

¿LA ATENCIÓN A LOS PADRES Y AL NIÑO MENOR DE TRES AÑOS PREVIENE LA ENFERMEDAD MENTAL?*

Carme Masip, Jordi Ponces y M. Dolores Mestres**

Quando unos padres buscan la ayuda de un equipo de profesionales porque su hijo presenta problemas de desarrollo de alguna manera expresan un conocimiento del niño, un interés por él y al mismo tiempo expresan su dificultad para enfrentarse solos al problema. Esto parecería que es un buen punto de partida para el abordaje terapéutico de cada caso. Pero no siempre es así; un número significativo de casos viene a la visita con la esperanza de que el profesional les diga que su hijo "no tiene nada". En ocasiones es el pediatra o la educadora de la guardería quien anima a los padres a realizar la consulta, a menudo con la reticencia de la propia familia. Estas reticencias son mayores cuando el niño presenta dificultades que, como la pobreza en el juego, o en el lenguaje son poco valoradas por los padres.

En una revisión que hicimos el año 1997 sobre los 3.722 casos de niños de 0 a 3 años atendidos en nuestro Servicio desde su fundación el año 1965, 3.360 presentaban una

* Comunicación presentada en XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, que bajo el título "Trastornos de la personalidad en la infancia y en la adolescencia", se celebró en Donostia/San Sebastián los días 27 y 28 de octubre de 2000.

** Sección de Prevenció i Tractament Precoç. Centre Pilot Arcàngel Sant Gabriel

importante patología neurológica o psíquica. Pero 362 casos no se correspondían con los grandes cuadros de patología neurológica o psíquica, aunque en algunos, al principio, su situación pudiera ser preocupante. Su evolución posterior nos hace pensar que no estamos delante de una patología mayor.

La mayor parte de este grupo de niños, tras un tiempo de tratamiento, alcanzan una normalización en lo que se refiere a las grandes etapas del desarrollo neuropsíquico o presentan unos trastornos que obligarán, en la etapa escolar a otros tipos de ayuda, como puede ser una redacción psicomotriz, un tratamiento logopédico o una psicoterapia.

Con toda seguridad hay que suponer que si estos niños no han evolucionado a una patología mayor, se debe a que las lesiones que pueda tener su cerebro (caso que las tenga) no son muy importantes, o bien que la parte sana del sistema nervioso puede reorganizarse de una manera tal, que llegue a conseguir una buena función de suplencia. Pero al mismo tiempo significa que el medio en el que vive el niño le ha podido aportar la relación y los estímulos necesarios para normalizar al máximo su desarrollo.

Queremos exponer en esta comunicación una reflexión sobre si es útil el modelo de intervención terapéutica que realizamos en la Sección de Prevención y Tratamiento Precoz del Centre Pilot Arcàngel Sant Gabriel de Barcelona. Si hemos ayudado a los niños a desarrollarse mejor y si los padres han encontrado un marco de comprensión que les ha permitido rehacer la relación con su hijo.

En definitiva, si hemos podido evitar un deterioro neuropsíquico que hubiera llevado a más de un niño a situaciones o estados autísticos.

El motivo por el cual llegaron a la consulta estos niños es muy variado y lo exponemos en este cuadro. Se detallan los motivos más frecuentes agrupando finalmente bajo el epígrafe de "otras patologías psíquicas y neurológicas" a un conjunto

de trastornos del desarrollo a veces difícil de delimitar como son: el daño cerebral menor, la hipotonía, las dificultades del sueño, los niños hipersensibles, los niños hiporreactivos, los niños impulsivos, los niños inquietos e hiperexcitables, los trastornos afectivos de la primera infancia, etc., pero que son evidentes en la práctica clínica habitual de un servicio que atienda a niños pequeños.

Niños en riesgo por prematuridad y/o importante patología perinatal.....	51
Niños en riesgo por presentar crisis epilépticas.....	51
Retraso (o detención) del desarrollo durante los primeros meses.....	58
Macro o microcefalias discretas.....	14
Importante trastorno de la alimentación.....	29
Retraso en el lenguaje.....	14
Hipoacusias.....	29
Dificultades de visión.....	7
Otras patologías psíquicas y neurológicas.....	109
TOTAL	362

Teniendo en cuenta exclusivamente la situación neuromental en que se encuentran los clasificamos en tres grupos:

Grupo A, niños en que lo más destacable de su cuadro clínico son los signos de déficit, es decir las situaciones que tradicionalmente se describen con él termino de retraso psicomotriz.

Grupo B, niños en los que destacan conductas anómalas con dificultades concretas para alguna función (alimentación, sueño, juego, etc.), o la incorrecta realización de alguna actividad considerada normal para su edad.

Grupo C, niños que presentan una variada constelación de dificultades de relación, que van desde una relación madre-hijo de tipo parasitario, pasando por distintos tipos de relación adhesiva hasta el niño aparentemente muy competente, auto-suficiente, que quiere hacerlo todo, que quieren controlar el

medio y a la vez mantiene conductas muy primitivas y regresivas. En cualquiera de estos tres grupos esta situación puede coexistir o acompañar a trastornos neurológicos más o menos evidentes.

Dentro de este grupo C destacamos aquellos niños que presentan unos síntomas considerados tradicionalmente de la “esfera autística” y que para nosotros son motivo específico de preocupación:

1. La sonrisa vacía, poco relacional, que no aparece como fruto de una interacción entre el bebé y el adulto, sino como una actividad independiente.
2. Un peculiar desarrollo motor, poco armónico, situación que ha sido estudiada por muy pocos autores. Con un desarrollo motriz aparentemente normal, presentan un tipo de organización motora muy distinta a la armonía del desarrollo normal. Da la impresión que adquieren las grandes etapas del desarrollo motor de una manera discontinua, sin pasar por etapas intermedias: se aguantan sentados a los 6 meses, o andan a los 12 meses o incluso antes, pero sin desarrollar la armonía motora de los elementos intermedios que se configuran entre uno y otro nivel.
- 3 Otros síntomas ya más habitualmente descritos, como son la dificultad para mantener la mirada a las personas, la poca sensibilidad al dolor, el exceso de ecolalia junto a un retraso del lenguaje, las conductas iterativas, el estar distraído cuando se le llama, la dificultad para relacionarse, etc.

Todo este conjunto de síntomas nos hace pensar que estamos frente a un niño que puede desarrollar un trastorno generalizado del desarrollo de DSM-IV o como preferimos, una situación clínica que se puede encuadrar dentro de un trastorno multisistémico del desarrollo en la Clasificación Diagnóstica 0-3.

Para atender a estos niños incluidos en estos tres grupos, organizamos una **actuación terapéutica** que comporta dos tipos de actuaciones: las de **grupo y las individuales**.

La atención en grupo sigue siempre una metodología constante. Se reúnen 3 niños con problemas similares junto a sus padres, que permanecen 7 horas diarias durante tres días. En este espacio de tiempo hay sesiones de observación, de observación comentada, sesiones de grupo con los padres, otras con padres e hijos, sesiones de atención individual por parte de los cuatro miembros del equipo, y finalmente dialogamos con los padres los aspectos más importantes a tener en cuenta en el caso de su hijo. Esta actuación grupal se repite si es posible cada tres meses.

La atención individualizada padres-hijo, a continuación de la fase diagnóstica, en ocasiones es la primera forma de asistencia, previa a la atención en grupo. También se realizan visitas de seguimiento individual, después de la estancia de tres días. La atención directa sobre el niño se vehicula a través de nuestra acción con sus padres, excepto en aquellos casos en los que creemos oportuno la intervención directa de un profesional con el niño.

LA FINALIDAD DE NUESTRO TRABAJO:

1. Acoger la ansiedad de los padres.
2. Ayudarles a conocer y comprender a su hijo.
3. Facilitarles un soporte y darles más seguridad en sus capacidades.
4. Facilitar a los padres recursos prácticos acerca de: ritmos horarios, alimentación, ritos para el sueño, juego, socialización, relación con otros familiares, etc.
5. Ayudar a modificar la cotidianidad del niño facilitando a los padres la organización de la jornada del niño, de

forma que, a través de los cuidados habituales, reciba la relación y los estímulos necesarios para su desarrollo.

6. Estimular la participación activa del niño evitando exigencias y obsesiones.
7. Estimular el juego activo tanto el espontáneo como el participativo.
8. Conocer los niveles del desarrollo que es necesario potenciar.

VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS

Para valorar los resultados tenemos en cuenta tres ejes que consideramos básicos para cuantificar la evolución de cada caso. Esquemáticamente se agrupan los items en:

1. Aspectos del desarrollo del niño: en nueve parámetros.
2. Aspectos de la situación de los padres: en 4 parámetros.
3. Impresión subjetiva de los profesionales del equipo.

Teniendo en cuenta estos parámetros (en los que pensamos profundizar si obtenemos financiación para ello), los resultados pueden agruparse en 3 situaciones:

1. En 29 casos (8,01%) pensamos que hemos modificado poco la situación del niño, pero sí hemos ayudado a los padres a hacerse cargo de su hijo.
2. En 14 casos (3,87%) pensamos que han evolucionado bien por sí solos.
3. En 319 casos (88,12%) sí pensamos ha mejorado su desarrollo de manera que lo correlacionamos con la asistencia recibida. Nos basamos en la movilización que hemos obtenido de la situación de los padres, en los cambios en la relación que el niño recibe en el hogar y en la correlación entre los fines que nos hemos pro-

puesto en cada momento y los objetivos que se van cumpliendo.

- 3.a. De estos 319, en 138 niños pertenecientes al grupo C, es decir que presentaban síntomas de la “esfera autista”, creemos haber evitado su psicotización, al conseguir modificaciones de la relación padres-hijo y una mejora en la dinámica en el hogar.
- 3.b. En 174 casos necesitan algún tipo de ayuda en su edad escolar. La comprensión que los padres tienen del problema de su hijo les facilita tomar esta decisión.

En un estudio que pensamos iniciar próximamente valoraremos la situación de un centenar de niños más allá de los 4 años, con lo que podremos completar con datos estadísticos el estudio longitudinal de estos casos.

A pesar de que nuestra afirmación puede parecer subjetiva, pensamos que en 138 niños, nuestra atención a la familia ha evitado un deterioro psíquico, posiblemente un autismo, dado que observamos deficiencias en las relaciones materno-filiales y la poca capacidad de los padres para hacerse cargo del niño. Con ello no queremos abundar en las hipótesis psicogenetistas del autismo, pero sí que pensamos que dando por sentado la existencia de una situación neurológica específica, el desarrollo del cuadro clínico depende en gran medida de la historia relacional de cada niño.

A la pregunta inicial de nuestro trabajo, **¿La atención a los padres y al niño menor de tres años previene la enfermedad mental?**, responderíamos afirmativamente. En los casos en que se ha atendido a los padres cuando los niños son pequeños y la evolución ha sido positiva, un 88,12% la ayuda elaborada ha sido útil. De entre ellos la situación de muchos niños en riesgo se ha podido modificar de forma positiva.

En otros casos, con síntomas de la esfera autista, no hemos podido movilizar la relación madre-hijo o por la grave patología personal de la madre, o por importantes dificultades en la relación de pareja, o por grave deterioro social o por nuestra poca eficacia en poderlos ayudar. Son casos en los que el deterioro mental grave no se ha podido evitar. Son los casos, que pasan a englobar los 3.360 casos de importante patología neurológica o psíquica de nuestra estadística, y que nos obligan a reflexionar sobre nuestro método de trabajo y a organizar más ayudas directas a los niños, a mantener contacto con las guarderías y los parvularios, y, en colaboración con los Servicios Sociales de Base, buscar otro tipo de ayudas a los padres.