

La información como prevención primaria en salud mental infantil*

JUAN CARLOS BELDA ORIOLA**

RESUMEN

Este artículo presenta el trabajo realizado a lo largo de veinte años. Partiendo de un modelo de coordinación entre servicios sanitarios y servicios sociales para la prevención en Atención Temprana, llevó a la elaboración de dos escalas: una dirigida a conocer el estado del desarrollo psicomotor del niño; la otra evalúa el estado de las dimensiones que definen el rol de maternage dentro de la teoría del apego. PALABRAS CLAVE: prevención, atención temprana, desarrollo psicomotor y vínculo afectivo.

ABSTRACT

INFORMATION AS PRIMARY PREVENTION IN CHILD MENTAL HEALTH. This paper presents the work accomplished during twenty years and which is based on a model of coordination between sanitary services and social services for prevention in Early Intervention. It has led to the elaboration of two scales: one directed to know the state of psychomotor development in the child, and the other one to assess the state of the dimensions which define the role of motherhood within attachment theory. KEY WORDS: prevention, early intervention psychomotor development and affective bond.

RESUM

LA INFORMACIÓ COM A PREVENCIÓ PRIMÀRIA EN SALUT MENTAL INFANTIL. Aquest article presenta el treball realitzat al llarg de vint anys, que parteix d'un model de coordinació entre els serveis sanitaris i serveis socials per a la prevenció en atenció primerenca. Aquest treball ha portat a l'elaboració de dues escales: una dirigida a conèixer l'estat del desenvolupament psicomotor del nen i l'altra evalua l'estat de les dimensions que defineixen el rol de maternalització dins de la teoria de l'aferrament. PARAULES CLAU: prevenció, atenció primerenca, desenvolupament psicomotor i vincle afectiu.

Dada la relevancia que tiene el concepto de Atención Temprana para este trabajo, el *Libro Blanco de la Atención Temprana* (GAT, 2000), publicado por el Real Patronato sobre Discapacidad, la define como: "el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la

globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar".

La situación en España en el año 1986, con el desarrollo de la Atención Temprana (en adelante AT) y la progresiva implantación de Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (en adelante CDIAT), señaló la necesidad de la coordinación entre los distintos estamentos implicados en la atención a la infancia, ya sea desde los dispositivos dependientes de sanidad,

* Trabajo finalista del II Premio de Investigación en Salud Mental Infantil y Juvenil, convocado por esta revista.

**Psicólogo especialista en Psicología Clínica. Centro de Atención Pediátrica de Alcoy
Departamento de Salud N° 15- Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana
Correspondencia: beldbern@correo.cop.es

servicios sociales o educación. A partir de este hecho se hizo patente la necesidad de elaborar una herramienta que se convirtiera en vehículo de comunicación entre los distintos dispositivos (servicios de pediatría tanto de atención primaria como hospitalarios, los servicios sociales de atención a la infancia, los propios CDIAT, etc.).

Este vehículo de comunicación incluía en su primera versión un *screening* denominado Escala de Seguimiento del Desarrollo Psicomotor (ESDP), que pretendía servir de base al Protocolo de Coordinación entre todos los servicios dentro de un área sanitaria determinada y el CDIAT.

Una vez elaborado, probado y experimentado este primer protocolo (Screening + Protocolo de Coordinación) se detectó la necesidad de complementarlo con otra herramienta que fuera capaz de medir las actitudes de *maternage* de las figuras principales al cuidado de los bebés y niños. A partir de detectar esta segunda necesidad se abrió una fase de elaboración, comprobación y experimentación de la nueva escala denominada: Escala de Calidad del Maternage (ECM). Ambas escalas en la actualidad forman un test completo (Belda, 2007), que consiste en una presentación informática para facilitar su uso a los profesionales y a los propios padres, posibilitando el registro e interpretación de los datos.

Los objetivos específicos se establecen en relación a poder clasificar los dos aspectos fundamentales implicados en el desarrollo infantil: por una parte, las manifestaciones evolutivas del niño y, por otra, las actitudes desplegadas por la figura principal de apego, del cuidador principal, que suele ser la madre (Piontelli 2001). De aquí la existencia de estas dos escalas: una cuantitativa dirigida al niño mediante el clásico desarrollo individual psicomotor y la otra, cualitativa, basada en la nueva concepción orientada hacia las interacciones del niño con la madre, centrada en las actitudes de la madre con respeto al niño.

En este trabajo se pretende demostrar: 1) que instrumentos (escalas de elementos diagnósticos) sencillos y manejables pueden convertirse en potentes sistemas para la detección de posibles trastornos en el desarrollo, y 2) que la utilización de los elementos diagnósticos, a su vez, puede servir como medio para la información y formación de padres y profesionales, potenciando la reflexión sobre los componentes del desarrollo madurativo global.

Metodología

Redactado desde la óptica que dan los veinte años de consecución del proyecto, desde el inicio hasta su finalización, definimos las siguientes fases:

Fase I: La necesidad detectada en el seno de un CDIAT (1986).

Fase II: Elaboración y experimentación con la ESDP (1986-1989).

Fase III: Implantación y revisión de la ESDP (hasta 1996).

Fase IV: Necesidad de complementar los aspectos afectivos (1991).

Fase V: Formación e investigación con la Técnica de Observación de Bebés (1991-2002).

Fase VI: Elaboración y experimentación con la ECM (2002-2006).

Fase VII: Formato definitivo de ambas escalas y publicación (2007).

El trabajo se inició en 1986 con el propósito de encontrar una solución que permitiera detectar, lo antes posible, los casos con trastornos en el desarrollo para su intervención en el CDIAT.

La escala de seguimiento del desarrollo psicomotor (ESDP)

Se concibió como un instrumento para ser aplicado a toda la población infantil, dentro del programa de seguimiento del niño sano, por lo que tiene el diseño de un *screening* —ya que estamos hablando de un instrumento de prevención primaria o inespecífica (Guralnik y Bennett 1989)—. Esta escala puede ser aplicada coincidiendo con los exámenes de salud programados para los meses: primero, segundo, cuarto, sexto, noveno, doceavo, quinceavo y dieciochoavo. Y también para los dos, tres, cuatro, cinco y seis años. También puede aplicarse en contextos educativos, familiares, entre otros.

En función de los resultados obtenidos, se podrán tomar las medidas adecuadas a cada situación, en coordinación con los servicios comunitarios. En el caso de detectarse trastornos en el desarrollo (GAT, 2004) la coordinación implicaría al CDIAT y al centro de salud. En síntesis, el modelo de actuación se esquematiza tal como aparece en la Gráfica 1.

Para la elaboración de la escala se siguió un método comparativo, aunando la experiencia clínica diaria en la atención a niños y el empleo de las escalas e inventarios que se relacionan al pie de la gráfica, en especial la Escala Observacional del Desarrollo y la *Taula de desen-*

volupament psicomotor, por ser instrumentos de baremación con población autóctona, tal como refleja la Tabla

1. Las escalas utilizadas fueron:
 1. Prueba selectiva del desarrollo de Denver.
 2. Escala Observacional del Desarrollo de Francisco Secadas (Secadas, 1988)
 3. *Taula de desenvolupament psicomotor* (Fabregues, 1988).
 4. Puntos clave del desarrollo de Marci J. Hanson (Hanson, 1983).
 5. Campos de la conducta (Gessell y Amatruda, 1979).
 6. Escala para medir el desarrollo de la primera infancia (Brunet-Lezine 1977).
 7. Escala de seguimiento del desarrollo psicomotor (Belda 1989).

El estudio de la evolución psicomotora se subdividió en cuatro apartados con fines didácticos y operativos, ya que en realidad no es posible dividir la globalidad del niño. Estos apartados vienen a reunir una serie de conductas relacionadas entre sí y que van apareciendo o desapareciendo, como resultado del proceso madurativo implícito en la evolución de cada niño y en la interacción con su entorno. Estos cuatro apartados, que también suelen denominarse áreas, son:

- Conducta motora. Incluye las denominadas conductas motrices de base, como el equilibrio, la coordinación de movimientos, la habilidad para sentarse, desplazarse, andar, saltar, etc.
- La conducta adaptativa. Incluye un amplio abanico de comportamientos que van desde la manifestación de las habilidades de psicomotricidad fina hasta las manifestaciones del desarrollo cognitivo (intelectual), en los procesos de adaptación del sujeto a su medio ambiente.
- La comunicación. Incluye los comportamientos que hacen referencia al lenguaje en su vertiente comprensiva y expresiva.
- El comportamiento personal-social. Incluye las manifestaciones del desarrollo de la personalidad de cada niño, en su ámbito afectivo, pasando por la expresión de las capacidades de autocuidado (alimentación, vestido, limpieza, control de esfínteres, etc.) y la expresión del tipo de relaciones que va estableciendo el niño con las personas que le rodean.

La ESDP es aplicada por los por los padres o por profesionales de la infancia y seleccionando el cuadro correspondiente a la edad del niño, se comprueba si realiza o no cada uno de los ítems. Aquellas actividades que

realice se van anotando en la columna de la Tabla de recogida de resultados. En el programa informático al pulsar "Analizar los Resultados", en función de unos algoritmos aplicados a los resultados, nos ofrecerá una de las tres posibles orientaciones.

La escala de calidad del maternage (ECM)

Esta escala surge de la formación y utilización de la Técnica de Observación de Esther Bick (Pérez-Sánchez, 1989), según las enseñanzas de N. Abelló de Bofill, después del periodo de formación supervisado, en el que se observa a un niño desde su nacimiento hasta los tres años, además de otras observaciones terapéuticas (Abello, 1996).

A partir de numerosas observaciones y seminarios (Belda, 2004), la noción de contención toma fuerza y se convierte en el principio básico y necesario que posibilita el desarrollo y el reajuste de las interacciones interpersonales. De aquí que la ECM se fundamente, en último extremo, en la noción de "base segura" (Bowlby 1995), representada por el cuidador principal y a partir de la cual el niño explora. El niño en un primer momento explora de forma visual, táctil, auditiva, gustativa, etc. los objetos que tiene a su alcance y a las personas. Más adelante, cuando se desplace gateando y andando, ampliará la exploración al medio físico (muebles, electrodomésticos, etc.) y social (familia extensa, otros niños, etc.). Para finalizar la etapa infantil (cerca de seis años) irá confiado a la escuela y participará en actividades con sus iguales: trabajos escolares, fiestas de cumpleaños, pequeñas dramatizaciones, etc. (Marrone, 2001).

En la ECM se parte de supuestos teóricos en los que el establecimiento del vínculo es considerado como un instinto básico, muy relacionado con la supervivencia del individuo y de la especie, y que configura la etapa adulta (Feeney y Soller, 1996). La vinculación que se establece a partir de la interacción entre dos personas (adulto-bebé) se da en un contexto determinado, que también contribuirá a la calidad del apego que se establezca. Incluyendo el contexto como variable que se incorpora conjuntamente con el propio niño y el adulto, tendremos una serie de factores que podrán explicar la calidad del apego: por una parte, referentes al cuidador y a su entorno (sensibilidad, red de apoyo social, nivel socioeconómico, relaciones de pareja, ambiente laboral, trastornos psicopatológicos, personalidad, número de hijos); y por otra, del propio niño (temperamento, pre-

La información como prevención primaria en salud mental infantil

maturidad, lesiones cerebrales, discapacidades físicas y mentales).

Existe una larga tradición teórica que señala la trascendencia de la necesidad de contención en el individuo humano. Somos una especie gregaria. Y lo somos, porque en los orígenes de nuestra especie tuvimos más posibilidades de sobrevivir en grupo que individualmente. Esta disposición ha quedado inscrita en nuestros genes y en nuestras predisposiciones conductuales. Dentro de los sistemas de conductas pre-programados tenemos: el establecimiento del vínculo, el miedo, la afiliación y la exploración; sistemas de conducta que interactúan y se interrelacionan.

Esta contención, en un periodo crítico para el desarrollo del individuo (primera infancia) se concreta en la necesidad de disponer de una "base segura estable". La figura principal de apego (o cuidador principal) ha de constituir esta base segura, desde una actitud hacia el bebé de aceptarlo, colaborar en vez de interferir, estar disponible. En suma, desde la sensibilidad que le permita percibir e interpretar las señales del niño y actuar de forma adecuada y pertinente.

En este sentido la ECM se convierte en una herramienta que nos posibilita no sólo medir o evaluar nuestras actitudes con respecto a la crianza de nuestros hijos, sino también medir o evaluar las actitudes de aquellas personas que los cuidan o atienden. Las dimensiones establecidas para la Escala de Calidad de Maternage son las formadas por las siguientes parejas de opuestos: "Acepta-Rechaza, Colabora-Interfiere, Disponible - No disponible y Sensible - No sensible".

La dimensión "Acepta" tiene dos acepciones: por una parte se acepta el rol de cuidador principal o figura principal de apego, renunciando a otros roles profesionales y/o personales previos a la relación con el bebé. Y por otra, se aceptan las características diferenciales personales y evolutivas del bebé, a lo largo de su maduración hasta los seis años. Su antagonista, "Rechaza", se manifiesta cuando no se aceptan las exigencias del nuevo rol del cuidador porque van en detrimento de otras actividades profesionales, personales, que se venían realizando o que estaban programadas, y que las obligaciones que conllevan la atención al bebé las impiden, existiendo una queja continua expresada o reprimida de malestar y frustración. De esta forma se rechazan, de manera abierta o encubierta, las características del niño, ya sean las constitucionales, las adquiridas o las que forman

parte de las crisis evolutivas propias de su desarrollo.

La dimensión "Colabora" se expresa como que ayuda y facilita actividades. Tiene como objetivo la mayor independencia y autonomía posibles para cada rango de edad. Por "Interfiere" entendemos sobreprotección, generar dependencia y sensación subjetiva de inseguridad.

La dimensión "Disponibilidad" se entiende como un estar presente ante el niño. Dejar lo que se está haciendo para atenderlo cuando lo solicita. Marcar pautas. No tener miedo a educar. El niño debe confiar en que su cuidador le indicará qué es lo que se puede hacer y qué es lo que no.

Por "No estar disponible" entendemos dos situaciones: Por un lado, tener poco tiempo para desempeñar las funciones de cuidado: horario de trabajo amplio, turnos, etc. Y por otro, estar muy ocupado en los asuntos propios, priorizándolos o bien utilizar un estilo educativo que considera que atender las demandas del bebé de forma inmediata constituye una práctica que contribuye a una mala educación.

En la dimensión "Sensible" la figura de cuidador es capaz de ajustarse a las señales del bebé y de responder a ellas con rapidez y eficacia, que interpreta estas señales de forma objetiva sin que sus necesidades particulares constituyan un obstáculo que le impida atender y dar respuesta a las demandas de su hijo. En el otro extremo, el cuidador "Insensible" desarrollará una o varias de las siguientes características: ser intrusivo, estimular en exceso, mantener un estilo interactivo hiper-controlador, sin capacidad empática o poco involucrado en el cuidado del niño.

Una vez que el cuidador principal, solo o en compañía de una persona de confianza o de referencia —como pueda ser el cónyuge, un profesional de sanidad o de educación—, establece sus respuestas en cada una de estas cuatro dimensiones y las anota en la tabla de registro de resultados ECM, el programa informático facilita unos algoritmos en función de las respuestas elegidas.

Resultados

El conjunto de ambas escalas nos permite tener una visión rápida y eficaz de la situación de un niño y su cuidador principal. Del cúmulo de casos evaluados y de las aportaciones hechas por los profesionales y los propios padres, hemos llegado a tres conclusiones principales:

En primer lugar, destacar la importancia que tiene respetar la variabilidad tanto intra como interindividual. En segundo lugar, apostar por la confianza en los recursos propios del niño y de sus familiares para un desarrollo adecuado. Y en tercer lugar, en el caso de aparición de trastornos en el desarrollo, la importancia ha de recaer siempre sobre los puntos fuertes de ese niño en esa familia y al tiempo prestar los apoyos justos y necesarios, con el respeto ético que se merece toda persona.

Señalar la importancia que tiene en la teoría del desarrollo considerar la *variabilidad intraindividual e interindividual*. Es necesario insistir en la idea de la variabilidad, que expresado de otra forma diríamos que "cada persona tiene su propio tiempo". Debe quedar claro que lo normal es la variabilidad en todos los sentidos y no la pretendida "uniformidad estadística", que algunas tendencias parece que nos quieren hacer creer. Resumiendo, debemos afirmar rotundamente que lo normal es la diversidad y no, repetimos, la uniformidad. Como repercusión inmediata de esta realidad de la variabilidad, tenemos que los distintos estilos y pautas educativos (desde los más tolerantes, creativos y relajados hasta los más restrictivos, normativos y directivos) deben adaptarse a cada niño. Y no solo de forma constante sino a cada momento de su evolución.

Discusión

A lo largo de quince años se han ido revisando algunos de los ítems que aparecían en la escala en su presentación inicial. Estas revisiones han obedecido a las sugerencias de pediatras y enfermeras que con su aplicación práctica proponían sugerencias tanto sobre la redacción como de la sustitución de unas actividades por otras de igual valor evolutivo y de más fácil reconocimiento por las madres.

La experiencia en la aplicación de la escala obliga a realizar tres consideraciones previas a su aplicación. La primera consiste en reflexionar sobre la situación en la que se va a aplicar. Se trataría de establecer un clima de apoyo y ayuda, de manera que esta situación no sea vivida por los padres como una fiscalización del desarrollo de su hijo y por extensión de su capacidad como padres. Evitar que se sientan juzgados o de que se está evaluando a su hijo, en el sentido de encontrar algún déficit.

La segunda consiste en hacer hincapié en que estamos hablando de un *screening* más que de una batería comple-

ta de evaluación del desarrollo y, por lo tanto, de una prueba que nos dará una estimación parcial del niño en relación con el modelo de un hipotético "niño promedio hijo de la estadística".

La tercera consideración es que la fiabilidad de la prueba va a depender de la experiencia de la persona que haga las preguntas, pero también del grado de sinceridad de los padres. Se ha observado en un porcentaje muy reducido de entrevistas la propensión a contestar a todos los ítems de forma afirmativa, lo que origina la aparición de falsos positivos; es decir, se contesta afirmativamente a conductas que no se dan.

A pesar de estos inconvenientes inherentes a un *screening*, basado en la observación de los propios familiares, la escala se sigue utilizando como referencia del control del desarrollo psicomotor en los distintos exámenes de salud.

La aplicación experimental de la escala ha permitido constatar, a partir de la opinión de los profesionales que la han aplicado, que proporciona una guía útil de reflexión sobre cuáles son los parámetros adecuados para desempeñar el rol de cuidador, no sólo con referencia a la infancia sino también a lo largo de la vida cuando desempeñamos o desempeñan sobre nosotros otros roles, como el de profesor, tutor, jefe de servicio, etcétera. Aunque esta conclusión excede los límites de este proyecto.

Destacar la doble utilidad de estas dimensiones (aceptación, colaboración, disponibilidad y sensibilidad), por una parte como facilitadoras del desarrollo normal y por otra, que al facilitar su aparición estos elementos positivos actúan como terapéuticos.

Por último, a partir de la experiencia acumulada con la utilización de la escala podemos afirmar que "la sensibilidad de la madre ante las señales de su hijo equivale a estar disponible, cooperar y aceptar al niño". Con esta cualidad es posible establecer un apego seguro que constituya la base del desarrollo adecuado del niño. A partir de este apego seguro el niño podrá explorar su entorno, desde la confianza en que su madre constituye una base segura a la que podrá regresar en caso de necesidad y que le prestará el auxilio y sostén que necesita.

Desde la experiencia clínica, coincidimos con los estudios recientes (Marrone, 2001) que constatan que el desarrollo cognitivo también viene condicionado por el tipo de apego establecido entre la madre y el niño, que afectará a la adquisición de la permanencia del objeto. La

La información como prevención primaria en salud mental infantil

competencia cognitiva se verá favorecida si la madre juega con el niño de forma sensible, potenciando la aparición y desarrollo de las conductas exploratorias y del lenguaje.

Bibliografía

ABELLÓ, N. (1996). *La observación de un niño y su comprensión psicoanalítica*. Barcelona: Temas de Psicoanálisis. Vol. I. Perspectivas Clínicas.

BELDA, J.C. (2004). *La Técnica de Observación de Bebés en la construcción de la personalidad*. Psiquiatría.com. www.interpsiquis.com Anales de Psiquiatría Volumen 20, núm. 3.

BELDA, J.C. (2007). *Escala Babel (ESDP y ECM)*. Madrid: Instituto de Orientación Psicológica. Asociados EOS.

BOWLBY, J. (1995). *Una Base Segura*. Barcelona; Editorial Paidós. Psicología Profunda.

BRUNET, O. Y LÉZINE, I. (1977). *Escala para medir el desarrollo psicomotor de la 1ª Infancia*. Madrid: MEPSA.

FÀBREGUES, I. Y OTROS (1988). *Taula de Desenvolupament psicomotor*. Generalitat de Catalunya.

FEENEY, J. Y NOLLER, P. (1996). *Apego Adulto*. Bilbao, Editorial Desclée de Brouwer.

GESELL, A. Y AMATRUDA, C. (1979). *Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño*. Buenos Aires: P. Paidós.

GRUPO DE ATENCIÓN TEMPRANA. GAT (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid, Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía.

GRUPO DE ATENCIÓN TEMPRANA. GAT (2004). *Organización Diagnóstica para la Intervención en Atención Temprana*. Madrid, Real Patronato de la Discapacidad.

GURALNICK, M.J. Y BENNETT, F.C. (1989). *Eficacia de una intervención precoz en niños minusválidos y en situaciones de riesgo*. Madrid, INSERSO.

HANSON, M.J. (1983). *Programa de intervención Temprana para niños mongólicos. Guía para padres*. Madrid, SIIS.

MARRONE, M. (2001). *La Teoría del apego: un enfoque actual*. Madrid, Editorial Prismática. Psicología Clínica.

PÉREZ-SÁNCHEZ, M. (1989). *Observación de Bebés*. Barcelona, Ediciones Paidós.

PIONTELLI, A. (2001) *Del feto al niño*. Barcelona, Espaxs.

SECADAS, F. (1988). *Escala Observacional del Desarrollo*. Madrid, TEA.

Gráfica 1

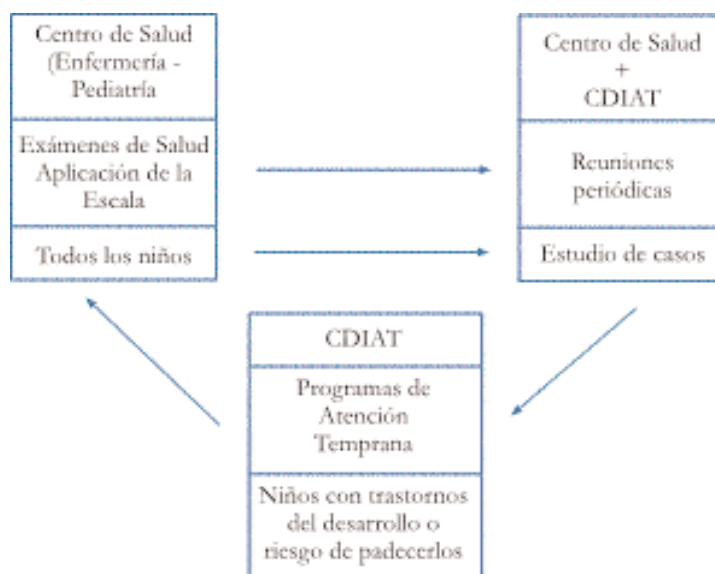


Tabla 1. Relación de las diferentes pruebas y sus características

<i>Prueba</i>		<i>Características</i>		
1.	Motriz	Adaptativa	Lenguaje	Personal-social
2.	Motricidad Somática	Senso-motriz Reacción motriz Conceptualización Normatividad	Comunicación Precepto motriz	Conducta afectiva. Comunicación
3.	Postural	Manipulación	Lenguaje	Sociabilidad
4.	Psicomotricidad Gruesa	Psicomotricidad Fina	Comunicación	Social y autonomía personal
5.	Motriz	Adaptativa	Lenguaje	Personal-social
6.	Control postural Motricidad	Coordinación óculo-manual Conducta adaptación objetos	Lenguaje	Sociabilidad
7.	Postural	Adaptativa	Comunicación	Personal-social

Relación de Pruebas:

1. Prueba selectiva del desarrollo de Denver.
2. Escala observacional del Desarrollo de Francisco Secadas (Secadas, 1988)
3. *Taula de desenvolupament psicomotor* (Fabregues, 1988).
4. Puntos clave del desarrollo de Marci J. Hanson (Hanson, 1983).
5. Campos de la conducta (Gessell y Amatruda, 1979).
6. Escala para medir el desarrollo de la primera infancia (Brunet-Lezine 1977).
7. Escala de seguimiento del desarrollo psicomotor (Belda 1989).