

# Intervenciones psicosociales en la primera infancia: integración y coordinación en el territorio

A. Fernández Villar(\*), M<sup>a</sup> de la O Pla Vega (\*\*), J.L. Pedreira (\*\*\*),  
E. Sardinero (\*\*\*\*)

Avilés

## INTRODUCCIÓN

En apartados anteriores de esta Ponencia se han venido abordando diferentes aspectos concernientes al desarrollo psicosocial de los cinco primeros años. En la segunda parte se han planteado diversas formas de presentación de dichos trastornos durante los cinco primeros años de vida. Una característica común ha sido subrayar la complejidad tanto de la identificación de los problemas, como en las formas de manifestación de ellos.

Si la presentación es compleja, el abordaje de dichos trastornos responde a la misma complejidad. Muchos y variados son los problemas que surgen a la hora de diseñar y desarrollar un abordaje para los trastornos del desarrollo en estas primeras etapas de la vida.

(\*) Trabajadora Social. Unidad Salud Mental Infanto-juvenil de Avilés.

(\*\*) Fisioterapeuta. Centro Atención Primaria «La Magdalena» de Avilés.

(\*\*\*) Paidopsiquiatra. Unidad Salud Mental Infanto-juvenil de Avilés. Prof. Asociado Ciencias de la Conducta, Departamento Medicina, Universidad de Oviedo.

(\*\*\*\*) Psicóloga Clínico Infantil. Unidad Salud Mental Infanto-juvenil de Avilés.

De esta complejidad, de sus dificultades, de las dudas que surgen y de posibles actividades trata el presente trabajo.

## DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

Vamos a considerar por **Intervención** aquellas actividades que se desarrollan por un equipo sobre el caso problema, tras haber realizado la correspondiente evaluación. Lo que lleva implícito el concepto de «toma a cargo» del conjunto de la situación, es decir incluye los aspectos bio-psico-sociales.

Incluimos en el término de «**precoces**» un contenido cronológico y dinámico del proceso de desarrollo del sujeto, es decir hacemos referencia a la Primera Infancia, que en términos cronológicos abarca los cinco primeros años de vida.

Por **Territorio** entendemos un marco geodemográfico determinado, pero no solo en un sentido descriptivo, sino que incluimos el aspecto dinámico de un marco que genera y transforma informaciones diversas a lo largo del tiempo. No es solo un concepto estático, sino vivo y cambiante: un lugar de intercambio de informaciones y de relaciones. Lo que in-

cluye diversas agencias e instituciones que operan sobre la vida y desarrollo de los niños/as.

En el marco del territorio surgen las relaciones entre las diferentes agencias de las instituciones que operan en él. Dichas relaciones pueden enmarcarse en dos conceptos positivos: Coordinación e Integración Funcional. En este sentido Coordinación se refiere al esfuerzo que los recursos existentes en un área realizan, independientemente de su adscripción administrativa, con el fin de evitar solapamientos o duplicidades en las intervenciones que se realizan a una misma parte de la población; para ello se deben sentar objetivos y criterios precisos, sobre todo para la cobertura. Integración Funcional hace referencia a un paso cualitativamente mayor en el nivel de la coordinación, ya que implica una formulación conjunta de los programas a desarrollar por parte de la totalidad de los recursos existentes en el área, independientemente de la dependencia administrativa, con el fin de realizar una redefinición de los roles profesionales en las coberturas de la demanda, en base a la formación de los profesionales y de los objetivos de los programas.

Por **Aspectos Psicosociales** incluimos la interacción existente entre los problemas físicos, con las vivencias psíquicas y ello englobado en un marco social determinado. Un ejemplo podría ayudarnos a comprenderlo mejor, un autismo infantil precisa apoyos psicoterapéuticos adecuados y específicos, pero puede precisar ayudas en diversos niveles diferentes al meramente psicológico: integración escolar, ayuda económica, adaptar las intervenciones a los recursos existentes y al funcionalismo familiar, etc. En otras ocasiones puede ser un Parálisis Cerebral que, en su evolución, puede tener diversas complicaciones orgánicas (p.e. aspiraciones, convulsiones, etc) que deben ser tratadas, pero la familia precisa orientación y contención psicológica para favorecer el correcto desarrollo dentro de las limitaciones, orientación para poder introducir de forma precoz programas de estimulación temprana de forma integrada y no fraccionada, etc. Otro

problema, a la inversa, puede ser un desequilibrio social (p.e. embarazo en adolescentes, emigración, etc) que repercute en el desarrollo de los niños/as con trastornos emocionales precoces (p.e. clínica funcional y/o psicósomática, trastornos psicomotores con o sin retraso madurativo, etc) que deben ser abordados lo más precozmente posible y teniendo en cuenta las dificultades reales en las que se encuentran estas familias pero que, un abordaje exclusivamente de ayuda social, puede resultar insuficiente al igual que el meramente de tipo psicológico o rehabilitador-fisioterapéutico o de otro tipo de forma aislada.

## MODELO TEÓRICO DE INTERVENCIÓN

Nuestro modelo (Tabla I) va a referirse a la demanda detectada (sea una agencia del territorio o bien la propia familia) y remitida a estudio a un servicio especializado con una organización territorializada.

El procedimiento metodológico utilizado sería:

1.º **Recepción de la demanda**, tal y como la expresa la familia y tal y como ha sido percibida por el profesional derivante, caso que haya intervenido previamente. Pensamos que lo más operativo es una escueta recepción que se limite a lo descriptivo del problema.

2.º **Proceso de Evaluación**: Incluye una o varias entrevistas previamente concertadas a día y hora, de gran importancia en estas primeras etapas con el fin de evitar esperas que

**TABLA I**  
**Modelo teórico de intervención**

- 
- \* RECEPCIÓN: Escueta y descriptiva del problema.
  - \* PROCESO EVALUACIÓN:
    - Entrevista(s) de evaluación clínico-relacional.
    - Posible utilización de escalas diagnósticas.
  - \* DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN:
    - «Devolución» a la familia.
    - Líneas generales de abordaje.
-

pueden perturbar a los niños/as e interferir en el proceso de evaluación. Otra segunda característica sería que la duración no fuera muy larga, con el fin de evitar el cansancio tanto de los niños/as como de las figuras parentales al estar en una situación nueva. En dicho proceso se incluye: desarrollo suficiente del problema y grado de preocupación por él. De forma paulatina se van introduciendo aspectos de elaboración, por medio de la contextualización del problema: desarrollo psico-motor, antecedentes personales, vivencia familiar, antecedentes familiares, circunstancias socio-familiares (p.e. acontecimientos vitales de relevancia). Caso de ser preciso se puede acompañar la realización de alguna escala de desarrollo, tanto psicomotor (p.e. Brunet-Lezine) o de desarrollo psicosocial (p.e. Hameury).

3.º **Diseño de la Intervención:** Tras la evaluación se precisa la comunicación/información de los contenidos a los padres. Dicha comunicación, nosotros la preferimos llamar «devolución», debe ser comprensiva y operativa para los padres, tendiendo a contextualizar el problema. También se debe incluir las líneas generales para abordar las diferentes dificultades, así como las actividades de las distintas agencias que pueden participar en el desarrollo de esa intervención a lo largo del proceso evolutivo.

## MODELO PRÁCTICO

El estudio del modelo práctico nos pone en evidencia las dificultades en el desarrollo del modelo teórico anteriormente expuesto. Dichas dificultades son de diversa índole: la caracterización del problema, el marco familiar y, por fin, el marco referencial de las agencias en el territorio.

### 1. Caracterización del Problema (Tabla II):

1.1. En estas etapas de la vida las dificultades y los trastornos no suelen aparecer de manera aislada o de forma muy delimitada. Lo habitual suele ser que se presentan dificultades múltiples, cuyas manifestaciones difieren según diversas circunstancias.

**TABLA II**  
**Modelo práctico de intervención/I**  
**Caracterización del problema**

- 
- I. APARICIÓN DE VARIAS DIFICULTADES.
- II. FORMA DE EXPRESIÓN:
- \* Trastornos psicomotores.
  - \* Trastornos funcionales.
  - \* Trastornos de expresión somática.
- III. DIFICULTADES EN LA TRANSMISIÓN/  
COMPRENSIÓN DE LAS DIFICULTADES  
PSICO-SOCIALES.
- 

1.2. En este sentido resaltar que los signos dominantes suelen ser de tres tipos en su forma de expresión: trastornos psicomotores (retardos madurativos, convulsiones, etc), trastornos funcionales (del sueño, de la alimentación, rabiets, etc) y trastornos de expresión somática (infecciones de repetición, procesos diarreicos, trastornos sensoriales, etc).

1.3. Se constata que es más fácil admitir la «etiología» de tipo orgánico que aquella otra de tipo psicológico o psico-social, por esa razón no es extraño las continuas búsquedas de nuevas técnicas diagnósticas, nuevos criterios, nuevas consultas, etc. De igual forma es más difícil comprender y transmitir el proceso psico-social en la primera infancia que otro tipo de alteraciones, incluso para los propios profesionales de Atención Primaria.

### 2. Marco Familiar (Tabla III):

2.1. El primer tipo de dificultades se sitúa en la procedencia de la demanda que realiza al servicio especializado, en esta dificultad vamos a incluir la información aportada a la familia por el propio servicio derivante, lo cual guarda relación con la comprensión y contextualización que realiza del problema detectado (p.e. si dice «no es nada» y lo deriva a un servicio de Salud Mental Infantil, aparece una contradicción en la posibilidad cognitiva de la familia: no ser nada y precisar un servicio especializado).

2.2. Una vez que la demanda se establece en el servicio especializado comienzan a aparecer otra serie de factores: la dificultad del propio

**TABLA III**  
**Modelo práctico de intervención/II**  
**Marco familiar**

- 
- I. PROCEDENCIA DE LA FAMILIA: Información previa.
- II. COMPRENSIÓN/ELABORACIÓN/ACEPTACIÓN DEL PROBLEMA:  
 \* Nivel socio-económico-cultural.  
 \* Tipo de funcionamiento cognitivo.  
 \* Características de las dificultades.
- III. FACTORES DE «CO-MORBILIDAD» SOCIAL EN LA FAMILIA.
- 

proceso que se presenta, bien sea por su caracterización o forma de presentación en el niño/a, que puede hacer enlentecer o dilatar el proceso de evaluación, con todo lo que ello conlleva. Además de lo anterior existe un segundo grupo de factores de gran importancia: lo relativo al proceso de comprensión del problema –del tipo de transmisión de las características del problema a la familia– de las condiciones sociales y cognitivas de los integrantes de la familia.

2.3. Las dificultades anteriores se agravan cuando existen añadidos «factores de comorbilidad social» en la familia. Entre estos factores señalamos, p.e.: alcoholismo u otro tipo de toxicomanías, enfermedad mental en uno o varios miembros de la familia, situaciones de marginalidad social, escaso nivel cultural de tipo extremo, etc.

### 3. Marco Referencial de las Agencias del Territorio (Tabla IV):

3.1. Cuando existen dificultades importantes, sobre todo en los cinco primeros años, se constata que en un mismo territorio existen diversas agencias que potencialmente pueden dar respuesta a esa dificultad (agencias educativas, sanitarias, sociales, etc) y poseen un recorrido histórico diferente en su relación con ese territorio determinado y entre ellas entre sí. Además en cada agencia pueden existir diversas titulaciones (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, DUE, terapeutas diversos, etc) e incluso dentro de una misma titulación for-

mación, grados de experiencia, habilidades y entrenamiento diferente, etc., en los diversos integrantes de la agencia. Todo ello configura procedimientos y metodologías distintas, con lenguajes diferentes. Por lo tanto la información que se aporta a las familias y al conjunto del territorio está en relación directa con la agencia y el profesional en concreto que le corresponda prestar la atención a cada caso concreto.

3.2. Cada agencia en el territorio puede intervenir, ante un mismo caso, de manera diferente cara a los niveles preventivos y/o asistenciales, limitando su intervención a la mera cobertura de la necesidad manifiesta (p.e. conceder ayuda económica, dar plaza en una institución infantil, etc) o bien contextualizando la necesidad en aras a una elaboración más amplia de la demanda latente que suele existir tras la expresión manifiesta de la necesidad expresada, lo que va a condicionar el tipo de relación entre las diversas agencias en aras a definir la colaboración, la complementariedad y la corresponsabilización frente a cada caso y cada familia en cada contexto.

3.3. Otro grupo de dificultades se sitúan en las prioridades que las diferentes agencias establecen a la hora de analizar y diseñar la intervención. Sobre todo en los cinco primeros años que conjuga un cierto temor, por parte de algunas agencias, para abordar las dificultades del desarrollo infantil con la escasa cobertura formativa y de recursos disponibles por parte de los profesionales. En este apartado, inclui-

**TABLA IV**  
**Modelo práctico de intervención. III**  
**Marco referencial de las agencias del territorio**

- 
- I. DISARMONIA EN LAS DIVERSAS AGENCIAS.
- II. CONCEPTO DIFERENTE DEL MARCO DE INTERVENCIÓN Y DE LOS CRITERIOS DE CONTEXTUALIZACIÓN/CO-RESPONSABILIZACIÓN.
- III. PRIORIDADES Y DEFINICIÓN DE FUNCIONES DE LA AGENCIA QUE INTERVIENE.
-

mos la definición de la agencia según el sector de población que atiende, lo que va a originar diferentes sensibilidades cara a la respuesta que se oferta, es decir: o una respuesta específica (p.e. servicios que abordan específicamente las dificultades de la infancia: pediatría, etc) o una respuesta estándar y burocratizada (p.e. la que aportan servicios generales que «ven» niños/as pero de manera indiferenciada junto con otros sectores de población: viejos, drogadictos, minusválidas, minorías étnicas, etc).

### **INSTRUMENTOS OPERATIVOS PARA ABORDAR LAS DIFICULTADES**

Tras la expuesto se puede deducir que la pretensión inicial de exponer un modelo de coordinación de recursos en el territorio, va a quedar mediatizada por las dificultades expresadas en el apartado anterior. Por ello sólo vamos a poder realizar algunas precisiones instrumentales que deben ser leídas como intento de coordinación en el territorio, al menos para aquellos casos que son detectados en la primera infancia.

Pensamos que es preciso realizar alguna matización previa, el modelo que proponemos es un esquema mental de trabajo. Quiere decir que no siempre ni en todos los casos, ni en todas las circunstancias va a darse en igual medida, pero a lo largo del tiempo ese esquema

#### **TABLA V Instrumentos operativos para abordaje de las dificultades/I Funcionamiento**

- 
- |  |
|--|
| I. PERIODICIDAD Y CONSTANCIA: Favorecer imagen mental del conjunto de recursos territorio. |
| II. INICIAR POR «ENLACE» («caso-a-caso»).  |
| III. INTERCONSULTA Y ENLACE:   |
| * Evaluación.  |
| * Abordaje.  |
| * Seguimiento.   |
| * Formación.   |
| * Investigación.   |
- 

mental va tomando forma y definiendo sus propios límites, por lo tanto se va haciendo operativo, al menos en nuestra experiencia que aún está lejos de responder a la totalidad de las posibilidades de nuestro propio esquema mental.

1.º **Funcionamiento** (TablaV): Sabemos de la importancia de abordar las dificultades concretas en cada contexto concreto por todas las agencias implicadas en el territorio. Pero lo anterior es una mera formulación teórica, si no somos capaces de habilitar los instrumentos que la van a operativizar. Nuestra propuesta es redimensionar y flexibilizar la metodología de la interconsulta y enlace. Ello comporta:

1.1. Periodicidad variable, según las características de las diferentes agencias y el tipo de demanda que se remiten entre ellas. Proponemos como límite máximo el mes y medio, con el fin de construir la imagen mental de las agencias implicadas con una cierta permanencia.

1.2. Se puede iniciar, es lo recomendable, por la técnica de enlace. Es decir: abordaje de casos en conjunto por acuerdos entre las agencias, también se puede llamar: «caso a caso».

1.3. En poco tiempo se constata que el enlace, al menos en el territorio, resulta insuficiente y se precisa un paso cualitativamente mayor: la interconsulta y enlace. Es decir: abordaje directo y conjunto de los casos y de aquellos contenidos metodológicos y de procedimiento para abordar las diversas dificultades que vayan surgiendo a lo largo del tiempo.

Como ejemplo de lo anteriormente expuesto, podemos constatar que el sistema sanitario responde más positivamente a este esquema que otros sistemas. Quizá la razón habría que buscarla en la sintonía con el funcionamiento de esa agencia, ya que está más habituada a este tipo de funcionamiento, por su propio recorrido: se dedica solo a la infancia, tienen más experiencia en este tipo de trabajos, pertenecemos al mismo sistema sanitario aunque sea a diversos niveles de especialidad, cercanía del lenguaje y de algunos conceptos, etc.

En definitiva sería buscar nuevos procedimientos para desarrollar instrumentos operativos que permitan el acercamiento de distintas

**TABLA VI**  
**Instrumentos operativos para abordaje de**  
**las dificultades/II**  
**Prioridades**

- 
- I. EVITAR MENSAJES DIFERENTES Y/O CONTRADICTORIOS.
  - II. SECUENCIAR LAS INTERVENCIONES.
  - III. POTENCIAR ASPECTOS DE REHABILITACIÓN FÍSICA.
  - IV. FAVORECER INTERVENCIÓN DIRECTA DE LAS FIGURAS PARENTALES.
- 

agencias en un territorio. Estos instrumentos operativos no tienen, en sí mismos, ninguna definición teórica a-priori y pueden adaptarse con flexibilidad a cualquier tipo de enfoque teórico, ya que son fundamentos metodológicos y de procedimiento.

## 2. Prioridades (Tabla VI):

2.1. La prioridad fundamental se centra en Evitar los Mensajes Diferentes y/o Contradictorios que se dan a las familias sobre la índole del problema y sobre su abordaje por las diferentes agencias del territorio. A partir de esa prioridad se puede plantear la secuencia de las intervenciones, la agencia que sea el punto de referencia para la familia y para las otras agencias. Definir la agencia de referencia dependerá de el aspecto dominante en la forma de expresión del problema (p.e. no hay que olvidar que en los primeros años se puede utilizar el recurso de los exámenes periódicos de salud para aportar informaciones, utilizar la interconsulta para las dificultades funcionales, valorar el desarrollo psicomotor, promocionar el desarrollo psicosocial, etc).

2.2. Secuenciar las Intervenciones: En el sentido de determinar cuál es la intervención que sirve de enganche para el resto de la cobertura integral. Lo primero es realizar una detección lo más precoz posible del problema, de sus factores condicionantes y de sus factores desencadenantes, es decir: profundizar en la demanda. Pero además se precisa la correcta evaluación de las potencialidades de intervención y de movilización del problema y de las posibles dificultades que puedan surgir en la evolución del caso, en otras palabras: cómo la

familia comprende y se enfrenta a la situación de atender a un niño/a con dificultades durativas desde épocas tempranas, ello comporta integrar con flexibilidad las respuestas emocionales de esa familia.

2.3. No olvidar que la puerta de la rehabilitación física y estímulo sensorial desde épocas muy tempranas (incluso antes de los seis meses de vida), posibilita la integración del cuerpo del niño/a en su conjunto y puede servir para movilizar otro tipo de intervenciones de tipo psicoterapéutico y/o psico-social.

2.4. Dar prioridad a determinado tipo de «tareas» que deben ser realizadas por la propia familia, es reconocer su importante papel en el desarrollo psico-social precoz y abordar precozmente el posible daño narcisista que toda dificultad precoz origina en las figuras parentales (p.e. es útil enseñar ejercicios de estimulación motriz, sensorial y/o psicomotora a las figuras parentales, dar la posibilidad de que una de ellas esté presente durante algunos períodos del tratamiento, utilización de videos del trabajo realizado con su hijo/a, etc).

## Bibliografía

1. BAULEO, A.: «Notas de Psicología y Psiquiatría Social» Ed. Atuel. Madrid, 1988.
2. FERNANDEZ, R., GARCIA CARBAJOSA, M.A. y PEDREIRA, J.L.: «La contención» Ed. AEN. Madrid, 1990.
3. GARCIA, J. & APARICIO, V. (compls.): «Nuevos instrumentos de evaluación e investigación en Salud Mental» Ed. Principado de Asturias. Oviedo, 1990.
4. KREISLER, L.: «Le nouvel enfant du desordre psychosomatique» Ed. Privat, Toulouse, 1987.
5. LEBOVICI, S., DIATKINE, R. y SOULE, M.: «Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent» Ed. PUF. París, 1985.
6. PEDREIRA, J.L.: «Metodología y elaboración de programas en Salud Mental Infanto-juvenil» Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, VII, 22, 371-380, 1987.
7. PEDREIRA, J.L. & cols.: «No me duelen prendas» En VV.AA.: *El que-hacer en Salud Mental*. Ed. AEN-CajaCanarias. Las Palmas de Gran Canaria, págs. 208-222, 1989.
8. SALZBERGER-WITTEMBERG, I.: «La relación asistencial» Ed. Amortortu. Buenos Aires, 1980.
9. SELVIN PALAZZOLI, M.: «Al frente de la organización». Ed. Paidós. Barcelona, 1986.
10. TIZON, J.L.: «Componentes psicologicos de la práctica médica». Ed. Doyma. Barcelona, 1988.