

P. M. Ruiz¹
P. J. Ruiz²
A. Bonals³

Psiquiatría infantil e
intervención sobre el
desarrollo, atención temprana

- 1 Psiquiatría y Toxicomanías. Hospital Real y Provincial Nuestra Sra. de Gracia. Zaragoza.
- 2 Pediatra. Centro de Salud Labradores. Logroño.
- 3 Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Departamento de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

*Children's psychiatry and
intervention on the
development, early attention*

Correspondencia:
P. M. Ruiz Lázaro
Luis Vives, 8 - 3º A
50008 Zaragoza

RESUMEN

Se revisa el concepto de intervención sobre el desarrollo, atención temprana o precoz. Se comenta su historia. Se discute la utilidad, la importancia de la detección temprana y la posterior intervención. Se apunta el papel a desempeñar por el psiquiatra infantil como médico preocupado por la prevención.

PALABRAS CLAVE

Atención temprana; Desarrollo; Psiquiatría infantil.

ABSTRACT

It is revised the concept intervention on the development, precocious or early attention. It is commented the history. Its is discussed the usefulness, the importance of the early detection and the subsequent intervention. It is noted the paper to perform by the children's psychiatrist as medical concerned by the prevention.

KEY WORDS

Early attention; Development; Children's psychiatry.

CONCEPTO

El concepto de intervención sobre el desarrollo, atención temprana o precoz, incluye el conjunto de actuaciones dirigidas a la población infantil, en la pequeña y primera infancia, que presenta o está en riesgo de padecer discapacidades, disminuciones, trastornos o disarmonías en su desarrollo.

La expresión habitual "estimulación precoz" es tan poco afortunada como incierta, pues trata de definir una actuación que se produce en su momento (aunque lo más temprano posible) y no antes de su tiempo (es decir, precozmente) ⁽¹⁾.

Se aplica a lactantes y niños con incapacidades establecidas, síndrome de Down, autismo, discapacidades físicas congénitas (parálisis cerebral) o adquiridas en edad temprana, con traumatismos y deficiencias derivadas de enfermedades infecciosas, o a lactantes y niños que pertenecen a grupos de riesgo ambiental (medio hogareño inadecuado, abandono, maltrato o abuso de sus padres), biomédico (prematuros, con bajo peso neonatal) ⁽¹⁻⁵⁾.

HISTORIA

La intervención temprana (IT), también conocida como estimulación precoz surgió en la década de los sesenta, en el contexto de la intervención comunitaria. En concreto comenzó en 1964 con la ley federal Economic Opportunity Act (Ley de oportunidades económicas) que incluyó el pionero programa norteamericano (1965), para niños de tres a seis años, Head Start, como parte de la iniciativa de la President Lyndon Johnson Great Society. Su consolidación tuvo lugar en los setenta y su generalización a partir de los ochenta ^(2-4,6). En estos últimos treinta años se han acumulado innumerables conocimientos científicos y experiencia práctica ^(4,6,7).

DISCUSIÓN: CRÍTICAS Y UTILIDAD

Sin embargo, continúa actualmente la discusión acerca de la verdadera eficacia a largo plazo

de la intervención temprana sobre sujetos a riesgo (Russman, 1986; Ramey et al, 1990) ^(4,8). Así, Pelechano (1990) afirma que los programas de Intervención temprana (una práctica generalizada y rutinaria) son meritorios desde lo asistencial y lo político, pero no está clara su utilidad y validez desde lo científico por problemas metodológicos al valorar las intervenciones.

Y es que los programas de Intervención temprana han aportado datos sobre su efectividad en la mejora del desarrollo, aunque con poco rigor metodológico en muchos de los estudios ⁽²⁾. La demostración de la eficacia de la intervención para el desarrollo en los primeros años de vida (una empresa compleja en expansión) por los métodos científicos tradicionales ha demostrado ser esquiva por razones prácticas: heterogeneidad de la población estudiada, variabilidad metodológica, mediciones inadecuadas del pronóstico y coste alto de los diseños longitudinales de cohorte. No obstante, pese a estas deficiencias, hay suficiente información acumulada de investigación sobre los tipos de enfoque de intervención con más probabilidades de ser útiles a grupos específicos de lactantes y niños y sus familias ⁽³⁾.

Dadas las evidencias científicas acerca de la plasticidad cerebral infantil ⁽⁹⁾, nadie duda hoy en recomendar, como una necesidad, el diagnóstico precoz o más temprano posible de las desviaciones del desarrollo, del niño con problemas psiconeurológicos, y la puesta en práctica de estrategias de intervención, estimulación o habilitación temprana tanto en los casos cuyo factor de riesgo es socioambiental (los más agradecidos) como en aquellos con daño encefálico manifiesto o muy probable ^(8,10). Los autores parecen estar de acuerdo acerca del beneficio que intervenir genera en las habilidades sociocomunitarias de estos niños, así como en la adaptación emocional de sus familias, cobrando éstas protagonismo en su tratamiento y superando los iniciales sentimientos de complejidad, indefensión y culpa ⁽⁸⁾. La estimulación temprana se constituye como el primer eslabón del proceso de rehabilitación. La atención y apoyo a los padres resulta fundamental en esta etapa vital del niño. Es en ella donde pueden ponerse los cimientos para la futura integración familiar,

258 escolar y comunitaria ⁽¹⁾. Hasta confesos detractores de estas prácticas (Aguado y Alcedo, 1995), reconocen claros beneficios en la asistencia, confort y remotivación otorgados a los padres durante los primeros años de la vida de sus hijos (Spiker, 1990) y que, en el mejor de los casos, siempre que las intervenciones sean masivas, continuas, progresivas y adaptadas al contexto psicosociofamiliar y educativo del discapacitado, la tecnología de los programas incita, promueve y modifica los patrones de desarrollo que se darían sin intervenir ⁽²⁾.

Hay muchos ejemplos de programas madre-bebé que han resultado eficaces como el Mother Infant Transactional Program (MITP) con niños con poco peso para favorecer su desarrollo ⁽³⁾. El Infant Health and Development Program (1990), de gran rigor metodológico, ha probado suficientemente que bebés nacidos prematuramente y/o con bajo peso sometidos a una intervención programada desde los primeros meses, con educación y apoyo familiar y guarderías educativas (Bradley et al, 1994) obtenían a los tres años de vida unos índices medios de desarrollo global y habilidades comportamentales significativamente superiores a los de un grupo control ⁽¹¹⁾. Szliwosky et al (1993) llegan a similares conclusiones en otro riguroso estudio en Bruselas ⁽⁸⁾. En nuestro país, Mardomingo (1982) comprobó que la intervención sobre niños menores de tres años institucionalizados con privación materna y ambiental mejora diferentes áreas del desarrollo: observó importante mejoría en la motricidad gruesa y fina y más reducida en la conducta social y el lenguaje, con un descenso espectacular en los procesos intercurrentes y en los trastornos de conducta ⁽¹²⁾. Ya Rubio (1979), en niños institucionalizados de 0 a 24 meses abandonados por sus padres (con privación afectiva), mostró como una educación psicomotriz permite alcanzar mejores resultados al comparar con un grupo de niños que no siguen esta terapia reeducadora ^(13,14). Estudios longitudinales están empezando a apoyar la idea de que algunos programas de intervención temprana están teniendo impacto sobre las tasas futuras de delincuencia y criminalidad (Zigler et al, 1993). Algunos estudios de programas de intervención a largo

plazo han revelado efectos persistentes cuando la intervención se inicia muy precozmente. Así, el Ypsilanti Perry Preschool Project se aplicó a muchos niños hasta 19 años y se informó de resultados alentadores (Mc Carton, 1980). Los programas para niños con mayor riesgo ambiental que comenzaron con intervenciones precoces, desde el nacimiento hasta los tres años de edad, parecen más eficaces que los que comienzan después de los tres años y no implican a los padres ⁽¹⁵⁾.

Son ejemplos de trabajos serios que muestran resultados probados. La prevención es viable y merece la pena. Las intervenciones precoces pueden ayudar a favorecer el camino de un desarrollo positivo ⁽⁶⁾.

DETECCIÓN TEMPRANA

Uno de los problemas fundamentales para los profesionales y los programas que se ocupan de la primera infancia es la detección, lo más rápida posible, de aquellos niños con algún tipo de discapacidad que vaya a dificultar su desarrollo normalizado. En muchos casos, un porcentaje del logro final de la intervención viene condicionado por este primer momento. Cuanto antes se detecte e intervenga mayores posibilidades de éxito. De ahí la importancia de la coordinación y planificación de los servicios de atención a madres embarazadas y bebés para que esa detección temprana sea posible, rápida y eficaz ⁽¹⁶⁾. La evaluación psicológica de los bebés posibilita la identificación temprana, el diagnóstico precoz de los retrasos o trastornos, las intervenciones preventivas y el tratamiento terapéutico temprano. En estos casos, la identificación etiológica es importante, pero cobra valor la correcta identificación sintomática, conductual, centrándose en el escrutinio temprano y en las evaluaciones sistemáticas evolutivas interprofesionales, con el fin de proponer estrategias terapéuticas ⁽¹⁷⁾. La tendencia actual de la medicina a evitar las patologías antes de que se produzcan confiere a los signos de riesgo o alarma (mala vinculación afectiva, mala comunicación intencional, mala organización de la conducta y falta de capacidad de iniciativa, pensamiento sim-

bólico y funcionamiento cognitivo, sensorial, aspectos psicosomáticos y conductas psicomotoras) en la psicopatología de la temprana edad una importancia especial ^(10,15).

INTERVENCIÓN

Una vez detectado el problema, se hace necesario poner en marcha, de modo urgente, un amplio programa de intervención que actúe sobre el lactante o niño, con estimulación infantil que incluya terapia física, ocupacional y de lenguaje ⁽¹⁸⁾, aglutine, oriente y asesore a los padres y familia, les facilite recursos para afrontar el estrés, aislamiento que les producen las deficiencias de sus hijos, y movilice las redes de apoyo social, de tal forma que el trastorno sea lo menor posible, tanto en el niño como en la familia ^(16,17,19). La Intervención temprana está experimentando, en los últimos años, importantes cambios de orientación. Los pobres resultados de programas centrados de modo exclusivo en las necesidades educativas del niño han llevado a los especialistas a ocuparse de las necesidades globales de éste y de su familia ⁽¹⁶⁾. Se ha pasado de modelos centrados en los servicios a modelos centrados en los recursos, de modelos individuales a sistémicos. Los programas de Intervención temprana tienen que ser muy flexibles para adaptarse a las circunstancias y necesidades del lactante o niño y de sus padres, familia, teniendo en cuenta la importancia de las redes de apoyo social ⁽¹⁶⁾.

PAPEL DEL PSIQUIATRA

Nunca será prescindible la figura del clínico como orquestador del proceso diagnóstico y del manejo terapéutico, recuperando los debilitados lazos entre la neurociencia del desarrollo, la psicología y la psiquiatría ⁽⁸⁾. Las nuevas técnicas de estimulación e intervención temprana han colaborado a llamar la atención de los psiquiatras en las primeras etapas de la vida, donde es provechoso que los profesionales de la salud física y mental

cooperen en la optimización del desarrollo de los niños ⁽¹⁵⁾. Otro factor para que los profesionales de la Psiquiatría se interesen por estos temas es la no despreciable prevalencia de conductas alteradas y retrasos del desarrollo en preescolares. Richman et al (1975-1982) en una muestra representativa de la población general de niños de tres años de edad de Londres, con un diseño de muestreo en doble fase, encontraron una prevalencia de alteraciones severas o moderadas del 7,3%. Cinco años después, los autores reexaminaron a más del 90% de los niños estudiados en la segunda etapa, concluyendo que el 61% de los que tenían problemas con tres años presentaban un comportamiento alterado cinco años después. Se demostró así, que muchos trastornos en estas edades preescolares no son transitorios, no se superan al crecer, sin intervención ⁽²⁰⁾. En nuestro medio, los niños de 0 a 4 años que acudieron a una Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil, la del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza (que abarca la población de un área de salud) correspondieron al 11,33% de los atendidos en el año 1995 como primer día (de 0 a 18 años 11 meses). Fueron un total de 46 pacientes: 14 mujeres y 32 varones con un rango de edad entre los 6 y 52 meses y una media de 34 meses. Tras el correspondiente estudio se les atribuyó los siguientes diagnósticos: 793.0 Normalidad psíquica, 16; Trastorno de conducta, 4; F70 Retraso mental leve, 4; F71 Retraso mental moderado, 3; F93.0 Trastorno de Ansiedad de separación, 3; F98.1 Encopresis no orgánica, 3; F51.4 Terrores nocturnos, 2; en estudio de desarrollo en Esclerosis tuberosa, microcefalia, 2 (sin diagnóstico definitivo); F80 Trastorno del lenguaje, 2; F42 Trastorno obsesivo-compulsivo, 1; Alopecia areata, 1; K59 Estreñimiento, 1; F81.0 Trastorno específico de la lectura, 1; F98.0 Enuresis no orgánica, 1; F98.4 Trastorno de estereotipias motrices, 1; F98.5 Tartamudeo (espasmofemia), 1. Si analizamos los motivos de consulta vemos que 14 de los 46 serían propios de la Atención temprana: cinco de ellos con el diagnóstico final de 793.0 habrían tenido Sufrimiento Fetal Agudo (SFA) con anoxia-hemorragia en cuatro casos y uno hipoglucemia neonatal; cuatro con F70 habrían tenido SFA en tres casos, con parto distócico en uno; tres con

260 F71 habrían presentado en un caso cada uno SFA, Ictericia neonatal o Meningitis; en dos casos se habría realizado estudio de desarrollo, psicométrico por distocia o esclerosis tuberosa ⁽²¹⁾.

En estas edades, entre los cero y cinco años, las psicopatologías más frecuentes son: trastornos del sueño, digestivos, síndromes por privación, estructuras deficitarias, autismo (de cero a dos años) y psicosis desintegrativas, trastornos del lenguaje, esfinterianos, negativismo y aislamientos, angustia de separación, miedos, y también estructuras deficitarias (de dos a cinco años) ⁽²²⁾.

No hay que tener temor a psiquiatrizar por un etiquetado precoz, un miedo extendido en muchos medios, en el público. No se crea un problema por reconocer su existencia. Esconder la patología y diferir los cuidados sí puede agravar la sintomatología del niño; aumentar el mal que sufre y desarrollar sus consecuencias nefastas. Reconocerlo, por el contrario, permite iniciar acciones preventivas ⁽²³⁾.

Las intervenciones terapéuticas desde la psiquiatría en el lactante, la primera infancia, abarcan una serie heterogénea de estrategias individuales, dirigidas a niños de riesgo ambiental y/o biológico, intervenciones dirigidas al ambiente y al propio niño y tratamiento precoz de los niños en que ya se ha detectado cualquier tipo de anomalía o desviación (Manzano et al, 1989, Palacio-Espasa et al, 1989).

Las publicaciones científicas que hacen referencia a los enfoques terapéuticos en el lactante todavía no son muy abundantes.

Las diferentes intervenciones van desde la estimulación precoz y conductista de los niños con handicap, discapacidad física evidente, retrasados, mongólicos (Down), polidiscapacitados; el tratamiento sintomático conductista o rogeriano centrado en los padres; intervenciones con maniobras simples para modificar la interacción manifiesta madre-niño a partir de conocimientos profundos de las interacciones típicas y atípicas o intervenciones terapéuticas basadas en la interacción dinámica madre-hijo dirigidas directamente al niño creando interacciones lúdicas, evocando "comunicaciones" inconscientes, centrándose en el contenido fantasmático de los padres, en

general de la madre, como se lleva a cabo en Ginebra en el Hospital de día de Clarival, para el tratamiento de bebés autistas (Manzano, Palacio, 1993) ^(15,24).

La observación directa de los lactantes de alto riesgo en su familia y las instituciones (incubadora, guardería) se revela como un preciso útil de evaluación y tratamiento de los lactantes y sus interacciones con el ambiente, en el campo de la prevención y cuidados, así como en el de la investigación. Numerosos métodos de observación directa se han desarrollado dentro de la Psiquiatría del lactante: los de Esther Bick (1964), Pikler (1969, 1979), David y Appell (1973), Lamour y Lebovici (1991), Crowell y Fleischman (1993) ⁽²⁵⁾.

En el curso de las últimas décadas, la evolución de la psiquiatría del bebé y los estudios de las interacciones precoces madre-niño han conducido a la elaboración de tratamientos psicoterapéuticos conjuntos padres-bebé, tanto entre los cognitivistas y desarrollistas como en los de orientación psicodinámica:

- **Modelo de Greenspan** (años 80): tratamientos conjuntos destinados a familias de riesgo múltiple: necesidades vitales, relación terapéutica de confianza, cuidados específicos adaptados a las capacidades de cada bebé para el desarrollo óptimo sensoriomotor, cognitivo y de las interacciones sociales y emocionales del lactante.
- **Guía interactiva de Mac Donough** (1993).
- **La consulta terapéutica de Lebovici** (1983, 1991, 1994): investigación transgeneracional.
- **Modelo de terapias breves de la Escuela de Génève** (Cramer y Palacio-Espasa, 1993): estudia la interacción fantasmática, como ya hemos comentado.
- **Modelo de relación psicosomática de Debray** (1987, 1991): trata de acceder a la problemática materna inconsciente, a la compulsión de repetición.
- **Modelo de Fraiberg** (1980) y **la Escuela de San Francisco**: acercamiento psicoterapéutico a domicilio en niños de alto riesgo, con implicación activa del psicoterapeuta para entrar en contacto con las familias ⁽²⁶⁾.

CONCLUSIÓN

En nuestro país, la realidad de la atención temprana es muy variopinta según las comunidades autónomas, pasando de no existir como tal en la actualidad o estar en proyecto (Aragón) ⁽²¹⁾, estar empezando (La Rioja, con inicio en 1995)

o llevar muchos años con un programa sectorial con 42 centros de Desarrollo infantil y atención precoz (Cataluña). Sin duda, es un tema pendiente, por desarrollar, que la Psiquiatría Infanto-Juvenil como especialidad médica preocupada por la prevención no puede ni debe ignorar.

261

BIBLIOGRAFÍA

1. Azúa P. Desarrollo de servicios para personas con retraso mental. En: Verdugo MA, ed. *Personas con discapacidad*. 1ª ed. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 1995. p. 1117-41.
2. Aguado AI, Alcedo MA. La intervención en discapacidad física. En: Verdugo MA, ed. *Personas con discapacidad*. 1ª ed. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 1995. p. 185-221.
3. Bennett FC, Guralnick MJ. Eficacia de la intervención sobre el desarrollo en los primeros cinco años de vida. En: Blackman JA, ed. *Desarrollo y conducta: el niño de muy corta edad*. Clínicas pediátricas de norteamérica. México: Nueva Editorial Interamericana; 1991;6:1553-69.
4. Ramey CT, Bryant DM, Suárez TM. Intervención temprana: ¿por qué, para quién, cómo y a qué costo? En: Lester BM, Tronick EZ, eds. *Clínicas perinatológicas*. México: Nueva Editorial Interamericana; 1990;1:47-55.
5. Soulé M, Noël J. La prevención médico-psico-social precoz. En: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M, eds. *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1995. p. 245-79.
6. Wicks-Nelson R, Israel AC. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall; 1997.
7. Espinosa A, Jimeno A, Martínez R, Ordoño E, Ortega J, Relaño P. Iguales, pero diferentes. Un modelo de integración en el tiempo libre. Madrid: Editorial Popular; 1995.
8. Narbona J. Neuropediatría y psicopatología infantil. En: Rodríguez J, ed. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Secretariado de publicaciones. Universidad de Sevilla; 1995. p. 167-70.
9. Isaacson RL. Plasticidad cerebral después de lesiones. En: Lester BM, Tronick EZ, eds. *Clínicas perinatológicas*. México: Nueva Editorial Interamericana; 1990;1:67-75.
10. Nieto M. Signos de alerta en el desarrollo psicomotor. *An Esp Pediatr* 1993;39:15-30.
11. Bradley RH, Whiteside L, Mundfrom DJ, Casey PH, Kelleher KJ, Pope SK. Contributions of early interventions and early caregiving experiences to resilience in low-birthweight, premature children living in poverty. *J Clin Child Psychol* 1994;23:425-34.
12. Mardomingo MJ. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
13. Seva A. *Salud mental evolutiva*. Zaragoza: Pórtico; 1983.
14. Seva A. *Psicología Médica. Bases psicológicas de los estados de salud y enfermedad*. 1ª ed. Zaragoza: INO Reproducciones; 1994.
15. Doménech E. *Psicopatología de la primera edad*. En: Rodríguez J, ed. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Secretariado de publicaciones. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1995. p. 927-60.
16. Fuertes J, Palmero P. *Intervención temprana*. En: Verdugo MA, ed. *Personas con discapacidad*. 1ª ed. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 1995. p. 925-70.
17. Maganto C. Instrumentos aplicados para la evaluación y el diagnóstico en psicopatología infantil. En: Rodríguez J, ed. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Secretariado de publicaciones. Universidad de Sevilla; 1995. p. 191-282.
18. Herzog DB, Jellinek MS. Introducción a la consulta psiquiátrica infantil. En: Cassem NH, ed. *Psiquiatría de enlace en el hospital general*. 3ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 1994. p. 601-20.
19. Zucman E. Soins et éducation des leunes handicapés. Editions Techniques. *Encycl Méd Chir (Paris-France)*. Psychiatrie, 37211 A10, 1992, 11p.
20. Verhulst FC. La epidemiología en psicopatología infantil. Cuestiones generales y estudios de prevalencia. En: Rodríguez J, ed. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Secretariado de publicaciones. Universidad de Sevilla; 1995. p. 79-106.
21. Sebastián J, Lamonedá A, Navarro L, Pérez F, Ruiz P, Sánchez M, Soguero N. Proyecto para la creación de un centro de desarrollo infantil y atención Precoz. Zaragoza: Fundación Rey Ardid; 1996.
22. Rodríguez J. Los rasgos propios del enfermar psíquico en la infancia. En: Rodríguez J, ed. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Secretariado de publicaciones. Universidad de Sevilla; 1995. p. 65-77.
23. Peille F, Golse B. *Prévention et modes d'intervention chez le nourrisson et le jeune enfant jusqu'à trois ans*. Editions

- 262** Techniques. *Encycl Méd Chir (Paris-France), Psychiatrie*, 37205 A10, 1990, 4p.
24. Manzano J, Palacio-Espasa F. Las terapias en Psiquiatría infantil y en Psicopedagogía. 1ª ed. Barcelona: Paidós; 1993.
25. Lamour M, Barraco M, Detry C. Méthodes cliniques d'observation directe du nourrisson. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie*, 37-200-D-10, 1997, 8p.
26. Morales-Huet M, Rabouam C, Guédeny N. Psychothérapies parents-bébé. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie*, 37-208-D-60, 1997, 4p.