

EVALUACIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO QUE SE DESVÍA DE LA NORMALIDAD*

Mercedes Valle Trapero**

Elegimos este título porque estamos acostumbrados a trabajar, sobre todo en el ámbito clínico, en programas de seguimiento sobre factores de riesgo y como muchas veces decimos, el mayor riesgo es no tenerlo, ya que lo que llamamos hoy nuevas morbilidades debido en parte a tantos avances clínicos y tecnológicos, escapan a nuestra comprensión y sobre todo prevención.

Cuando un niño ya en los primeros meses o primer año, se desvía de la normalidad, lo primero que pensamos es que han fallado los múltiples mecanismos de protección a nivel personal y/o familiar y/o social que normalmente existen a lo largo del desarrollo. Nos acordamos de los niños llamados “resilientes” por Emily Verter y Lira (2004), que a pesar de tanta adversidad habían conseguido tener un desarrollo normal.

Sabemos que la psicopatología del desarrollo pertenece al terreno de la intersubjetividad y que todos los procesos evolutivos tienen un carácter transaccional y un correlato neurobiológico en los procesos de maduración cerebral.

Hoy día vemos muchos más niños durante el primer año, con problemas que llaman de tipo psicológico-madurativo, debido a los programas de prevención en el ámbito materno-

* Texto base utilizado en el Taller realizado en el XXI Congreso Nacional de SEYPNA que bajo el título “Períodos de transición en el desarrollo e intervenciones psicoterapéuticas” tuvo lugar en Almagro del 17 al 18 de octubre de 2008.

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

infantil (Prevención del maltrato en la embarazada y en el Recién Nacido. IMMF, 1998), a la decisiva coordinación con los servicios de Pediatría y al establecimiento de los programas de Atención Temprana (AT Europa, 2006).

Al haber descendido tanto la mortalidad infantil ha aumentado la morbilidad y los trastornos del desarrollo; por eso muchos niños con problemas biológicos o de larga hospitalización en el periodo neonatal, son después incluidos en programas de Riesgo social y psicológico por la alta frecuencia de trastornos del desarrollo que presentan; debido no solo a la gran interacción de factores de riesgo de todo tipo transgeneracionales (Fava 1997) o lo que se llaman familias multiproblemáticas, sino a sus propias características individuales: 1º Mayor indefensión de tipo biológico unido a una organización especial de su comportamiento neonatal, influido por las agresiones físicas recibidas unidas a la separación de la madre (que no ha podido hacerlas tolerables o actuar de escudo protector); 2º A la rotura de un vínculo ya prenatal (puede coincidir con embarazo de riesgo, diagnósticos de “posibles secuelas”); 3º El exceso de demandas, poco gratificantes, para su crianza (dificultades en la alimentación, sueño mal organizado, derivación a tratamientos de Atención Temprana para “potenciar su desarrollo”), problemas todos ellos que alteran la vida familiar; si hay una estructura vincular fuerte el sistema familiar se une y cohesiona más pero si es débil o inestable se rompe o entra en disfunción, reiniciándose así en el hogar un círculo muy peligroso desde el punto de vista relacional y vincular, que requiere apoyo o tratamiento psicológico cercano para su normalización. De ahí lo paradójico de las listas de espera tanto en salud mental materno-infantil, como en Atención Temprana.

Los pediatras y neuropsiquiatras suelen consultar, si existe la posibilidad de una evaluación psicológica complementaria, simultánea a las suyas, en distintas fases del desarrollo de un niño, muy significativas desde el punto de vista de la prevención, las más frecuentes suelen ser:

En los 3 primeros meses de vida por dificultades en la autorregulación de los estados (Als, 1988), irritabilidad, no conductas de apego y ambiente emocional negativo en los padres.

En el lactante de más edad, como ya tiene más manifestaciones clínicas y su yo es corporal, las dificultades relacionales o trastornos de tipo psicológico pueden empezar a manifestarse a través de no ganancia ponderal, problemas psicosomáticos, cronificación de funcionales, como es el reflujo gastroesofágico, alteraciones del tono ligeras de tipo hiper o hiporeactivo.

Durante todo el primer año de vida son frecuentes las consultas por problemas de tipo madurativo (algunas funciones no presentan un desarrollo evolutivo normal), muy posiblemente asociado a hipoestimulación ambiental: Horarios excesivos y agotamiento de los padres, no espacios para la exploración con hiperestimulación visual (expuestos al televisor para comer, dormir o permanecer sentados, en espacios muy reducidos); escuela infantil tipo aparcamiento; niños muy buenos (lentos) en los que se observan calvas laterales, ahora que ha pasado la moda de dormir en prono.

Otras consultas que les parecen ya a ellos mucho más preocupantes a cualquier edad y que se suelen identificar como dificultades inherentes al niño, de ahí la demanda para derivación a tratamientos de atención temprana, suelen venir como: Inatención con o sin inquietud motora, retraso en lenguaje y falta de intención comunicativa, juego rígido, alteraciones significativas del tono muscular (hipertonía o hipotonía) o retraso inespecífico global.

Qué respuestas puede haber:

Esperar a que crezca, dar pautas y orientaciones a los padres, programas para padres (tan de moda hoy día). Vemos que el niño sí es un puzzle que no engrana, que esas señales de desajuste las emite muy pronto; que los estudios más recientes demuestran que el Recién nacido es muy competente ya (Brazeltón y Cramer 1993) y en general a edades más tempranas; las nuevas tecnologías con imágenes bioeléctricas de gran precisión están siendo una buena ayuda para demostrar el valor de las experiencias tempranas en la organización cerebral (Muratori, 2008); se habla de una dirección del desarrollo hacia la seguridad, hacia el bienestar que un niño experimenta desde su etapa prenatal (Juri 2006), por las experiencias

biológico- emocionales que tiene, se le desea y sueña y esto continuará con la explosión bioquímica del apego, en comparación con otros niños, que estas experiencias no las tendrán nunca; los obstetras hacen un diagnóstico intraútero de “pérdida de bienestar fetal”, unido muchas veces a un malestar evidente en la madre, que deberíamos atender ya en esta etapa.

Aspectos a tener en cuenta para la evaluación.

1.º Qué aporta el Niño. 2.º Qué aportan los padres como personas. 3.º Qué aporta este sistema familiar, inmerso en este contexto social.

Desde nuestro entorno clínico materno-infantil actual, donde no hay más remedio que trabajar en equipo, si queremos entender algo y donde el derivante es un profesional sanitario, siempre nos damos la misma respuesta: escuchar a la familia.

Desde el ámbito clínico:

Escuchar a la familia, ver demanda parental en ambos padres, dejarte impactar por la familia (Moro, 2007); es muy interesante la observación de algunas neonatólogas cuando dicen que hoy día los padres preguntan cosas que nunca se le hubiera ocurrido aclarar a un médico espontáneamente (Pallás, 2002).

Desde el ámbito psicológico: Actualmente es posible hacer una serie de intervenciones con la familia viendo: demanda parental y necesidades prioritarias: de tipo psíquico, interpersonal o intergeneracional.

La calidad estimular puede no ser adecuada porque está alterada la función parental, por idealización, rigidez o porque en estas circunstancias puede ser una carga demasiado pesada para estos padres, como dice Fava, y no pueden escuchar.

Desde el ámbito social: Se plantea cómo algunos trastornos del desarrollo pueden ser contemplados más que como una entidad clínica como un producto del contexto social, basado en las características de la personalidad posmoderna: Una identidad personal marcada por una ausencia de contacto social, sin apego intergeneracional (Fava, 1997) como pautas de conducta culturalmente dadas.

LA EVALUACION DEBERÁ CENTRARSE EN OBSERVAR

Las características del RN o lactante: Se dice en nuestro ámbito que quizás el viaje más arriesgado del ser humano sea el prenatal.

El temperamento infantil: existe una escala de temperamento (www.schwabLearnig.org) en la que se han evaluado bebés y observado sus características; se han definido tres categorías de niños: Niños activos, lentos y difíciles; curiosamente estas categorías no correlacionaban mucho en cómo les veían sus padres.

Berk (2001) concluye que es de gran interés ver cómo les ven los padres, para ver cómo les consideran y responden. No es raro oír en la consulta “estos niños dan muchos problemas” o aún más catastrófico “no da más de sí”.

Son muy interesantes las investigaciones con bebés de hasta 6 meses (Crockenberg y Leerles, 2004) y su concepto del desarrollo de la autorregulación emocional como adquisición decisiva a esta edad, porque implica tanto el temperamento del bebé como el comportamiento contingente y sensible del cuidador-madre para la adquisición de ese estado.

Evaluar en los primeros meses las conductas asociadas al apego que todo RN trae para facilitar, buscar interacción y lograr la proximidad: succión y aferramiento, llanto, sonrisa y seguimientos visuales y auditivos como un repertorio flexible donde se van afianzando las de más éxito, las confirmadas y las más complejas; siempre hacia un número reducido de personas, cuidadores que son los que regulan la calidad y cantidad estimular, señalan estos autores.

En la clínica vemos que si el bebé no las aporta los padres se desorientan: por separación precoz, síndrome de abstinencia, etc. Siempre habrá que valorar el sistema de apego y hacer diádas.

En resumen podríamos definir en cuatro apartados, la semiología de alarma en un niño que se desvía de la normalidad, desde los primeros meses y a lo largo de la primera infancia, teniendo en cuenta si hay factores de riesgo iniciales en el propio niño que puedan marcar, en parte su proceso de desarrollo.

Siempre habrá que relacionarlos con los factores de riesgo y de compensación (ver anexo) que todo ser humano trae desde su concepción, a nivel personal, familiar y social, para poder entender y analizar con cada unidad familiar el tipo de intervención.

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^a 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.
- Arrabal, MC. Mateos, R. Valle, M. (2004). Estudio de potenciales evocados en niños de muy bajo peso al nacimiento. Rev. Neurología; 39(2); 105-108.
- Atención Temprana. Análisis de la situación en Europa. Aspectos clave y recomendaciones. European agency for Development in Special Need Education.
- Editora Victoria Soriano. <http://www.european-agency.org/eci/eci.html>
- Brazelton, T. y Cramer, B. (1993). La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial. Barcelona, Paidós.
- Crockenberg, S.C., Leerles, E.M. (2004): Infant and Maternal Behaviors Regulate Infant Reactivity to Novelty at 6 months. *Developmental Psychology*, 40(6), 1123-1132.
- Fava Vizziello, G.(1997):»Representaciones Maternas, Apego y Desarrollo en los niños prematuros». Ponencia del XI Congreso Nacional de SEPYNNA. Lérida.
- Genysi on line.
- Jiménez, Pascual, A.(2002):Detección y atención de la patología mental en la 1^a infancia. Rev. Asoc. Españ. Neuropsiquiatría, vol. XXII. N^o 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, nº 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>.
- Moro, MR (2007): Aimer ses enfants ici et ailleurs, Paris. Odile Jacob.
- 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 nº 12, 39,50. Noviembre.
- Nacional Center for Clinical Infant Programs(1998). Clasificación Diagnóstica: 0-3. Clasificación diagnóstica de la salud mental y los desórdenes del desarrollo de la infancia y la niñez temprana. Barcelona: Paidós.
- Palacio, F. (2003): La técnica de la psicoterapia psicodinámica breve madre-padre-hijo. Rev de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente. Nº 3, pp 9-18. Ed. Fundación Orienta. Barcelona ISSN 1695-8691.
- Pallás, CM. Dela Cruz, J. Medina, C: (2002): Programas de Seguimiento. ¿Por qué?. Rev. De Atención Temprana de Murcia. Vol. 5, nº 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.
- Valle, M. (2005). Prevención de trastornos del desarrollo y Pedagogía Hospitalaria. En Millá, M^a 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.