

Contextos de Riesgo en el Niño Pequeño y Posibles Intervenciones ante la Adversidad

Risk Context in Young Children and Possible Interventions to Help Face Adversity

Mercedes Valle Trapero
Hospital Clínico San Carlos de Madrid, España
Pilar Gutiez Cuevas
Universidad Complutense de Madrid, España

Rocío Mateos Mateos
Universidad Complutense de Madrid España
Teresa Brun Sanz
Hospital Clínico San Carlos de Madrid, España

Resumen. En el presente trabajo exponemos los diferentes contextos de riesgo en niños pequeños, señalando a la vez la importancia que tienen los factores protectores y de compensación.

Se muestra la necesidad de una atención precoz para evitar desviaciones severas en el desarrollo del niño. Nuestro trabajo parte de la atención que se ofrece en el servicio de Neonatología del Hospital Clínico San Carlos. En nuestro servicio, la familia, la escuela y los demás estamentos que se ocupan de la infancia tienen gran importancia como factores de protección. También mostramos cómo la resiliencia ayudará siempre que se den una serie de condiciones y entre éstas señalamos la formación multidisciplinar de los diferentes profesionales, que trabajen con niños, familias y escuela.

Palabras clave: resiliencia, vulnerabilidad infantil, factores protectores, intervención temprana en la infancia.

Abstract. In this paper, we explain the different risk contexts in young children, while underlining the importance of protective and compensation factors. It shows the need of early attention in order to prevent severe deviations in the child's development. Our work begins with the care provided in the Neonatology Service of Hospital Clínico San Carlos. In our department, factors such as, family, school and other Social Strata involved in childhood are deemed important regarding protection. We also show how resilience will be of and help provided they meet certain conditions are met. Amongst these we mention the multidisciplinary training of the different professionals working with families, school and children.

Keywords: fostering Resilience, children, vulnerability, Social work, Early Childhood Intervention, protective factors.

Introducción

En el presente artículo preferimos hablar de contextos de riesgo, más que de factores en el niño pequeño, porque nuestra experiencia en el ámbito materno-infantil sanitario nos demuestra la gran confluencia de factores biopsicosociales en esta etapa y la gran vulnerabilidad de nuestros pacientes (madres gestantes, neonatos,

La correspondencia sobre este artículo puede dirigirse a la primera autora al E-mail: mvalle.hgsc@salud.madrid.org

lactantes y niños pequeños) ante ellos. Pero también queremos resaltar el enorme potencial y la gran capacidad de recuperación que tienen estos pacientes cuando existen factores de compensación ó protectores, como son las intervenciones sistemáticas adecuadas y la atención a tiempo. Esto fortalecería su resiliencia, entendida esta como la capacidad de una persona o sistema de abordar con éxito los retos de la vida ante la presencia de riesgos adversos significativos (Rutter, 1985).

La resiliencia puede considerarse un recurso específico, que se adquiere a través de la interacción con el entorno. Es la capacidad de activar mecanismos de superación aprendidos ante situaciones vitales difíciles (Petermann y Simonis, 2008).

Desde nuestra experiencia clínica en Neonatología debemos resaltar no solo la gran plasticidad del cerebro en esta etapa, sino también del psiquismo.

Por ello la adversidad suele presentarse cuando determinados factores forman un contexto de riesgo, potenciándose entre sí, en lo que llamamos familias multiproblemáticas, que hace mucho más compleja la intervención y requiere de muchos más recursos coordinados.

Cuando hablamos de adversidad, no solo nos referimos a problemas biológicos, aunque es la población en la que nos vamos a centrar, debido a que por nuestra experiencia, son con los que trabajamos de forma habitual.

Cuando hablamos de niños denominados de alto riesgo (Guralnick, 2009) hacemos referencia a los problemas biológicos sufridos en la etapa neonatal (Genysi.es) por la mayor posibilidad que estos presentan, frente a la población general, de provocar secuelas a nivel neuroevolutivo de mayor o menor gravedad, y que, a su vez, generan otras situaciones en los menores, que sufren grandes carencias debido a la hospitalización precoz y a las intervenciones clínicas invasivas, necesarias para su recuperación; en un ambiente muy hostil y en una etapa crítica para iniciar un buen desarrollo. Aunque no debemos dejar de señalar cómo en la actualidad existen otro tipo de situaciones desde familiares a sociales que se pueden considerar de riesgo (Familias disfuncionales, desestructuradas, madre ó padre con enfermedad mental, padres que delegan el cuidado de sus hijos en otros: abuelos, cuidadoras, “escuelas infantiles”) y que van a influir, si no existen factores protectores, de forma negativa en el desarrollo infantil.

Los problemas que afectan al niño, también afectan a los padres y todo el sistema familiar sufre una gran conmoción, para la que nadie está preparado. Si a ello unimos el exceso de demandas familiares que generan estos niños, al estar fuera del hogar por un tiempo prolongado y la mayor preocupación y dificultad para su crianza, hace que este sistema entre en fase disfuncional sino tiene unos lazos y apoyos afectivos fuertes, lo que conlleva unas formas de relación alteradas, a las que son extremadamente sensibles nuestros pacientes y que pueden causar alteraciones ó trastornos por sí mismas.

Es significativo que en los estudios sobre autismo, maltrato, hiperactividad, trastornos conductuales, dificultades de aprendizaje, etc. se citen frecuentemente que, sobre todo, son niños con antecedentes de riesgo perinatal.

Por todo ello los servicios de Atención Temprana y Salud Mental infanto-juvenil deberían estar conectados y trabajar siempre coordinadamente con los servicios pediátricos, sociales, psicológicos y educativos.

Atención temprana centrada en la Familia

En el servicio de Neonatología del Hospital Clínico S. Carlos se desarrollaron a partir de la década de los 80 varios programas de Atención Temprana (AT). (Arizcun, 2002, Arrabal, 2005) en los que ya se consideraba al RN (recién nacido) hospitalizado como un paciente con todos sus derechos y con unas necesidades muy específicas, por eso hemos intentado siempre que se contemplen estos programas dentro de la Pedagogía hospitalaria (Valle, 2000, 2005, 2010; Gutierrez, 1993, 1995, 2005). Los trastornos neuropsicológicos de los niños prematuros han sido estudiados en diferentes trabajos de investigación, mostrando las dificultades que tienen estos

niños a la hora de enfrentarse al entorno (Arrabal, 2004; Mateos, 2003, 2006; Portellano, 1997).

La influencia de los nuevos descubrimientos, cambios conceptuales y nuevas prácticas (www.european-agency.org) marcan una tendencia al considerar que la Atención Temprana debe estar centrada en la familia. En esta misma línea, en el ámbito sanitario materno-infantil, se está tratando de generalizar el método madre canguro, cuyos beneficios son evidentes en los padres y en el hijo.

Del mismo modo, la AT neonatal centrada en la familia, debería dar prioridad a estas intervenciones. *Ver Apéndice 1 (A)*.

- El punto de partida en la intervención/ atención a la familia será siempre atender sus necesidades más urgentes, y que, hoy en día, tienen una gran variabilidad por la inestabilidad sociofamiliar que vivimos.
- Las características que cada ser humano tiene pueden ser un factor de riesgo pero también de protección.
- La etapa perinatal, está muy reciente en esta población y según la hayan vivido los padres se convierte también en factor de riesgo ó en factor de protección (cuando ha sido un niño deseado, querido, cuando cumple las expectativas de los padres...). Por todo ello el tipo de sistema familiar y sus valores culturales va a tener un peso en la forma en que se configure la intervención.
- En la actualidad son muchos los estresores psicosociales familiares que debemos conocer y de niveles muy diferentes, por su poder de alterar todo el sistema.
- Consideramos básico compartir con la familia los criterios de Desarrollo óptimos que debe seguir un niño desde el nacimiento, evitar la sobreestimulación ó deprivación que sufren muchos menores. Para evitar graves desviaciones en el neurodesarrollo es importante conocer la semiología de alarma que son señales de desajuste muy precoz, que expresan los niños cuando todo el proceso de desarrollo empieza a desviarse de la normalidad *Ver Apéndice 2 (A)*.
- La adaptación al hogar y recursos necesarios sociosanitarios ó educativos que necesita una familia para criar a un hijo adecuadamente debe ser el pilar básico y de mayor éxito a nivel de prevención de toda la AT.

Lógicamente la resiliencia o capacidad de afrontar las dificultades en los niños pequeños dependerá de los factores protectores tempranos, tanto a nivel individual, familiar y social. Estos factores pueden provenir de la familia y /o del entorno y son decisivos en edades tempranas. *Ver Apéndice 1 (B) y (C)*.

Etapas claves en el desarrollo: Las primeras señales de alarma

Debido a que el niño pequeño expresa todas las dificultades a través de su cuerpo, digamos que su yo es corporal por su rudimentario psiquismo, los primeros que tienen la oportunidad de detectar los problemas son siempre los profesionales sanitarios. Los neonatólogos, pediatras y neuropediatras suelen consultar, cuando 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 de trastornos, las más frecuentes, generalmente son:

- En los **3 primeros meses** de vida por dificultades en la autorregulación de los estados (Als, 1988; Brazelton, y Cramer, B., 1993), irritabilidad, no conductas de apego y ambiente emocional negativo en los padres.
- En el **lactante** mayor, como ya tiene más manifestaciones clínicas, las dificultades relacionales ó trastornos de tipo psicológico pueden empezar a manifestarse a través de: no ganancia ponderal, problemas psicósomáticos (cronificaciones funcionales, como es el reflujo gastroesofágico) alteraciones del tono ligeras de tipo hiper ó hiporreactivo (*ver Apéndice 2 (A)*).
- 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 hipoestimula-

ción ambiental. Esta hipoestimulación ambiental puede deberse a los horarios excesivos de trabajo y agotamiento de los padres o la falta de espacios para la exploración con hiperestimulación visual (expuestos al televisor para comer, dormir ó permanecer sentados, en espacios muy reducidos). También algunas propuestas de “supuesta Escuela infantil” tipo aparcamiento, donde permanecen los niños durante muchas horas ó se les lleva demasiado pronto, y que termina por ser una institucionalización parcial.

Suelen ser niños muy buenos, definidos como lentos (Schwab, 2005) en los que se observan calvas laterales, ahora que ha pasado la moda de dormir en prono. *Ver Apéndice 2 (B)*.

Otras consultas que les parecen ya a los profesionales de la salud mucho más preocupantes a cualquier edad y que se suelen identificar como dificultades inherentes al propio 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 ó hipotonía) ó retraso inespecífico global. *Ver Apéndice 2 (B)*.

Respuestas preventivas posibles

La tendencia actual es esperar a que crezca, dar pautas y orientaciones a los padres, hacer programas para padres (tan de moda hoy en día) que son adecuados como información general pero no como prevención primaria.

Vemos que el niño es un puzzle que no engrana, que esas señales de desajuste las emite muy pronto; habiendo muchos estudios que han demostrado que el recién nacido es muy competente ya (Brazeltón y Cramer, 1993).

Las nuevas tecnologías, con técnicas de neuroimagen, de gran precisión, son 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, 2008) por las experiencias biológico-emocionales que tiene, que continuarán 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, no solo biológico, y es en esta etapa cuando se debería iniciar la intervención.

Aspectos a tener en cuenta para la evaluación

1º Qué aporta el Niño.

2º Que aportan los padres como personas.

3º Qué aporta este sistema familiar, inmerso en un determinado contexto sociocultural.

4º Qué aporta el sistema educativo.

Desde nuestro entorno clínico materno-infantil actual, donde no hay más remedio que trabajar en equipo, si queremos entender algo y donde el profesional que deriva es del ámbito 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 les hubiera ocurrido aclarar a un médico espontáneamente (Pallás, De la Cruz y Medina, 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 ó intergeneracional.

La calidad estimular puede no ser adecuada porque está alterada la función parental, por idealización, rigidez ó porque en estas circunstancias puede ser una carga demasiado pesada para estos padres y no pueden escuchar. En numerosas ocasiones, sus expectativas se han visto truncadas, y no se les permite adaptarse a la nueva situación al no tenerse en cuenta las características psicológicas, familiares y sociales de los padres, obviando las circunstancias vitales de los miembros de la familia.

La tendencia es homogenizar y unificar al paciente, eliminando en demasiadas ocasiones las diferencias individuales.

Desde el ámbito social: Se plantea que 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 auténtico contacto social, individualismo con baja tolerancia a la frustración basada en el éxito de tener, con frecuencia potenciadas por una carencia de apego intergeneracional (Fava, 1997) y que son pautas de conducta culturalmente dadas, pero que pueden crear engramas mentales en la infancia de carácter negativo para una socialización adecuada.

El enfrentamiento terapéutico con estas características sociales y familiares va a interferir en la solución de los problemas infantiles, tanto biológicos, psicológicos o sociales.

El aislamiento social de muchos niños está causado, además de por estas características sociales predominantes, por el tipo de vivienda por un contacto familiar escaso con excesivas horas ante el televisor, insuficiente comunicación con la familia (no hay tiempo, se piensa que el niño evoluciona sólo, que dándole de todo es suficiente).

Desde el ámbito educativo: La escuela es un factor de protección y compensación decisivo para niños que sufren carencias de tipo sociofamiliar.

Los profesionales de la educación también pueden desempeñar un papel de defensa o protección, ayudando a las familias y a los niños a reconocer sus derechos y responsabilidades y ayudándoles a alcanzar esos derechos, y cuando sea necesario, activar los Servicios de Protección al Niño.

Los profesores de educación infantil, en relación al desarrollo y fortalecimiento de los niños, deben obtener la información pertinente sobre su entorno familiar, para revelar o excluir factores de riesgo y seguir de cerca su desarrollo físico, mental y social. Cuando los profesores de educación infantil colaboran con los padres, deben comprender y aceptar que, la familia es el entorno primero y el de mayor importancia para la socialización. En este contexto, pueden ayudar a los padres a cuidar de sus hijos, dándoles consejo en cuanto a educación y cuidados, en el sentido en que proporcionan posibles modelos de comportamientos, para que los padres sepan formar relaciones adulto-niño y proporcionar los cuidados diarios. Además los profesores de educación infantil pueden facilitar información sobre recursos, y servicios que están a disposición de las familias.

Cuando colaboran con los servicios de ayuda, los profesores de educación infantil se responsabilizan de un niño en situación de riesgo y son responsables de comunicarse con los profesionales adecuados dentro y fuera de la institución.

Aspectos que se deberían evaluar desde la etapa neonata

Se llama así al niño en el primer mes de vida: Brazelton ya le mostró como un ser muy competente para expresar sus capacidades y necesidades, pero esto sucede en el entorno adecuado para el que está programado (junto a su madre ó figuras de crianza).

Se dice en nuestro ámbito que quizás el viaje más arriesgado del ser humano sea el prenatal.

- El temperamento infantil: Se ha creado una escala de temperamento en la que fueron evaluados los bebés observando sus características; se les clasificó en tres categorías: Niños activos, lentos y difíciles (www.SchwabLearnig.org). Curiosamente estas categorías no se correspondían mucho con el modo en que los veían sus padres; los autores concluyen que es de gran interés saber cómo les ven los padres, para ver

cómo les consideran y responden. No es raro oír en nuestras consultas “estos niños dan muchos problemas” ó aún más catastrófico “no da más de sí”, “es como los demás niños”

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

- **Evaluar en los primeros meses las conductas asociadas al apego**, que desarrolla todo RN con el fin de facilitar y buscar la interacción para 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 como señalan estos autores.

En la clínica comprobamos que si el bebé no las aporta, los padres se desorientan: puede suceder por separación precoz, síndrome de abstinencia en el recién nacido, pautas de crianza inestables, etc. Siempre habrá que valorar el sistema de apego y hacer diádas.

Semiología de alarma de 0 a 6 años

Los programas de prevención sociosanitarios y educativos, son cada vez más escasos en nuestra cultura del “ocultamiento ó el “no pasa nada”, siempre serán los más rentables desde todos los enfoques y más en el ámbito infantil ya que van a evitar la aparición de trastornos no instaurados.

Podríamos definir la semiología de alarma en un niño que se desvía de la normalidad en varios apartados, 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 relacionar los factores de riesgo y de compensación 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. Ver Apéndice 2 (A), (B), (C), y (D).

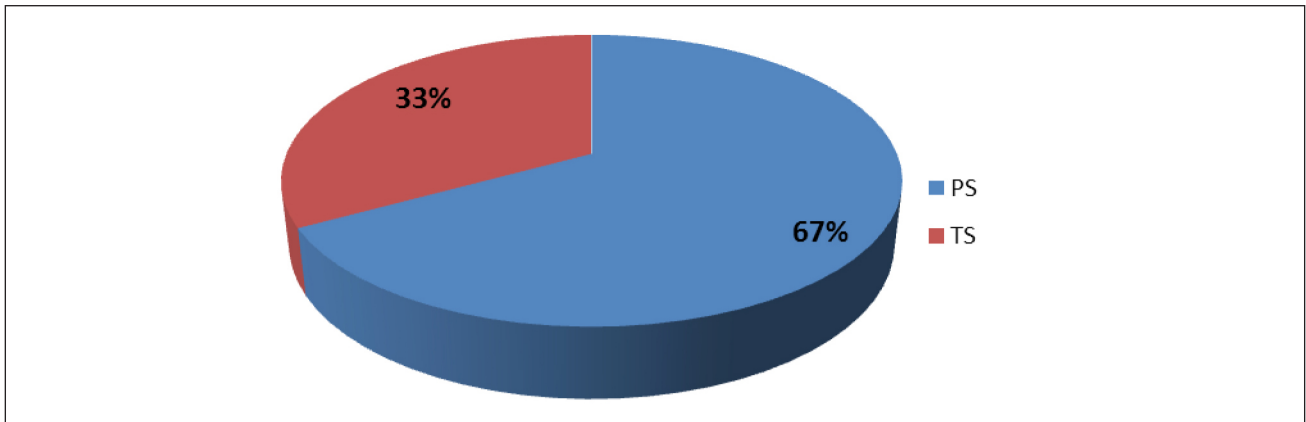
Se olvida con frecuencia la importancia de la detección temprana, sin tener en cuenta que, un retraso en el reconocimiento de las manifestaciones alteradas o disfuncionales, puede provocar serios problemas en el desarrollo madurativo del niño, anulando los factores de compensación que podría beneficiarle (Mateos, 2009, 2011).

Existe un malestar en los padres, que se quejan con frecuencia de que no se les hace caso, que hay poca colaboración con el pediatra y la escuela, manifiestan que la información es escasa y que se les avisa tarde (Mateos, 2009, 2011).

Población atendida en la Unidad de Psicología y Atención Temprana

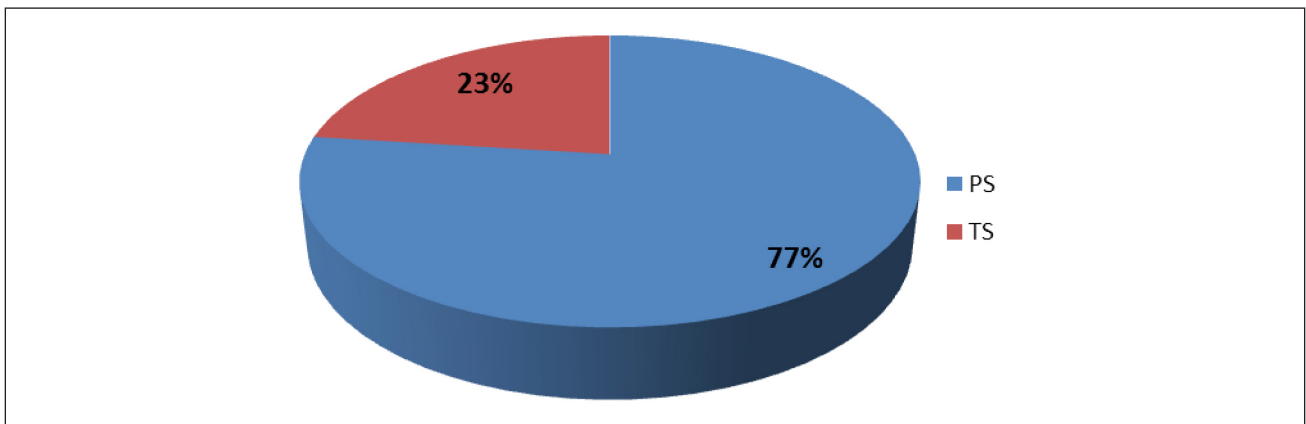
De los niños nacidos en este hospital en el año 2008, fueron evaluados 86 niños por presentar diversas alteraciones ó factores de muy alto riesgo. En el 33% de los casos también fue necesaria la intervención con sus familias desde la Unidad de Trabajo Social (UTS), por necesidades muy diversas (se verá en el siguiente apartado). Los niños de familias españolas son un 55%, de familias biculturales un 9% y de familias extranjeras un 36%.

Figura 1. Nacidos en 2008



De los nacidos en el año 2009 se han evaluado 53 menores y en sólo un 23% ha intervenido la Unidad de Trabajo Social.

Figura 2. Nacidos en 2009



La proporción de población extranjera en la Unidad de Trabajo Social, significativamente más elevada, se expone en el apartado siguiente.

Estos primeros datos (mayor población común con la UTS en niños de mayor edad) confirman nuestras hipótesis de que las carencias y dificultades de tipo sociofamiliar afectan al desarrollo, pero se suelen detectar ó intervenir más tarde. Los niños de familias extranjeras son más vulnerables de sufrir trastornos en el desarrollo en los primeros años.

Tipos de Intervenciones requeridas

El 60% de los niños necesitaron ser derivados a lo que llamamos *Programa De Atención Temprana en Hogar*. Se prescribe si el niño presenta un retraso madurativo global ó específico de algún área de desarrollo, pero no hay patología de base orgánica evidente.

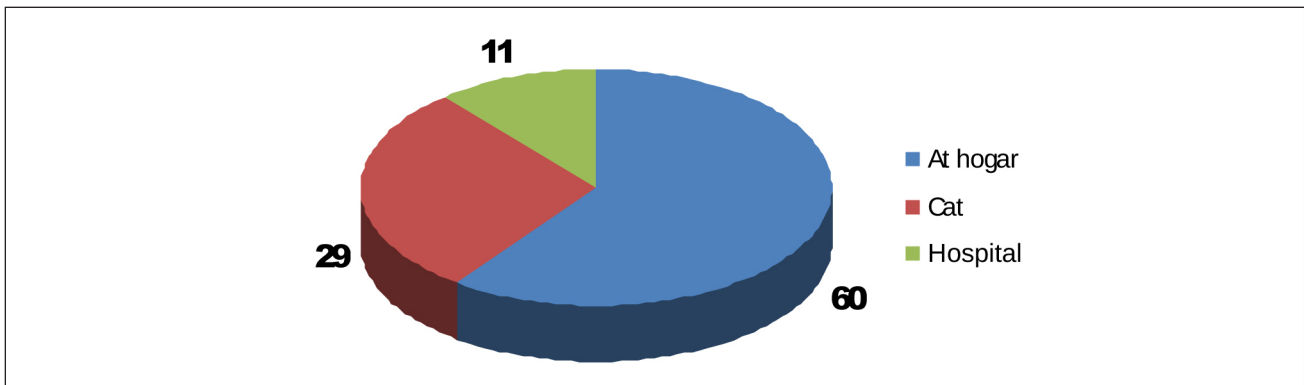
Los padres identifican las dificultades de sus hijos, sus posibles causas, comparten con los profesionales los criterios y objetivos de desarrollo a lograr en esa etapa y son los responsables de hacer las actividades adecuadas. La periodicidad es muy variable dependiendo de la problemática y de las necesidades de apoyo que requiera la familia.

Es un programa preventivo, que permite atender a una gran población, la mayoría de los niños evoluciona

hacia la normalidad y permite hacer derivaciones a otros recursos muy pronto: EAT (equipo de AT) si hay necesidad de escolarización ó CAT (centro específico de AT) si la evolución no es positiva; así como a los servicios de salud y sociales si hay otros factores de riesgo. El 29% fue derivado a CAT. De este grupo:

- Un 18% desde el alta hospitalaria al nacimiento, por presentar factores de muy alto riesgo biológico de poder sufrir secuelas a nivel neuroevolutivo, para iniciar tratamiento directo de Rehabilitación ó estimulación específica.
- Un 11% se deriva a lo largo del seguimiento del programa de control hospitalario, que llevan a cabo los hospitales públicos, a los niños que presentan factores de riesgo en la etapa perinatal. Son niños a los que, con frecuencia, no se les ha identificado antes la patología ó es inespecífica y sobre todo niños que proceden de familias multiproblemáticas, que no asisten a las consultas, o no hacen el programa de AT indicado, no utilizan los recursos de zona etc. y necesitan un apoyo mayor y a veces una intervención directa al niño.
- Un 11% tuvo que quedarse a hacer tratamiento de rehabilitación en el hospital y programa de AT en hogar por las listas de espera en los CATs (centro específico de Atención Temprana).

Figura 3. Derivación de los niños desde el hospital



En el gráfico y la estadística, no figura la derivación a EAT (equipos educativos de atención temprana), porque es un recurso que no hemos utilizado en el primer año de vida, gracias al avance de la ley sobre la baja maternal para niños hospitalizados y prematuros (se amplía a 33 semanas, según haya condiciones especiales en los recién nacidos). Esta derivación suele efectuarse a través del CAT ó de Trabajo social.

¿Qué factores de riesgo familiar han predominado en nuestra población?

Los **factores de riesgos** utilizados son los consensuados por los profesionales en el “Programa de Valoración Social”, dentro del programa de Prevención del riesgo social en Neonatología, que se inicio como pionero en este servicio en 1990 (Instituto Madrileño del Menor y la Familia, [IMMF], 1998).

El factor con más incidencia entre los RN hospitalizados ha sido la *Carencia de Recursos Económicos*, siendo éstos insuficientes o nulos para cubrir las necesidades básicas del mismo. Enlazado a este primer factor se encuentra con frecuencia otro muy decisivo: el de *Aislamiento Social*, con falta de apoyos familiares y sociales. Dicho factor es muy relevante en población inmigrante. A continuación se presenta una tabla en la que se exponen los datos de distribución de los diferentes factores de riesgo en nuestra población. Ver tabla 1.

Como puede verse, destaca el aumento de *familias monoparentales*, siendo la mujer la responsable de la crianza de los hijos *en todos los casos atendidos*.

Hay un porcentaje elevado de familias en las que detectamos que confluyen varios factores a la vez (familias multiproblemáticas).

Tabla 1. Factores de Riesgo

FACTORES DE RIESGO	%
Familias con Problemas Económicos	37
Aislamiento Social	4
Otros hijos con Medidas de Protección (guarda/tutela)	2
Dificultad Social	2
Problemas de Drogadicción/ Alcoholismo	4
Familias con Historia de Violencia de Género y/o Maltrato Infantil	6
Familias Monoparentales	9
Padre/madre con enfermedad orgánica crónica	2
Embarazos poco espaciados y/o n° elevado de hijos	4
Separación de la madre en el Periodo Neonatal Precoz con imposibilidad de lactancia	4
Padres con comportamientos extraños	4
Escasas visitas durante el ingreso	6

Los demás no son porcentajes elevados pero sí significativos para poder observar las necesidades latentes y que en los últimos tiempos están aumentando (Valle, M., Brun, T. y Gutiez, P., 2010)

Conclusiones

El desarrollo es un fenómeno complejo y no lineal. Uno de los factores que inciden con especial relevancia es el entorno de crianza.

La atención temprana a las familias y la detección precoz de las necesidades de los niños, cuando se evidencian factores de riesgo ó su desarrollo se desvía de la normalidad, evitaría el establecimiento de muchos trastornos y ahorraría la intervención terciaria, tratamiento directo al niño, dejando ésta solo para aquellos casos en los que los niños presentan necesidades especiales, por deficiencias ó por tener un alto riesgo biológico o psicosocial.

Por otra parte, esta atención temprana y precoz evitaría que, los niños que sí necesitan ser atendidos ellos mismos por sus graves dificultades ó las de su familia, cronifiquen patologías e impida la aparición de otras morbilidades.

Es esencial generar y asentar una cultura de sensibilización hacia los nuevos tipos de familias y modelos de crianza que, como vemos, se relacionan con nuevas morbilidades y necesidades en los niños, que requieren una respuesta inmediata desde las instituciones que trabajan con la 1ª infancia, para que los niños que nacen en y con condiciones desfavorables tengan las mismas oportunidades de desarrollo que los otros niños.

El contexto de riesgo no siempre se da en ambientes que se consideran vulnerables. Estas situaciones también pueden darse en ambientes considerados hasta ahora no de riesgo (Clase media y alta, familias con diferentes niveles culturales...). No afrontar las dificultades puede considerarse un factor de riesgo.

Es de suma importancia respetar el proceso madurativo del niño, sin saltarse etapas evolutivas, para ello es necesario que la formación de los profesionales que tratan al niño sea continua y acorde a los avances científicos y sociales actuales.

No debemos aplicar una psicología y pedagogía del “deber ser” sino que nos debemos centrar en el niño y sus circunstancias presentes y reales.

Las instituciones responsables deben potenciar los factores de protección que permitan un buen afrontamiento de las dificultades, con el objetivo de conseguir un desarrollo psicosocial y educativo armonioso y equilibrado.

Bibliografía

- Als, H. (1988). Modelos de conducta infantil: ¿análogos de ulteriores dificultades de organización? En F. H. Duffy y N. Geschwind (Eds.), *Dislexia. Aspectos psicológicos y neurológicos*. Barcelona: Editorial Labor.
- Arizcun, J. (2002). Aspectos neonatológicos y Factores de Riesgo en Atención Temprana. *Revista de Neurología* 34, 136-222.
- Arrabal, M. C. (2005). Participación de la Familia en los cuidados del Recién Nacido hospitalizado. En P. Gutiez (coord.), *Atención temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6) y sus alteraciones* (pp.343-356). Madrid: Editorial Complutense.
- Arrabal-Terán, M. C., Mateos-Mateos, R., Valle-Trapero, M., Pérez-Serrano, J. M., Martínez-Arias R. y Arizcun Pineda, J. (2004). Estudio de potenciales evocados cerebrales en niños de muy bajo peso al nacimiento. *Revista de Neurología*, 39, 105-108.
- Brazelton, T. y Cramer, B. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Paidós.
- Crockenberg, S. C. y Leerles, E. M. (2004): Infant and Maternal Behaviors Regulate Infant Reactivity to Novelty at 6 months. *Developmental Psychology*, 40, 1123-1132.
- European agency for development in special needs education (2003). *Atención Temprana. Análisis de la situación en Europa. Aspectos clave y recomendaciones*. Disponible en <http://www.european-agency.org/eci/eci.html>www.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, Grupo Trabajo Profesionales del Servicio Neonatología del Hospital Clínico de S. Carlos y Servicio de Pediatría del Hospital General de Móstoles. (1998). *Programa para la detección del riesgo social en neonatología*, Madrid: IMMF, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Disponible en <http://www.genysi.es/index/php>
- Guralnick, M. J. (2009). *Nuevas Perspectivas en la Atención Temprana*. Conferencia inaugural del año impartida en el Magíster de Atención Temprana. Facultad de Educación. Universidad Complutense. Disponible en www.Genysi.es
- Gutiez, P. (coord) (2005). *Atención temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6) y sus alteraciones*. Madrid: Editorial complutense.
- Gutiez, P., Saenz, B. y Valle-Trapero, M. (1993): Proyecto de Atención Temprana para niños de alto riesgo biológico, ambiental con alteraciones o minusvalías documentadas. *Revista Complutense de Educación*, 4, 113-129.
- Gutiez, P. (1995). La Educación Infantil: modelos de atención a la infancia. *Revista Complutense de Educación*, 6, 101-113.
- Juri, L. (2008). El sentimiento de seguridad es un camino del desarrollo. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 11, 43-47.
- Mateos, R., Valle, M., Portellano, J. A. (2003). Neuropsicología de los niños con bajo peso al nacer. En *Neuropsicología infantil* (p.p.139-160). Madrid: Fundación Mapfre Medicina.
- Mateos, R., Arizcun, J., Portellano, J.A., et al. (2006). Potenciales evocados en una población de niños menores de 1500 gramos: descripción y probabilidades. *Revista de Neurología*. 42, 455-461.
- Mateos, R. (2009). Dificultades de aprendizaje. *Psicología Educativa*, 15, 13-19.
- Mateos, R. (2011). Dificultades de aprendizaje. Problemas del diagnóstico tardío y/o del infradiagnóstico. *Revista de Educación Inclusiva*, 4, 103-111.
- Moro, M. R. (2007). *Aimer ses enfants ici et ailleurs*, Paris: Odile Jacob.
- Muratori, F. (2008). El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 12, 39-50.

- Pallás, C. M., De la Cruz, J. y Medina, C. (2002). Programas de Seguimiento. ¿Por qué?. *Revista de Atención Temprana de Murcia*, 5, (2), 63-75.
- Petermann, F. y Simonis, A. (2008). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Folgen nach Schlaganfällen im Kindesalter. *Fortschritte der Neurologie psychiatrie*, 76, 662-671.
- Portellano, J. A., Mateos, R., Valle, M., Arizcun, J. (1997). Trastornos neuropsicológicos en niños de muy bajo peso al nacer en edad preescolar. *Acta Pediátrica*, 55, 375-379.
- Portellano, J. A. (2007). *Neuropsicología Infantil*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Roselli, M., Matute, E. y Ardila, A. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. Mexico: Editorial Manual Moderno.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Schwab, C. (2005). *Escala de temperamento*. En www.SchwabLearnig.org
- Valle, M. y Arizcun, J. (2000). Atención Temprana y Pedagogía Hospitalaria. *Revista MinusVal*, 123, 27-29.
- Valle, M. (2005). Prevención de trastornos del desarrollo y Pedagogía Hospitalaria. En M^a G. Millá, y F. Mulas (Coord.), *Atención Temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención* (p.p. 329-340). Valencia: Ed. Promolibro.
- Valle, M., Brun, T. y Gutiez, P. (2010). Atención Temprana centrada en la familia: Situaciones de necesidades especiales por trastornos del niño y/o de la familia. En D. Casado (Coord.) *Políticas Sociales en Europa. Familias para el Bienestar personal. Bienestar social para las familias*. Ed. Hacer.

Manuscrito recibido: 24/03/2011

Revisión recibida: 05/05/2011

Manuscrito aceptado: 10/05/2011

APÉNDICE 1. Aspectos y factores a considerar en un RN

(A) Aspectos claves a valorar

- Características RN y Factores de riesgo.
- Valorar etapa perinatal: buena; con vivencia de fracaso ó casi inexistente.
- Tipo de Sistema ó Unidad Familiar.
- Factores Socioculturales y del Entorno.
- Estresores psicosociales familiares.
- Criterios de Desarrollo compartidos.
- Semiología de Alarma en primer año biológico.
- Adaptación al hogar y recursos necesarios.

(B) Factores de compensación familiar.

- PADRES: H^a de relaciones parentales positivas (holding y handling). Elaboración de experiencias de maltrato en ellos.
- Personales: nivel intelectual ó habilidades especiales. Autoestima. Sentido de identidad cultural.
- FAMILIA: apoyo de la pareja ó adulto-confianza
- NIÑO: Deseado, sano, tranquilo, sexo, buena etapa prenatal ...
- Comunicación entre los padres.
- Lazos familiares extensos

(C) Factores de compensación del entorno.

- Seguridad económica.
- Redes de apoyo y contención comunitaria.
- Escasos acontecimientos vitales estresantes. Afiliación religiosa contenedora. Normas opuestas a violencia
- Sentido de responsabilidad compartida en el cuidado de los hijos.
- Intervenciones terapéuticas. Lira (2004). Identificación de Factores de Riesgo. Modelo Ecológico

APENDICE 2. Semiología de Alarma

(A) SEMIOLOGÍA DE ALARMA: RECIÉN NACIDO Y LACTANTE

- Dificultades en la autorregulación: Estrés(temblores, rigidez, inaccesibilidad, llanto).
- Informaciones familiares de descalificación.
- No conductas de apego ni atención mutua.
- Somnolencia. Desorganizado
- Desajuste en las respuestas por: Apatía, rigidez ó intrusismo.
- Manifestaciones psicósomáticas
- Estresores psicosociales en la familia

(B) SEMIOLOGÍA DE ALARMA: PRIMER AÑO

- Retraso de algunas funciones madurativas según edad: asociado a hipo ó hiperestimulación visual, hábitos de vida etc
- Alteraciones de tono muscular.
- Hipotonía (bebé de trapo). Niños muy buenos.
- Asimetría craneofacial (calvas laterales).
- Estrabismo intermitente.
- No desplazamientos por posturas inadecuadas.
- Debe haber intención comunicativa y prelenguaje.

(C) SEMIOLOGÍA DE A ALARMA ETAPA 1 A 3 AÑOS

- Retraso madurativo simple: Inmadurez global y armónica.
- Retraso del desarrollo específico: posible disfunción cerebral, en niños con antecedentes de riesgo prenatal, perinatal y postnatal.
- Trastorno de posible etiología vincular: Déficit atencional e inquietud motora. No atención conjunta ni juego simbólico. No conocimiento de su imagen corporal. Lenguaje atípico (no señala, no dice yo, habla en 3ª persona).
- Estresores psicosociales en la familia; dificultad en reconocer el diagnóstico. Se ponen etiquetas (es un hiperactivo, un posible TGD), que cronifican el trastorno en el entorno.

(D) SEMIOLOGÍA DE A ALARMA ETAPA 3 A 6 AÑOS

3 años

- No sube escaleras alternando los pies.
- No monta en triciclo.
- No se viste completamente sólo
- No hace preguntas, ni aprende canciones, ni juega con otros niños
- Rabietas frecuentes
- Retraso en aparición del lenguaje, escaso vocabulario, no se le entiende al hablar

5-6 años

- Equilibrio pobre
- No copia un círculo ni un triángulo, no reproduce un rombo
- Torpeza en manipulación fina: No se ata los cordones de los zapatos, no recorta ni realiza la pinza para coger el lápiz.
- Trastornos en la articulación del lenguaje
- Desarrollo lento en la adquisición del lenguaje
- No reconoce letras ni las escribe
- Presenta dificultad para reconocer derecha-izquierda
- Hiperactividad. Dificultades para concentrarse en una tarea
- Juega solo
- Comienzan las quejas inespecíficas del profesor

Tomado de Portellano Pérez (2007, 79-97), y Rosselli, M; Matute, E y Ardila, A 2010 25-28).