Alteración evidente en el desarrollo: no atienden, lo lógico es estimular; está rígido, el arqueado del cuerpo parece un opitóstonos, provoca una incoordinación motriz, o bien es como “un bebé de trapo”, por ello se solicita fisioterapia; es muy nervioso o insensible a los estímulos, no demanda, no le entienden, etc.

La indicación de ir a AT para que le estimulen, sin un diagnóstico claro a la familia de qué le pasa, se convierte en otro estresor psicosocial, unido a que el niño no mejora claro, lo cual a su vez justifica intensificar la estimulación, convirtiendo la solución en el problema, como se dice en el modelo sistémico.

En cambio si se hace desde la salud mental y hay una buena implicación parental, se modifican las relaciones, se aumentan los factores de Protección y bienestar, el conocimiento del niño, analizando sus proyecciones, suele remitir, pero siguen siendo niños muy vulnerables a poder desarrollar un trastorno mental hasta los 18 meses. Deberían seguir en el ámbito de Salud Mental.

Otro tipo de niños, más preocupante aún al ser detectados más tarde, son los que derivan sobre **los 24 meses** por presentar “una amplia gama de **dificultades lingüísticas e interpersonales**” como refiere la clasificación 0-3.

En principio podría parecer más un problema sociocultural que clínico, generado por una estructura social donde el cuidado de los más pequeños no cuenta apenas con recursos ni ayudas a los padres, con unos entornos para la crianza inestables, contradictorios, llenos de aparatos para facilitar todo y horas de guardería excesivas sin calidad educativa, pero el trastorno mental es grave.

Esta etapa de 2-3 años, una vez que se han consolidadas las capacidades sensoriomotrices, se sabe que es fundamental en el desarrollo para la interacción social y los procesos representacionales, unido a unas expectativas positivas todavía en su entorno social (puede mejorar mucho). El diagnóstico que se hace es decisivo para la intervención y pronóstico.

Siguiendo la Clasificación diagnóstica 0-3, la que mejor recoge estos problemas actualmente, muchos niños que presentan estas graves dificultades, están recibiendo el diagnóstico

de TGD (según la clasificación DSM. IV), que incluye el espectro autista, lo cual supone un pronóstico muy pesimista y arriesgado; se está emitiendo en amplios sectores educativos y terapéuticos y aún no hay evidencia científica, a estas edades, ni suficientes estudios, que lo justifique. En nuestro entorno clínico y educativo también se comenta que cada vez vemos más niños a los cuales se les diagnostica posible TGD, o parece un hiperactivo a los 2 años.

Se debe tener muy en cuenta el gran potencial evolutivo a esta edad y la posibilidad de una clara mejoría cuando presentan una gama, aunque sea reducida, de patrones relacionales, incluso inadecuados, unida a dificultades en la regulación del afecto y una variedad de dificultades de procesamiento, motrices, sensoriales y cognitivas.

El nuevo diagnóstico que propone es Trastorno multisistémico del desarrollo (TMDS): según sus investigaciones y la práctica clínica demuestran que tratados de forma adecuada y con diagnóstico precoz, muestran un progreso sistemático hacia una relación más interactiva de calidez y le sigue un progreso en lenguaje y cognición.

**Si se aplica este diagnóstico, el déficit no es permanente, esta abierto al cambio, en cuanto a la etiología, evolución y pronóstico.**

**“TMSD es una expresión descriptiva** y refleja el hecho de que hay múltiples tipos de retrasos o disfunciones, por tanto debe considerarse cuando hay un deterioro significativo de la comunicación y el procesamiento motor y sensorial, pero revela alguna capacidad potencial para la intimidad y proximidad relacionales.

La relación con los pares, a esta edad no es la base para determinar su capacidad relacional básica” (p 72-73).

## **OBJETIVOS PROPUESTOS SEGÚN ESTE ENFOQUE**

Prioridad absoluta de Intervención.

Desde Salud Mental se ve necesario un tratamiento intensivo para potenciar capacidades emergentes, no parece posible reeducar meramente funciones que además no han podido aparecer aun.

Abordaje de las dificultades emocionales y para el procesamiento, sobre todo sus aptitudes simbólicas.

Ayudar a la autorregulación emocional y organizar sus experiencias.

¿Cuál es el contexto más adecuado y de quién la responsabilidad del diagnóstico e intervención?

¿Es posible hacerlo desde los entornos de Atención Temprana?

¿Qué abordajes y métodos terapéuticos son los más adecuados a esta edad?

## **COORDINACIÓN**

Siempre suele haber una respuesta en Educación, ya que a los 3 años todos los niños pueden ser escolarizados y hay un equipo específico de TGD que hace una evaluación psicopedagógica; lo preocupante es que, siendo un equipo escolar, en coordinación con los Centros específicos de Atención Temprana (CATs) están evaluando niños cada vez de menor edad.

## **CASO PRÁCTICO**

Niño de 2 años 9 meses, enviado de neuropediatría por retraso en lenguaje; sano, a término, pero muy alérgico a determinados alimentos, le tenían que dar aparte de comer en la escuela para que no le diera envidia la comida de otros niños (dice la madre). Le define como un niño muy bueno, que no demandaba nada, mucho en la cuna, no gateó. Ingresó pronto en Escuela Infantil privada. Es hijo único, los padres, españoles, trabajan ambos, nivel cultural medio.

En la exploración empieza sentado al lado de la madre; sí hay atención, pero muy breve, no es recíproca, se satura enseguida e inicia un juego muy repetitivo; presenta dificultades en reactividad sensorial y motriz, tropieza mucho, no atiende a ninguna orden (pienso en pedirle potenciales evocados auditivos PEAT); la madre interfiere continuamente; me dice que sí señala; viene a mi lado donde están los juguetes, acepta la cercanía y una caricia, consigo algunas respuestas de imita-

ción, secuencias interactivas como a nivel de 10-12 meses. No hay juego simbólico ni conocimiento de su imagen corporal.

Mi impresión diagnóstica es: TMSD patrón C.: tiene gestos sociales simples, no señala, algunos más complejos como aparecer y desaparecer por la puerta, buscar a la madre; se satura enseguida pero acepta la proximidad incluso la caricia.

Eje II: parece una relación sobreinvolucrada (padre nunca ha venido, a pesar de mi insistencia) no hay reciprocidad, ni gestos verbales entre ellos, pero sí cercanía y busca la mirada de la madre.

Eje III: estresor psicosocial: moderado-severo: el inicio de escuela infantil, privada, muy pronto y con un nivel evolutivo muy bajo.

Hago una redefinición del diagnóstico, le digo que no es un simple retraso del lenguaje, la madre parece muy receptiva y pregunta por qué estará así, si será porque le daban de comer aparte en la guardería, para que no tuviera envidia. Le explico el tipo de tratamiento que necesita, hago la derivación y pido una entrevista con el padre también (no vienen).

A los 3 años vuelve, me dice que dejó el centro que le indiqué porque le admitieron en un centro de Atención Temprana; ha estado haciendo tratamiento de Estimulación y Psicomotricidad; me dice que muy bien, que no se cae tanto, y dice alguna palabra. La veo mucho menos involucrada en el problema; le han dicho que no es un problema emocional, me sugiere que puede tener algo de autismo; que va a ir al colegio con apoyo y que ha empezado logopedia con el método de pictogramas, (me había llamado la atención que al enseñarle una lámina con dibujos se retirara).

En la exploración veo ha mejorado la planificación motriz y cierta organización sensorial, pero nada de atención conjunta, ni mirada casi, nada de conocimiento de su imagen corporal, eso es muy difícil de enseñarle me dice la madre (en los test de desarrollo esa capacidad está puesta como adquirida a los 21 meses); el mismo juego repetitivo, ninguna capacidad simbólica o imitación diferida, pura experimentación sensoriomotriz y muy breve; el Cociente de desarrollo en el test de Brunet Lezine ha bajado.

La madre me dice al despedirse “que qué es eso de un enfoque más terapéutico”. Derivo a salud mental para posibilidad de Hospital de Día ese año, ya que el equipo de Educación no le ha derivado, aunque está en la misma zona.

## BIBLIOGRAFÍA

- Als, H. (1988): Modelos de conducta infantil: ¿análogos de ulteriores dificultades de organización? C.5. En Duffy, FH. Geschwind, N. (1998): *Dislexia. Aspectos psicológicos y neurológicos*. Ed. Labor. Barcelona.
- Arizcun, J. y Arrabal, M<sup>a</sup> C. (2005): Deficiencias, Discapacidades del Desarrollo y los servicios de Neonatología. En Millá, MG y Mulas, F. *Atención Temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención*. C.6. pág. 85-108. Ed. Promolibro. Valencia.
- Atención Temprana. Análisis de la situación en Europa. Aspectos clave y recomendaciones (2003). European agency for Developement in Special Need Education.
- Editora Victoria Soriano.  
<http://www.european-agency.org/eci/eci.htmlwww.european-agency.org>
- Fava Vizziello, G. (1997): “Representaciones Maternas, Apego y Desarrollo en los niños prematuros”. *Ponencia del XI Congreso Nacional de SEPYNNA*. Lérida.
- Genysi on line
- Guralnick, M. Forrest, C. (1989). *Eficacia de una intervención temprana en los casos de alto riesgo*. Colección Rehabilitación. Ministerio de Asuntos Sociales. ISBN:84-86852-
- Jiménez, Pascual, A. (2002): Detección y atención de la patología mental en la 1<sup>a</sup> infancia. *Rev. Asoc. Españ. Neuropsiquiatría*, vol. XXII. N<sup>o</sup> 82 pp115-126
- Juri, L (2008): El sentimiento de seguridad es un camino del desarrollo. *Rev. De Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, n<sup>o</sup> 11, 43-48. Abril.
- IMMF (1998): *Programa para la detección del riesgo social en neonatología*. Madrid, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales



- Lira, P. (2004). Identificación de Factores de Riesgo. Modelo Ecológico. On line: <http://smaq.prw.net/abusos/identificación.htm>
- Muratori, F. (2008): El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria. *Rev. de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente* n° 12, 39,50. Noviembre.
- Nacional Center for Clinical Infant *Diagnóstica: 0-3. Clasificación diagnóstica de la salud mental y los desórdenes del desarrollo de la infancia y la niñez temprana*. Barcelona: Paidós. Revised(DC: 0-3R). ZERO TO THREE 2005. ISBN O\_943657-90-3. Item N° 335-OLB.
- Pallás, CM. Dela Cruz, J. Medina, C: (2002): Programas de Seguimiento. ¿Por qué?. *Rev. de Atención Temprana de Murcia*. Vol. 5, n° 2, 63-75. Diciembre.
- Perapoch, J., Pallás, CR y al. (2006): Cuidados centrados en el desarrollo en España. *Anales de Pediatría (Barcelona)* 64 (2)132-9.
- Reinberger, S. (2009): Cuidado del prematuro. *Mente y Cuerpo* 34. pp. 16-22.
- Schwab, C. (2005). Escala de temperamento. En [www.SchwabLearnig.org](http://www.SchwabLearnig.org)
- Valle, M. (2005). Prevención de trastornos del desarrollo y Pedagogía Hospitalaria. En Millá, Mª G y Mulas, F. *Atención Temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención*. C.18, pp. 329-340. Ed. Promolibro. Valencia. I.S.B.N. 84-7986-598-9.