

Supervisión del desarrollo psicomotor y afectivo. Trastornos asociados

Actividades:

1. Valorar el desarrollo psicomotor (DPM) y afectivo en todas sus áreas: motor grueso y fino, lenguaje y sociabilidad.
2. Cribado de trastornos del espectro autista (TEA) para detectar niños de riesgo.
3. Identificación temprana de parálisis cerebral infantil (PCI).
4. Actividades preventivas para un desarrollo afectivo óptimo.

Actividad 1

- Valorar el desarrollo psicomotor (DPM) y afectivo en todas sus áreas: motor grueso y fino, lenguaje y sociabilidad (anexos 1, 2 y 3).
- Identificar recién nacidos de riesgo (anexo 4) para seguimiento, y detectar depresión materna posparto (anexo 5).

Población diana

Entre 0 y 14 años especialmente los menores de 3 años.

Periodicidad

En los controles habituales de salud.

Herramientas

- Los test de Denver II y/o el Haizea-Llevant tienen demostradas limitaciones como métodos de cribado de los trastornos del desarrollo en Atención Primaria, debido a la heterogeneidad de trastornos que engloba el concepto de retraso del DPM y a la limitación evidente de cualquier tipo de escala, a lo que se añade el tiempo

Supervisión del desarrollo psicomotor y afectivo. Trastornos asociados

que se precisa para su correcta evaluación y la dificultad para interpretar los resultados. Por ello es más conveniente concebir la evaluación del DPM como una actividad longitudinal, oportunista y pragmática, de modo que cabría la posibilidad de utilizar estas escalas, pero sin exagerar su valor (anexos 1 y 2).

- **Las preocupaciones de los padres** sobre el desarrollo han de ser especialmente consideradas, ya que suelen ser los primeros en sospechar la presencia de un trastorno.
- **Los signos de alerta** (anexo 3) no presuponen la existencia de un problema, pero obligan a un examen minucioso y un seguimiento estrecho. La existencia de un signo aislado es poco valorable, ya que los trastornos de los que puede ser expresión se manifiestan por un conjunto semiológico.
- **Detectar recién nacidos de riesgo** elevado de déficit sensorial motriz y/o psicoafectivo para realizar un seguimiento estrecho (anexo 4).
- **Test de depresión materna posparto** (anexo 5).
- **Glosario:** terminología sobre el desarrollo psicoevolutivo (anexo 6).

Justificación

- La detección precoz de los trastornos del desarrollo de los niños tiene por objeto dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan, y disminuir su impacto sobre el funcionamiento del niño y de la familia.
- Menos del 50% de los niños con trastornos en el DPM se identifican antes de ingresar en educación infantil. Las causas son muy heterogéneas, aunque alrededor del 20% son evitables. La prevalencia de los trastornos del DPM es del 1-2% en los dos primeros años de vida, del 8% entre los 2 y los 6 años, y del 12-17% cuando consideramos el tramo de edad entre 0 y 22 años.

Observaciones

- El proceso de desarrollo es un continuo, solo se separan las edades de manera didáctica, pero las etapas se solapan unas a otras. El desarrollo se va a considerar en sus tres aspectos: afectivo, cognitivo y motor.
- La línea básica de desarrollo comprende la evolución que debe seguir el recién nacido desde la completa dependencia física y emocional de los padres o sustitutos, hasta el estado de autonomía y madurez afectiva del adulto.
- Hay que considerar tres niveles interrelacionados:
 - **Nivel biológico.** El sistema nervioso nace inmaduro, y a lo largo del desarrollo va madurando y desplegando las capacidades cognitivas y motoras.
 - **Nivel afectivo.** El niño va organizando su psiquismo y a lo largo de las diferentes etapas tendrá que gestionar el mundo afectivo-relacional. Desde el nacimiento hasta la muerte se producen unos hitos en el desarrollo de los afectos, fundamentales en el desarrollo de la persona.
 - **Nivel social.** Alude a las influencias socioculturales que afectan al desarrollo del niño.

Anexos

Anexo_1: Tabla de desarrollo "Haizea-Llevant"

Descripción de la tabla

Es un instrumento que permite comprobar el nivel de desarrollo cognitivo, social y motor de los niños y niñas de 0 a 5 años de edad.

Esta tabla se ha diseñado con el fin de facilitar que los profesionales de los servicios sanitarios, educativos y sociales, valoren el desarrollo de las niñas y niños, para detectar precozmente, en toda la población infantil, aquellas dificultades en las que está indicada una evaluación más completa y especializada.

La tabla ofrece la edad de adquisición habitual de determinados hitos fundamentales del desarrollo infantil en nuestro medio, indicando en cada uno de sus elementos la edad en que lo ejecutan satisfactoriamente el 50% (inicio de la columna verde), 75% (final de la columna verde) y el 95% (final de la columna azul) de la población de niños y niñas menores de 5 años de edad.

Consta de 97 elementos, que valoran el desarrollo de la manera siguiente:

- Área de socialización: 26 elementos.
- Área de lenguaje y lógica-matemática: 31 elementos.
- Área postural: 21 elementos.
- Área de manipulación: 19 elementos.

Ventajas fundamentales de la tabla "Haizea-Llevant"

1. Sus datos proceden de población infantil de nuestro medio; obtenidos de una muestra aleatoria de niños y niñas de las Comunidades Autónomas de Cataluña y del País Vasco. En conjunto se estudiaron 2.510 niños.
2. Esta escala huye del concepto simplista de "pasa/falla" un determinado elemento y ofrece todo el espectro de normalidad en la adquisición de una determinada competencia (por ejemplo, "contar hasta dos" lo hacen el 50% de los niños a los 29 meses, el 75% a los 35 meses y el 95% a los 41 meses). Esto permite que el profesional haga justicia a las grandes variaciones normales del desarrollo, eliminando ansiedades injustificadas y estructurando el marco en el que una falta de adquisición debe ser considerada "estadísticamente anómala".
3. Los elementos son fácilmente administrables y no requieren una formación especializada ni un material costoso. Se ha perseguido proponer elementos que resul-

Anexo_1 *continuación*

ten familiares a los diversos profesionales que utilicen la tabla, a fin de fomentar su aceptación.

4. Las escalas de valoración del desarrollo no son diagnósticas. Los estudios preliminares muestran que 1/3 de los niños con dificultades en su desarrollo puntúan de manera normal en los elementos de adquisición de ciertas habilidades fundamentales. Por este motivo, la tabla "Haizea-Llevant", a diferencia de otras pruebas equivalentes, establece adicionalmente 13 signos de alerta que, a cualquier edad o a partir de edades concretas, indican la necesidad de realizar una evaluación cuidadosa de la situación.
5. Se puede administrar en un corto espacio de tiempo. En general, los elementos a considerar en una edad determinada no sobrepasan la veintena. Los materiales estandarizados son atractivos, culturalmente normalizados, no sexistas y compatibles con las normas internacionales de seguridad; están pensados para su administración confortable y lúdica, a la vez que implican la participación activa de los familiares que acompañan al niño.
6. En su conjunto está diseñada para alertar sobre las posibilidades de ceguera, autismo, sordera, parálisis cerebral y deficiencia mental.

Otras consideraciones

Las **escalas de valoración del DPM** tienden a analizar el DPM por áreas; aunque son útiles para la práctica diaria, pueden conllevar errores al no considerar la globalidad del niño. No obstante, hoy día se aconseja su uso como una actividad longitudinal y evolutiva, empleándose como instrumentos de apoyo que permiten identificar de una manera rápida y sencilla posibles anomalías del desarrollo aunque hay que tener en cuenta sus limitaciones. Otras múltiples circunstancias aconsejarán solicitar pruebas diagnósticas, a pesar de los datos observados al aplicar la tabla.

Tomado de: Supervisión del desarrollo psicomotor. Guía de actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia y adolescencia. Programa de Salud Infantil y del Adolescente de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Anexo_1 continuación

Normas de interpretación

Para la interpretación del test, se traza una línea vertical partiendo desde la edad en meses del niño y atravesando dichas áreas. Preguntar a la familia y comprobar si el niño realiza los elementos que quedan a la izquierda de la línea trazada o aquellos que atraviesan la línea.

El examinador valorará la falta de adquisición de dichos elementos en todas o algunas de las áreas de desarrollo, así como la presencia de señales de alerta, para determinar la necesidad de otros estudios diagnósticos. **En niños nacidos prematuros es preciso utilizar la edad corregida por debajo de los 18 meses de edad.**

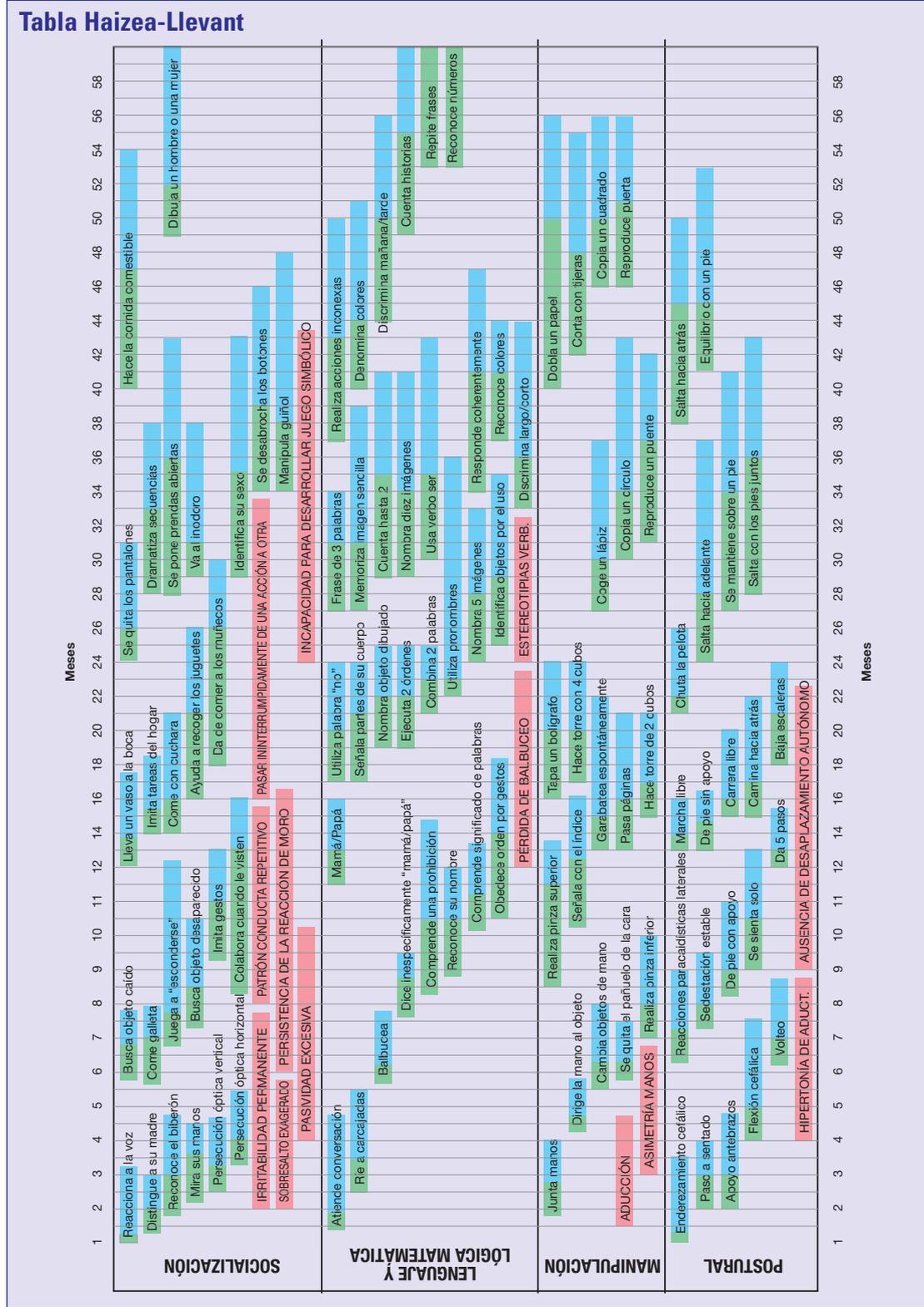
Para realizar la prueba es importante crear un ambiente agradable, estando presente la familia, y el niño tranquilo, comenzar por el área de socialización. No es preciso mantener el orden estricto del test, valorando cada situación particular.

Para evaluar el DPM considerar que el niño no esté enfermo, hambriento o con sueño, y que ve y oye bien.

Material para realizar las pruebas: sonajero de colores vistosos; juguetes, coche, muñecos, figuras; cubos, paño de tela, pelota, vaso, juegos de encajar; dibujos de objetos de uso común; papel, bolígrafo, lápiz; etc.

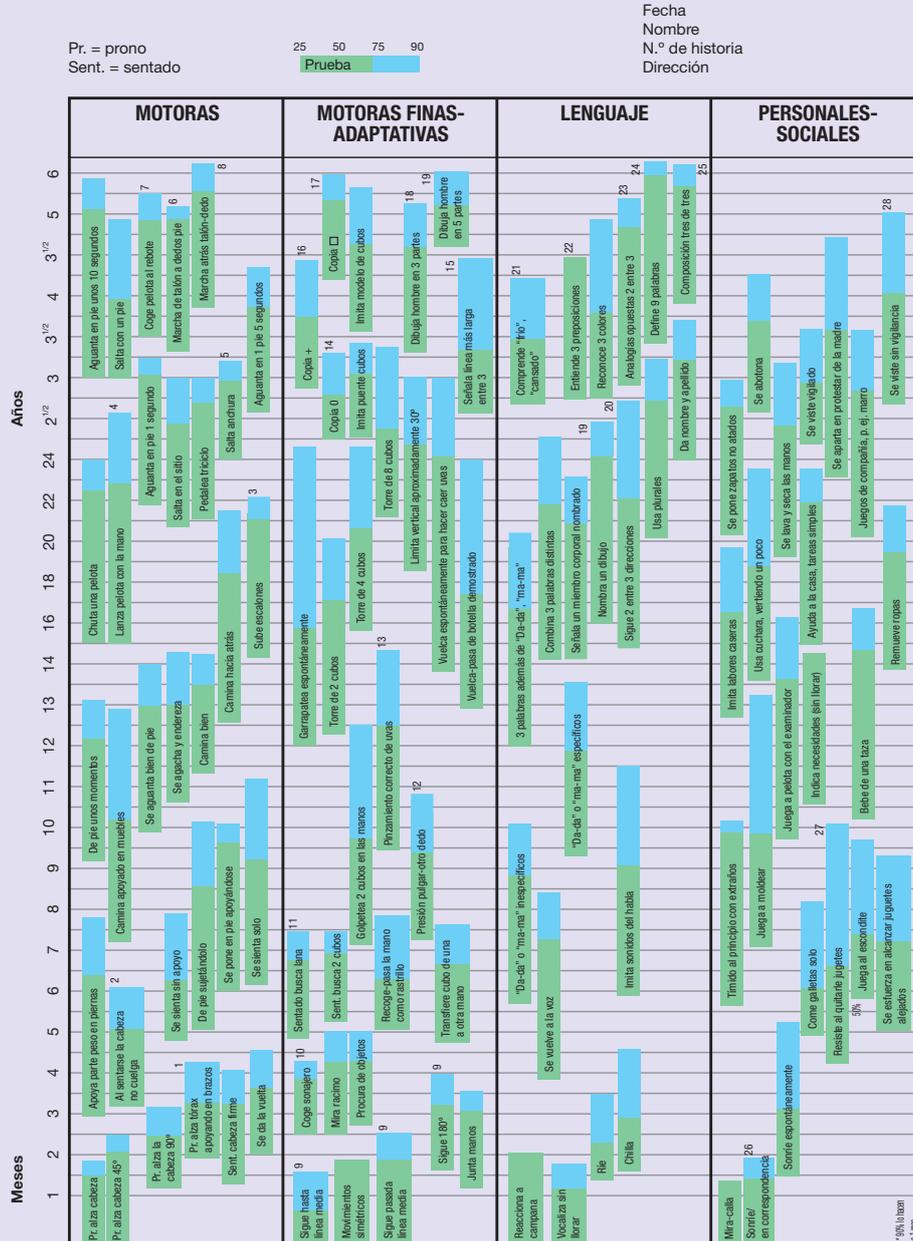
Referencia: Fernández Álvarez E, Fernández Matamoros I, Fuentes Biggi J, Rueda Quillet J. Tabla de desarrollo Haizea Llevant. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco: Vitoria; 1991.

Tabla Haizea-Llevant



Anexo_2: Test de Denver

Prueba de cribado de Denver (DDST-II)



- Se considera anormal cuando existen dos o más "fallos en dos o más áreas. Dudoso si existe "fallo" en varias áreas o dos en una sola.
- Se considera "fallo" cuando un ítem no es realizado a la edad en la que lo hace el 90% de los niños de la muestra de referencia.

| Anexo_3: Signos de alerta | |
|--|--|
| I. Signos de alerta según área evaluada | |
| Área | Signos de alerta |
| Motor | <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad succión. • Ausencia de sostén cefálico a los 3 meses. • Pulgar en aducción en mayores de 2 meses. • Ausencia de prensión voluntaria con 5-6 meses. • No sedestación sin apoyo a los 9 meses. • No inicio de la marcha autónoma a los 16-18 meses. • Uso predominante de una mano en menores de 2 años. |
| Comunicación y lenguaje | <ul style="list-style-type: none"> • No gira la cabeza al sonido de la voz. • Falta de balbuceo imitativo a los 12 meses. • Ausencia de gesticulación a los 12 meses. • No dice ninguna palabra a los 16 meses. • No dice frases a los 30 meses. • Menos de dos frases espontáneas a los 24 meses. • Lenguaje incomprensible a los 36 meses. • No comprende instrucciones simples sin gestos a los 2 años. • En presencia de lenguaje: ausencia del carácter funcional del mismo, no siendo útil en la comunicación a los 2 años. • Alteración de las funciones pragmáticas y de comunicación social del lenguaje (glosario). • Cualquier pérdida de lenguaje a cualquier edad. |
| Social y afectiva | <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de sonrisa social a los 3 meses. • Falta de interés por el entorno a los 6 meses. • No se reconoce ante el espejo a los 18 meses (aparece entre los 6 y los 18 meses). • No reconoce a sus cuidadores a los 7-8 meses y/o indiferencia ante el extraño o por separación de la madre a los 9-12 meses. • Ausencia de signos de representación mental a partir de los 18 meses (glosario). • Ausencia de juego simbólico a los 3 años (glosario). • Mirada indiferente o evitación de la mirada del adulto. • Autoagresividad. • Apatía, desinterés, pasividad. |

Anexo_3 continuación

| | |
|--|--|
| Otros | <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos precoces de la alimentación: anorexia, vómitos, regurgitaciones repetidas. • Trastornos del sueño: insomnio agitado o tranquilo. • Manifestaciones subjetivas de la madre: expresiones de insatisfacción, desacierto, tristeza, desbordamiento. • Aparición precoz de fobias masivas, por ejemplo: temor intenso a determinados ruidos (aspiradora...). |
| II. Signos de alerta por edades | |
| Edad | Signos de alerta |
| 3 meses | <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para la succión a cualquier edad. • No gira la cabeza al sonido de la voz. • No responde o lo hace de forma inconstante a la voz o los sonidos. • Ausencia de sonrisa social. • Ausencia de seguimiento ocular o pobre contacto ocular, evitación de la mirada, mirada "vacía". • Ausencia de sostén cefálico. • No se apoya sobre antebrazos en prono. • Manos cerradas, empuñadas. • Respuesta al ser cogido en brazos: hipotonía o hipertonia, rechaza activamente el contacto corporal, inquieto, rígido. • Poca actividad y escasa demanda de atención o gran irritabilidad y dificultad para tranquilizarse. • Problemas con la aceptación de los alimentos y más adelante con cambios de texturas y sabores. • Uso predominante de una mano en menores de 2 años. • Trastornos precoces de la alimentación: anorexia, vómitos, regurgitaciones repetidas. • Trastornos del sueño: insomnio agitado o tranquilo. |

Anexo_3 continuación

| | |
|-----------------|---|
| 6 meses | <ul style="list-style-type: none">• Falta de inversión fisiológica del tono: hipertonía de extremidades, hipotonía axial.• Ausencia de sedestación con apoyo.• Ausencia de balbuceos y vocalizaciones interactivas, ausencia de comunicación o gritos monocordes, monótonos, sin intencionalidad comunicativa.• Ausencia de prensión voluntaria.• Menores respuestas de orientación (similitud a sordera).• Indiferencia, desinterés por el entorno.• Pobre coordinación visomanual. |
| 9 meses | <ul style="list-style-type: none">• Espasticidad.• Hipotonía axial.• Mala calidad prensora: ausencia de pinza.• No sedestación sin apoyo.• Ausencia de sonidos mono o bisílabos.• Ausencia de la instauración de la angustia frente a extraños alrededor del 8.º-9.º mes.• No reconoce a sus cuidadores.• Ausencia de desarrollo del “involucramiento emocional conjunto” (glosario).• Ausencia de conductas imitativas (de sonidos, gestos o expresiones). |
| 12 meses | <ul style="list-style-type: none">• Ausencia de bipedestación.• Movimientos involuntarios o anormales y aparición de conductas estereotipadas (balanceo, aleteo de manos, repetición de un sonido o movimiento...).• No repite los sonidos que oye ni balbucea.• No entiende órdenes sencillas.• Ausencia de gestos comunicativos apropiados.• Exploración de los objetos inexistente o limitada y repetitiva.• Ausencia de la “intencionalidad interactiva y la reciprocidad” (glosario).• Ausencia de imitación directa (glosario).• Deambulación acompañada de una inquietud extrema difícil de regular.• No responde a “no” ni a “adiós” a los 15 meses. |

Anexo_3 continuación

| | |
|-----------------|---|
| 18 meses | <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de marcha autónoma. • No construye torres con cubos. • No emite palabras, y si hay lenguaje no existe un uso funcional. • Incapacidad para reconocer los nombres de algunos objetos comunes. • No conoce partes de su cuerpo. • No se reconoce en el espejo. • No comprende órdenes sencillas. • Ausencia de “comunicación representacional/afectiva” (glosario). • Solo dice mamá y papá. • Ausencia de signos de representación mental (glosario). |
| 24 meses | <ul style="list-style-type: none"> • No corre. • No chuta una pelota. • No construye torres de más de 2 cubos. • Uso estereotipado de los objetos sin aparición de juego. • No asocia dos palabras. • Ausencia de palabras simples –“pan, agua”– (o aproximaciones de palabras) o excesiva ecolalia y jerga alrededor de los 2 años (el 50% del habla debe ser inteligible a esta edad). • Escaso desarrollo del lenguaje o lenguaje no funcional. • No comprende instrucciones simples sin gestos. • No pide de comer o de beber. • Desinterés por las personas y, especialmente, por los otros niños, y/o ausencia de los comportamientos de “atención conjunta”. • Tendencia al aislamiento. • Desarrollo de temores intensos. • Adherencia de tipo compulsivo a rutinas o rituales con gran irritabilidad al cambio. |

| III. Signos de alerta. Cronología del desarrollo del lenguaje | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|
| Se indica la edad límite de asimilación, por encima de la cual debe procederse a una evaluación más exhaustiva. | | | | | |
| Edad | Lenguaje receptivo | Lenguaje expresivo | Diálogo/interacción | Visual | Motor |
| 3 meses | Reacciona a los ruidos, a la voz, a la música: se sobresalta, cesa su actividad... | Dice "¡aaa...ee!", "ajo". | Reacciona a la luz fuerte: hace muecas, gira la cabeza. | Sigue con la mirada un objeto cercano. | Sostiene la cabeza. En prono, la levanta. Abre las manos. |
| 6 meses | Se da la vuelta hacia un ruido producido fuera del alcance de su vista. Le gustan los juguetes musicales. | Hace ruido con sus labios. Balbucea. | Cuando se le habla contesta con vocalizaciones. | Se agita viendo un objeto que le produce placer (ej.: biberón). Mira sus manos y pies. Reconoce a cierta distancia a una persona, un objeto, y es capaz de seguirlo sin bizquear. | Se mantiene sentado sin apoyo. Gira de prono a supino. Coge voluntariamente un objeto y se lo pasa de una mano a otra. |
| 12 meses | Busca el sitio de donde procede un ruido originado fuera del alcance de su vista. Reconoce una melodía. | Dice sílabas repetidas y eventualmente sus primeras palabras con significado. | Entiende algunas palabras y órdenes sencillas: "ven", "dámelo". Reacciona a su nombre. | Distingue una cara conocida de otra extraña. | Coge pequeños objetos entre el pulgar y el índice. Se divierte tirando las cosas. Se mueve solo, se incorpora con apoyo, anda con ayuda. Hace "cinco lobitos" con las manos. |
| 18 meses | Entiende frases cortas sin gestos. Reconoce todos los ruidos familiares. | Dice algunas palabras reconocibles. | Señala con el dedo lo que desea, aunque el objeto esté lejos de él. | Reconoce imágenes. | Sopla. Mastica. Garabatea. Utiliza la cuchara. Anda solo. Sube escaleras con ayuda. |

Supervisión del desarrollo psicomotor y afectivo. Trastornos asociados

Anexo_3 continuación

| Edad | Lenguaje receptivo | Lenguaje expresivo | Diálogo/interacción | Visual | Motor |
|--------|---|--|--|--|---|
| 2 años | Entiende una orden compleja: "dale de comer a Sofía". | Empieza a reproducir canciones infantiles. Al hablar se refiere a sí mismo por su propio nombre. Aparición del "no". | Puede indicar algunas partes de su cuerpo si se le pide. Dice frases con dos palabras: "papa casa". | Reconoce en una foto a familiares y pequeños detalles. | Da patadas a una pelota. Trepa. Pasa las páginas de un libro. Le gusta comer solo. |
| 3 años | Escucha y entiende pequeños cuentos. | Canta canciones. Se expresa con frases. Dice "yo, mí, mío" en lugar de su propio nombre. | Participa en las conversaciones familiares y pregunta: ¿qué?, ¿quién?, ¿dónde? | Le gusta mirar los libros. | Sujeta el lápiz entre los dedos e intenta pintar. Sube y baja las escaleras sin ayuda. Pedalea. |

IV. Signos de alerta en el desarrollo del lenguaje

| Edad | Signos de alerta |
|----------|--|
| 3 meses | No responde o lo hace de forma inconstante a la voz o los sonidos. |
| 9 meses | No responde a su nombre. |
| 12 meses | No balbucea. |
| 15 meses | No responde a "no" ni a "adiós". |
| 18 meses | Sólo dice mamá y papá. Incapacidad para reconocer los nombres de algunos objetos comunes. |
| 2 años | Ausencia de palabras simples –"pan, agua"– (o aproximaciones de palabras) o excesiva ecolalia y jerga alrededor de los 2 años (el 50% del habla debe ser inteligible a esta edad). Imposibilidad para comprender instrucciones simples sin apoyo gestual. |
| 3-4 años | Repite preguntas en lugar de contestarlas. Ausencia de frases sencillas de dos palabras a los 3 años ("quiero agua"). Habla ininteligible para la familia (el 75% del habla debe ser inteligible a los 3 años, y casi por completo a los 4 años). Si hay lenguaje oral, también son signos de alerta: ausencia de uso funcional (glosario), utilización de neologismos (glosario), alteraciones en los aspectos pragmáticos (glosario). |

Anexo_4: Recién nacidos de riesgo elevado de déficit sensorial motriz y/o psicoafectivo

Riesgo elevado por causas orgánicas

1. Nacidos < 1.500 g o edad gestacional < 32 semanas.
2. Convulsiones neonatales o síntomas neurológicos > 7 días.
3. Apgar < 3 a los 5 minutos o pH arteria umbilical < 7.
4. Necesidad de ventilación mecánica prolongada.
5. Hiperbilirrubinemia > 25 mg/dl.
6. Infección congénita pre o postnatal del SNC.
7. Hijo de madre VIH, madres adictas a drogas y/o alcohol.
8. Neuroimagen patológica (hemorragia, hidrocefalia...).
9. Trastornos genéticos dismórficos o metabólicos en familiares directos.
10. Síndromes malformativos.
11. Riesgo de hipoacusia por antecedentes familiares de sordera o administración de fármacos ototóxicos.

Riesgo elevado por causas psicosociales

1. Por parte del niño
 - Gemelaridad.
 - Patología somática precoz (hospitalizaciones prolongadas o frecuentes, pruebas diagnósticas frecuentes y/o cruentas...).
2. Por parte de la relación niño-entorno
 - Separaciones repetidas o prolongadas.
 - Carencias afectivas/materiales.
 - Malos tratos.
3. Por parte del entorno familiar
 - Conflictos abiertos.
 - Separación.
 - Enfermedades crónicas somáticas o psiquiátricas (especialmente depresión materna, adicciones...).
 - Muerte de uno de los padres.
 - Familia monoparental.
 - Padres adolescentes.
4. Por parte del entorno socioeconómico
 - Problemas socio-familiares.
 - Falta de recursos económicos.

Anexo_5: Escala de depresión de posparto de Edimburgo (EPDS)

La EPDS se creó para asistir a los profesionales de Atención Primaria en la detección de las madres que padecen depresión posparto; una afección más prolongada que la “melancolía de la maternidad” (“maternity blues”), que suele presentarse durante la primera semana después del parto, pero menos grave que la psicosis puerperal.

La depresión posparto afecta al menos a un 10% de las mujeres y sin embargo son pocas las que reciben tratamiento. Dicho trastorno si no se trata puede afectar seriamente al establecimiento de un vínculo adecuado entre la madre y el niño.

La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edimburgo. Consiste en 10 aseveraciones, y la madre debe escoger una entre las 4 posibles respuestas, considerando la que más se asemeje a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92,3% es más probable que padezcan alguna enfermedad depresiva en diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior. En los casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Instrucciones:

- Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
- Tienen que responder las 10 preguntas.
- Se debe evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
- La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del español sean limitados o que tenga problemas para leer.
- La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de posparto. La consulta de pediatría, la cita de control de posparto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan

Anexo_5 continuación

en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0). Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10 o más, muestra probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el 0 para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para apoyar al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

Cuestionario sobre depresión posparto Edimburgo (EPDS)

Nombre:

Dirección:

Fecha de nacimiento:

Fecha de nacimiento del bebé:.....

Teléfono:

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor, marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se siente hoy.

Esto significaría: "Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana".

Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. **He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas.**
 - Tanto como siempre.
 - No tanto ahora.
 - Mucho menos.
 - No, no he podido.
2. **He mirado el futuro con placer.**
 - Tanto como siempre.
 - Algo menos de lo que solía hacer.
 - Definitivamente menos.
 - No, nada.
3. **Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien.**
 - Sí, la mayoría de las veces.
 - Sí, algunas veces.
 - No muy a menudo.
 - No, nunca.

Anexo_5 continuación

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo.
 - No, para nada.
 - Casi nada.
 - Sí, a veces.
 - Sí, a menudo.
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno.
 - Sí, bastante.
 - Sí, a veces.
 - No, no mucho.
 - No, nada.
6. Las cosas me oprimen o agobian.
 - Sí, la mayor parte de las veces.
 - Sí, a veces.
 - No, casi nunca.
 - No, nada.
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir.
 - Sí, la mayoría de las veces.
 - Sí, a veces.
 - No muy a menudo
 - No, nada.
8. Me he sentido triste y desgraciada.
 - Sí, casi siempre.
 - Sí, bastante a menudo.
 - No muy a menudo.
 - No, nada.
9. He sido tan infeliz que he estado llorando.
 - Sí, casi siempre.
 - Sí, bastante a menudo.
 - Solo en ocasiones.
 - No, nunca.
10. He pensado en hacerme daño a mí misma.
 - Sí, bastante a menudo.
 - A veces.
 - Casi nunca.
 - No, nunca.

Anexo_6: **Glosario: terminología sobre el desarrollo psicoevolutivo**

- **Atención conjunta:** el foco de atención entre el niño y su madre convergen en el mismo suceso o interés. Para explorar esta función nos valemos de dos indicadores: gesto protodeclarativo y seguimiento de la mirada.
- **Comunicación representacional/afectiva:** implica capacidad para utilizar representaciones mentales con el fin de comunicar temas emocionales e ideas. Los signos que nos hacen inferir que se ha iniciado la representación mental son entre otros, la aparición del lenguaje, la imitación diferida (ocurre a los 18 meses, por ejemplo: hace que se peina sin que esté el adulto delante peinándose) y el juego simbólico.
- **Estereotipia:** movimientos espontáneos, sin propósito final, tales como acunarse, sacudidas de manos, etc.
- **Funciones pragmáticas y de comunicación social del lenguaje:** se refiere al uso del lenguaje y habilidades comunicativas en contextos sociales, y a las habilidades no verbales usadas para comunicar y regular la interacción, por ejemplo: capacidad para manejarse en el intercambio conversacional, interpretar adecuadamente el lenguaje no literal (humor, ironía), conciencia de la necesidad de cambios de registro en función del interlocutor (profesor, compañero...), capacidad para modular el tono y el volumen, utilización de la comunicación no verbal (cambios de la mirada para comunicar intención o compartir la atención, posición corporal u otros gestos).
- **Gesto protodeclarativo:** señalamiento con el dedo índice de algún objeto de interés con el único fin de compartir con otra persona las emociones que produce. (por ejemplo, un niño señala a un perro y seguidamente mira a la cara de su padre expresando sorpresa o profiere algún tipo de exclamación o lo nombra).
- **Gesto protoimperativo:** señalamiento realizado para pedir un objeto.
- **Intencionalidad interactiva y reciprocidad:** aptitud para interactuar de un modo intencional con un propósito recíproco, tanto iniciando el intercambio, como respondiendo a las señales del otro.
- **“Involucramiento” (implicación) emocional conjunto:** alude a los gestos que transmiten sensación de placer, compromiso afectivo y el desarrollo paulatino de interés y curiosidad por el cuidador, por ejemplo: la mirada, sonrisa y risa alegre, los movimientos sincrónicos de brazos y piernas ante los primeros juegos de interacción (cucú-tras).
- **Juego de ficción o simbólico:** los primeros esbozos aparecen alrededor de los 15 meses. Los juguetes representan objetos reales con funciones concretas y son

Anexo_6 continuación

usados en el juego como si fueran aquellos objetos, como si tuvieran las propiedades que realmente no tienen. Implica la sustitución de unos objetos o la invención de sus propiedades, supone cierto grado de fantasía y de simbolización (por ejemplo, hacer como si se sirviera y se tomara una taza de té, usar muñecos como si fueran personas en una escena, hacer como si hablara por teléfono o cualquier otro juego que implique una simulación de la realidad). El juego simbólico propiamente dicho aparece entre los 2 y los 4 años y representa las características del pensamiento mágico preconceptual de esta edad. Hacia los 4 años las dramatizaciones son más complejas y a los 5-6 años aparece el juego simbólico colectivo.

- **Juego funcional:** es el juego en el que se aplica al objeto las funciones convencionales, los juguetes se usan como se espera que se haga. No implica una fantasía, ni simulación de la realidad (por ejemplo, hacer rodar un coche sin acompañarlo de sonido ni recorridos en el aire, hacer botar una pelota, etc.).
- **Neologismo:** palabra de nueva creación.
- **Seguimiento de la mirada:** capacidad de dirigir la mirada hacia un punto concreto, al cual otro está mirando (por ejemplo, una madre le dice al hijo “¡mira, un coche!” y el niño dirige su mirada hacia el coche, es decir, hacia el objeto que ella mira y no hacia ella simplemente).

Actividad 2

Cribado de trastornos del espectro autista (TEA) para detectar niños de riesgo.

- Cribado sistemático de TEA para detectar niños de riesgo. Especial atención a hermanos, sobre todo si son gemelos de niños con TEA u otros trastornos no clasificados del desarrollo psicomotor. Esta recomendación no está avalada por la evidencia científica, pero el diagnóstico habitualmente tardío (la sospecha inicial por los pediatras o los servicios educativos es tan solo del 10 y el 7% respectivamente de los casos diagnosticados) hace que Salud Mental aconseje realizar este cribado. El diagnóstico precoz es fundamental para proporcionar un tratamiento precoz, una planificación educativa y un apoyo socio-familiar que determinarán un mejor pronóstico.
- Los niños que resultan positivos en el cribado deben ser remitidos a Salud Mental.

Población diana

Menores de 24 meses de edad.

Periodicidad

A los 18 y 24 meses.

Definición de riesgo TEA

- Si existe cualquier preocupación de los padres, espontánea o no, o si la valoración del desarrollo ha puesto de manifiesto signos de alarma.
- Los indicadores más específicos de TEA serían la ausencia de las siguientes capacidades (ver glosario):
 - Atención conjunta.
 - Juego de ficción.

Herramientas

- **Checklist for autism in toddlers (CHAT)** o cuestionario para el cribado de autismo a niños pequeños (anexo 7):

Es la escala de cribado de autismo más estudiada y difundida. Planteada para aplicar en Atención Primaria a los **18 meses**, momento en que los síntomas ya son medibles y permanecen estables hasta la edad preescolar.

Consta de 9 ítems de preguntas a los padres y 5 de observación evaluados por un visitador sanitario a domicilio (figura existente en el sistema inglés), ya que una única exploración en la consulta pediátrica conllevaría un importante sesgo, dada la brevedad y particularidades de la misma. Se realiza en unos 15 minutos. De los 14 ítems totales, sus autores seleccionaron **5 ítems críticos** como los más discriminativos, correspondientes a los siguientes hitos del desarrollo: **gesto protodeclarativo** y **seguimiento de la mirada (ambos valoran la atención conjunta)** y **juego de ficción**.

No proponen un punto de corte concreto. En caso de fallar 1 ó 2 de estas categorías, indicaría cierto riesgo de autismo o de otros trastornos del desarrollo y fallar en las 3 categorías, alto riesgo. En ambos casos está indicada la derivación a Salud Mental.

Esta escala no es aplicable a niños con un retraso mental grave.

Aunque el CHAT es bastante específico para el diagnóstico de autismo típico (generalmente los niños que fallan los 5 ítems críticos son finalmente diagnosticados), parece que no lo es tanto para los trastornos generalizados del desarrollo no especificado (TGD-NE), el Asperger o el autismo atípico. Por tanto, hay que recordar que no es una herramienta lo suficientemente potente como para identificar a la mayoría de los niños incluidos en el espectro autista.

- **CHAT modificado (M-CHAT)** (anexo 7):

Conserva los primeros 9 ítems del CHAT correspondientes a las preguntas a los padres y añade 14 nuevas preguntas. El resultado es un cuestionario íntegramente dirigido a los padres. La nueva configuración intenta corregir dos deficiencias del CHAT:

- a) Su baja sensibilidad para los trastornos más leves TEA.

Intervención y cribado

- b) La necesidad de adecuarlo a sistemas sanitarios que no cuenten con la figura del visitador de salud a domicilio (evaluador de los ítems de observación).

Se espera aumentar la sensibilidad al evaluar a los niños a los **24 meses** en vez de a los 18 para incluir los casos de regresión, y fijar un umbral más bajo para la derivación. **El punto de corte para una evaluación en profundidad es fallar en 2 de los 6 ítems críticos** (gesto protodeclarativo, seguimiento de la mirada, llevar objetos para enseñárselos a los padres, imitación, interés en iguales, responder al nombre) **o en 3 cualesquiera**.

Anexo_7: Cuestionarios para autismo: CHAT/M-CHAT

CHAT

Sección A: Preguntas a los padres

1. ¿Disfruta su hijo al ser mecido, botar en sus rodillas, etc.?
2. ¿Se interesa su hijo por otros niños?
3. ¿Le gusta a su hijo subirse a los sitios, como a lo alto de las escaleras?
4. ¿Disfruta su hijo jugando al cucú-tras/escondite?
5. ¿Simula alguna vez su hijo, por ejemplo servir una taza de té de juguete, o simula otras cosas?
6. ¿Utiliza alguna vez el dedo índice para señalar, para pedir algo?
7. ¿Usa alguna vez su hijo el dedo índice para señalar, para indicar interés por algo?
8. ¿Sabe su hijo jugar adecuadamente con juguetes pequeños (por ejemplo, coches o bloques), y no solo llevárselos a la boca, manosearlos o tirarlos?
9. ¿Alguna vez su hijo le ha llevado objetos para mostrarle algo?

Áreas evaluadas:

1. Juego brusco desordenado.
2. Interés social.
3. Desarrollo motor.
4. Juego social.
5. Juego de ficción.
6. Gestos protoimperativos.
7. Gestos protodeclarativos.
8. Juego funcional.
9. Atención conjunta.

Sección B: Observación

- I. ¿Ha establecido el niño contacto ocular con usted durante la observación?
- II. Consiga la atención del niño, entonces señale un objeto interesante en la habitación y diga: "¡Oh, mira!, ¡hay un (nombre del juguete)!". Observe la cara del niño. ¿Mira el niño lo que usted está señalando? (Asegúrese de que el niño no ha mirado solo a su mano, sino que realmente ha mirado el objeto que Ud. le estaba señalando).
- III. Consiga la atención del niño, entonces dele una tetera y una taza de juguete y diga: "¿Puedes servir una taza de té?" (si puede lograr cualquier otro ejemplo de simulación puntúe sí en este ítem).
- IV. Diga al niño: "¿Dónde está la luz?". ¿Señala el niño con su dedo índice la luz? (repítalo con: "¿Dónde está el osito?" o con cualquier otro objeto inalcanzable si el niño no entiende la palabra luz. Para registrar sí, en este ítem el niño tiene que haber mirado a su cara en el momento de señalar).
- V. ¿Sabe el niño construir una torre de bloques? Si es así, ¿cuántos?

Anexo_7 continuación

M-CHAT

1. ¿Le gusta a su hijo ser mecido, botar sobre sus rodillas, etc...?
2. ¿Se interesa su hijo por otros niños?
3. ¿Le gusta subirse a los sitios, como a lo alto de las escaleras?
4. ¿Le gusta jugar al cucu-tras, al escondite u otros juegos similares?
5. ¿Ha simulado tu hijo alguna vez que habla por teléfono, que cuida a las muñecas u otras cosas?
6. ¿Utiliza alguna vez el dedo índice para pedir algo?
7. ¿Utiliza alguna vez el dedo índice para señalar, para mostrar interés en algo?
8. ¿Sabe su hijo jugar adecuadamente con pequeños juguetes (por ejemplo, coches o ladrillos) y no solo llevárselos a la boca, manosearlos o tirarlos?
9. ¿Alguna vez le lleva su hijo objetos para mostrarle algo?
10. ¿Le mira su hijo a los ojos durante más de 1 ó 2 segundos?
11. ¿Se ha mostrado alguna vez su hijo hipersensible a los ruidos (por ejemplo, tapándose los oídos)?
12. ¿Su hijo se ríe en respuesta a su cara o su sonrisa?
13. ¿Le imita su hijo (por ejemplo, cuando usted hace alguna cara, ¿su hijo le imita)?
14. ¿Responde su hijo a su nombre cuando le llaman?
15. ¿Si señala a un juguete que esté en la habitación, su hijo lo mira (al juguete)?
16. ¿Su hijo camina?
17. ¿Hace su hijo movimientos inusuales con los dedos, cerca de su cara?
18. ¿Mira su hijo las cosas que usted está mirando?
19. ¿Intenta su hijo llamar su atención hacia sus propias actividades?
20. ¿Se ha preguntado alguna vez si su hijo es sordo?
21. ¿Entiende su hijo lo que le dice la gente?
22. ¿Algunas veces su hijo se queda mirando al infinito o deambula sin ningún propósito?
23. ¿Mira su hijo su cara para comprobar su reacción cuando se encuentra con algo no familiar?

En azul ítems críticos.

Actividad 3

- Detectar población de riesgo de parálisis cerebral infantil (PCI) (anexo 8).
- Identificación temprana de PCI (anexos 9 y 10).

Población diana

- Desde 4-6 meses, hasta los 24 meses.
- Población de riesgo de PCI (anexo 8).

Periodicidad

En los controles del niño desde el 4.º mes.

Definición de riesgo PCI

- Si existe cualquier preocupación de los padres, espontánea o no, o si la valoración del desarrollo ha puesto de manifiesto signos de alerta.
- Patrón motor alterado desde los 4-6 meses de vida (previamente puede ser difícil de detectar). Existen trastornos transitorios, retrasos inespecíficos, por lo que conviene ser cautos y seguir la evolución.

Herramientas

- Signos de alerta de PCI en la exploración física (anexo 9).
- Test *Early Motor Pattern Profile* (EMPP) para cribado de PCI (anexo 10).

Anexo_8: Población de riesgo de PCI

- Nacidos < 1.500 g o edad gestacional < 32 semanas.
- Convulsiones neonatales o síntomas neurológicos > 7 días.
- Antecedente de pérdida del bienestar fetal: Apgar < 3 a los 5 minutos o pH arteria umbilical < 7.
- Necesidad de ventilación mecánica prolongada.
- Hiperbilirrubinemia > 25 mg/dl.
- Incompatibilidad Rh, A-B-O.
- Antecedente de infección congénita pre o posnatal del SNC.
- Hijo de madre VIH, o adicta a drogas y/o alcohólica.
- Trauma craneal: pruebas de neuroimagen patológicas (hemorragia, hidrocefalia...).
- Trastornos genéticos dismórficos o metabólicos en familiares directos.
- Síndromes polimalformativos.

Anexo_9: Signos de alerta de PCI en la exploración física

- Cualquier anormalidad del tono.
- Dificultades para el control cefálico desde el 2.º mes.
- Tendencia abductora de las extremidades inferiores (piernas de tijera).
- Dificultad para llevar las manos a la línea media (hombros posteriores).
- Menor utilización de una mano, esto puede ser interpretado por los padres habitualmente como una preferencia manual: diestro vs. zurdo (normal entre los 18-24 meses). Se debe hacer la pregunta directa a los 4-6 meses sobre si utilizan por igual ambas manos.
- Sospechar de cualquier desarrollo asimétrico.
- Tendencia a puño cerrado sostenido, reflejo de presión palmar y pulgar incluido mantenido.

| Anexo_10: Test EMPP para cribado de PCI | | | |
|---|---------------------|---------------------|----------------------------|
| Patrón motor | Puntuación 0 | Puntuación 1 | Puntuación 2 |
| 1. Rezagamiento de la cabeza | No | < 30° | > 30° |
| 2. Se escurre entre las manos | No | Parcialmente | Se escurre entre las manos |
| 3. Astasis (estabilidad) | Ninguna | Parcial | Ausencia |
| 4. Abducción de la cadera | Normal | Rígido/laxo | Adducción completa |
| 5. Ángulo de dorsiflexión del tobillo | Normal | Rígido/laxo | Extensión completa |
| 6. Reflejo aquileo | 1-2+ | 3+ | Clonus |
| 7. Reflejo tónico laberíntico | Resuelto | Resolviéndose | Obligado |
| 8. Reflejo tónico asimétrico del cuello | Resuelto | Resolviéndose | Obligado |
| 9. Extensión protectora (paracaídas) | Funcional | Iniciándose | Ausente |
| 10. Equilibrio en sedestación | Funcional | Iniciándose | Ausente |
| 11. Empuñamiento del pulgar | No | Inconstante | Obligado |
| 12. Retracción de los hombros | No | Inconstante | Obligado |
| 13. Extensión tónica (al levantar o empujar hacia atrás) | No | Inconstante | Obligado |
| 14. Cruce de piernas en tijera | No | Inconstante | Obligado |
| 15. Equinismo | No | Inconstante | Obligado |
| Metodología para puntuar | | | |
| Se puntuará con un 0 si la anomalía o el patrón motor correspondiente no se presenta nunca. Se asignará un 1 si es inconstante o incompleto y con un 2 cuando es una anomalía que se presenta siempre o de forma obligada con una maniobra determinada. | | | |
| Punto de corte para pasar el test: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 6 meses: > 9 (sensibilidad: 87,1% y especificidad: 97,8%). • 12 meses: 0-3 (sensibilidad: 91,5%; especificidad: 97,9%). | | | |

Fuente: Morgan A, Aldag J. Early identification of cerebral palsy using a profile of abnormal motor patterns. Pediatrics. 1996;98(4):692-7.

Glosario de términos del test EMPP

1. Llevar hasta la posición de sedestación desde el supino y comprobar la alineación de la cabeza con el tronco.
2. **Se escurra entre las manos:** se suspende entre las manos en posición vertical y se evalúa la fuerza que hay que hacer en sentido lateral para que no se escurra entre las manos.
3. **Astasis:** colocarlo en suspensión vertical en posición bípeda y valorar cómo soporta el peso del cuerpo.
4. **Abducción de la cadera:** con las piernas y rodillas flexionadas valorar la resistencia ofrecida a la maniobra de abducción.
5. **Dorsiflexión del tobillo:** con las piernas extendidas flexionar el pie y el tobillo y evaluar la resistencia ofrecida.
6. **Reflejos tendinosos profundos:** valorar la respuesta a nivel aquileo.
7. **Reflejo tónico asimétrico del cuello:** flexionar la cabeza hacia uno y otro lado desde la posición supina y observar la respuesta de las extremidades superiores.
8. **Reflejo tónico laberíntico:** colocar las manos bajo los hombros en posición supina, elevar suavemente y observar los esfuerzos para flexionar el tronco hacia delante.
9. **Equilibrio en sedestación:** sostenerlo sentado sobre el regazo y desplazar su cuerpo hacia uno y otro lado, y valorar los esfuerzos por mantener la posición neutral.
10. **Extensión de protección o reacción en paracaídas:** desde la posición sentado empujarle levemente y valorar la reacción de extensión lateral en paracaídas.
11. **Empuñamiento:** las manos permanecen empuñadas cerradas y apretadas en reposo.
12. **Retracción de los hombros:** brazos flexionados y hombros retraídos en sedestación.
13. **Extensión tónica:** empujarle hacia atrás en sedestación o cuando se le levanta desde posición supina y se produce la extensión tónica.
14. **Cruce de piernas en tijera:** las piernas se sitúan en abducción cuando se pone en suspensión vertical.
15. **Equinismo:** reacción de colocar los dedos de los pies en extensión al ponerle en suspensión vertical.

Actividad 4

Actividades preventivas para un desarrollo afectivo óptimo (anexos 11-14).

Población diana

Entre 0 y 18 años, especialmente los menores de 6 años.

Periodicidad

En los controles de salud.

Herramientas

- Evaluación del desarrollo afectivo según edad (anexo 11).
- Información para padres sobre desarrollo (anexo 12).
- Bibliografía para padres y pediatras (anexo 13).
- Recomendaciones globales para la derivación a Salud Mental infantojuvenil (anexo 14).

Anexo_11: Evaluación del desarrollo afectivo según edad

Los 3 primeros años

Durante los **primeros 6 meses** de vida el niño vive una “relación simbiótica” con la madre, y su reconocimiento como “alguien diferente a él” ocurre progresivamente (aunque ya hay esbozos de reconocimiento desde las primeras semanas de vida). La madre pronto atribuye un sentido comunicativo a las conductas del bebé, lo que promueve a su vez la comunicación en el niño. Un ejemplo sería la facilitación del paso de la sonrisa endógena del 1.º mes a la sonrisa social entre el 2.º y 3.º mes, gracias al sentido relacional que da la madre a los primeros esbozos de sonrisa.

En la **segunda mitad del primer año** comienza una nueva etapa de diferenciación entre el niño y su madre, con desplazamiento de la atención a otras personas y objetos. Aparece la intencionalidad y podríamos decir que se inicia la comunicación.

Esta diferenciación y reconocimiento de la madre explica la aparición hacia el 8.º mes de la angustia ante el extraño; es una angustia de separación e indica que se ha establecido un buen vínculo madre-hijo.

El niño paulatinamente se va percibiendo como persona distinta, al mismo tiempo que reconoce “al otro”, sobre todo a su madre, como una persona separada de él. El desarrollo motor y del lenguaje le abren un mundo de posibilidades: acercarse y alejarse, afirmarse y relacionarse...

A partir de los 2 años, se desarrolla de forma notable el lenguaje expresivo, el juego y el desarrollo cognitivo. Todo esto le permite aprender a tolerar la separación y la frustración. Aumenta el interés por los iguales y progresa en la socialización.

Durante los primeros 2 años la conducta oroalimentaria acapara gran interés por parte del niño. El niño siente placer comiendo y llevándose objetos a la boca. No obstante, es importante conocer que existen fluctuaciones normales del apetito, que pueden dar lugar a conflictos en función de las actitudes y ansiedades de la madre respecto a la alimentación.

La relación comida-madre que se establece con el niño, persistirá hasta los 4 ó 5 años. Tanto las actitudes de rechazo del alimento, como de excesos en la ingesta pueden expresar conflictos con el entorno. La actitud del niño frente a la comida, propia de esta edad, puede generar en la madre la convicción de que dicha actitud está personalmente dirigida hacia ella, lo que le impedirá enfrentarse de forma adecuada a esta etapa del desarrollo de la alimentación. La evaluación de la alimentación en este periodo es fundamental.

Anexo_11 *continuación*

El siguiente momento clave está marcado por la adquisición del control de esfínteres y correlativamente la adquisición del “no” que caracteriza al oposicionismo y rebeldía propios de esta fase (entre los 18-36 meses).

El “no” supone una completa distinción entre el niño y los demás. El niño, en esta etapa, se afirma ejerciendo su poder. A través de la posibilidad del control de esfínteres puede agrandar a la madre o expresar su enfado o rechazo.

La conducta del niño hacia los demás, alrededor de los 2 años está dominada por la ambivalencia (violentas fluctuaciones entre el amor y el odio). Son frecuentes las “pataletas” y enfados ante mínimas frustraciones que los progenitores pueden vivir con gran desconcierto.

Al final de este periodo el niño ha conseguido imágenes internas de la madre, por lo que puede tolerar su ausencia, la puede esperar.

De los 3 a 7 años

Si el desarrollo afectivo ha transcurrido con normalidad, el niño es ya una “pequeña personita” con autosuficiencia motriz, lingüística y, sobre todo, con un mundo interno con representaciones, escenarios y símbolos. Dramatiza la realidad y ahora puede afrontar cuestiones, esbozadas en su mente, pero que eludía. Prefería pensar que el mundo se componía de grandes y pequeños (diferenciación de generaciones), pero ahora empieza a plantearse en serio la diferenciación de sexos. Hay que tener en cuenta que en esta etapa, el niño está inmerso en un pensamiento mágico, en el que todo es posible, los principios de la realidad no son tenidos en cuenta, impera el mundo de los deseos.

El nuevo descubrimiento de la diferenciación sexual despierta el interés por todo lo relacionado con los atributos masculinos y femeninos (genitales, vestimenta, intereses...).

El padre y la madre juntos, ahora son vividos como una amenaza para el cariño “en exclusiva” que pretende el niño; por lo que no es inhabitual que intente separarlos. El proceso concluye con la aceptación de “un tercero”, acaba con la creencia de exclusividad en las relaciones afectivas con sus progenitores y es fundamental en la estructuración adecuada de la personalidad.

De los 7 a 12 años

En el desarrollo afectivo del niño, el comienzo de la escolarización primaria coincide más o menos con el inicio del llamado “periodo de latencia” que supone un cierto desplazamiento del interés por la familia al aprendizaje y relaciones sociales.

Anexo_11 *continuación*

Cuando el desarrollo psicoafectivo transcurre sin grandes dificultades, al llegar a los 7 años aproximadamente, el niño está en condiciones de ampliar sus intereses fuera del “universo familiar”, incluyendo a profesores, amigos, cantantes de música, etc., lo que incentivará la socialización.

La identificación con los padres y figuras representativas de su entorno le han conducido a interiorizar las normas, y su curiosidad se centra ahora en el deseo de aprender.

La adaptación al grupo adquiere gran importancia. En la relación con sus iguales no solo existe la competición, sino también la colaboración. Hay una mayor conciencia de sí mismos pasando a preocuparse más de la impresión que producen en los demás (es frecuente la sensación de ridículo).

Aunque hay diferencias por edades, durante todo este periodo es característico el desarrollo cognitivo. Los progresos en el desarrollo de la inteligencia, el lenguaje y la motricidad son notables, así como el desarrollo de las capacidades perceptivas y el fortalecimiento del “principio de realidad”. A lo largo de este periodo, se adquieren conceptos fundamentales como el de conservación, se elabora el concepto de muerte y se adquiere la capacidad para situarse en el espacio y en el tiempo.

Adolescencia

La adolescencia supone la reactivación de los conflictos infantiles con los padres. Esta etapa de crisis, si se resuelve normalmente, concluirá con la adquisición de un nuevo equilibrio en el entorno socio-familiar que impone el establecimiento progresivo de una identidad adulta por parte del adolescente.

El adolescente tiene que ir incorporándose progresivamente a las exigencias del mundo de los adultos, abandonando su posición infantil con todo lo que conlleva (dependencia en la satisfacción de sus necesidades afectivas y materiales, etc.). Este periodo le obliga a cuestionar su identidad infantil, a buscar una nueva identidad y a plantearse proyectos de futuro. En este complejo proceso, lleno de confusión y contradicciones, las actitudes de los adultos y del entorno respecto a la crisis de la adolescencia son fundamentales, ya que pueden facilitar o entorpecer su resolución.

Los cambios corporales que se inician en la pubertad marcan el comienzo de los cambios psicológicos y relacionales que se producen en esta etapa. El cambio corporal, que el adolescente puede vivir como algo que escapa a su control, y las exigencias impuestas por el mundo externo colocan al adolescente en una situación de crisis de

Anexo_11 *continuación*

la que se defiende buscando refugio en su mundo interno, pero también tratando de conservar algunas de sus actitudes infantiles. Coexisten una personalidad de niño y otra de “mayor”, y ambas se alternan de modo inesperado y totalmente imprevisible. El mundo de los adultos se conmociona ante las fluctuaciones imprevistas del adolescente y reaparecen ansiedades que se habían controlado.

En resumen, la adolescencia supone una serie de pérdidas, que al igual que cualquier duelo, requieren un tiempo de elaboración. El adolescente realiza tres duelos fundamentales:

1. El duelo por el cuerpo infantil perdido.
2. El duelo por el rol y la identidad infantiles, que le obligan a renunciar a la dependencia y a asumir responsabilidades.
3. El duelo por los padres de la infancia a los que trata de retener buscando su refugio y protección. Esto se ve complicado por la propia actitud de los padres que tienen que aceptar su envejecimiento y el hecho de que los hijos se hacen adultos.

Para completar su identidad, los adolescentes necesitan disponer de mucho más espacio vital del que proporciona el mundo de la familia. Los adolescentes ven en la sociedad en general, amenazas a sus esfuerzos por conquistar su espacio vital.

Anexo_12: Información para padres sobre desarrollo psicomotor

Es el proceso de maduración neurológica de los primeros meses de vida (en general hasta los 2 años). Su valoración permite detectar signos de afectación orgánica del sistema nervioso central o del aparato neuromuscular.

Hay que tener en cuenta que existen grandes variaciones individuales en el desarrollo neurológico normal, determinado por la interacción entre factores genéticos y ambientales.

Etapas normales:

- **Menor de 1 mes:** actitud en flexión. Boca abajo vuelve la cabeza de un lado a otro.
- **1 mes:** boca abajo endereza un momento la cabeza. Observa el rostro de su madre y distingue su voz. Comienza a sonreír.
- **2 meses:** mantiene la cabeza elevada cuando está boca abajo. Sigue objetos 180°. Sonrisa social. Escucha la voz y vocaliza.
- **3 meses:** dirige los brazos hacia los objetos. Boca abajo levanta la cabeza y el tronco con los brazos extendidos. Al sentarlo mantiene la cabeza derecha. Se observa las manos y está atento a la voz y los ruidos.
- **4-5 meses:** coge objetos y se los lleva a la boca. Mantiene bien la cabeza al tirar de sus brazos. Da risotadas. Vuelve la cabeza hacia el sonido.
- **6-7 meses:** levanta la cabeza acostado boca arriba. Pasa de boca arriba a boca abajo y al revés. Se lleva los pies a la boca. Se sienta apoyándose en sus manos. Da brincos al ponerlo de pie. Se cambia los objetos de manos. Hace sonidos con varias vocales. Se mira en el espejo.
- **9-10 meses:** se sienta solo con la espalda recta. Se pone de pie. Gatea. Suelta los objetos voluntariamente. Toca con su índice. Dice consonantes repetitivas (papá, mamá). Dice adiós con la mano.
- **13 meses:** marcha de la mano o apoyándose. Toma solo el biberón. Pronuncia algunas palabras más. Ayuda a vestirse.
- **15 meses:** anda solo (normal hasta los 18 meses). Hace torres de dos cubos. Indica lo que quiere con el índice. Agarra la taza y bebe de ella.
- **18 meses:** comienza a correr. Hace torres de tres cubos. Garabatea. Dice 10 palabras. Besa a sus padres.
- **24 meses (2 años):** corre bien. Sube y baja escalones. Hace torres de 6 cubos. Usa la cuchara. Ayuda a desnudarse.
- **30 meses:** salta. Hace torres de 8 cubos. Usa la palabra "yo". Dice su nombre.
- **36 meses (3 años):** se monta en triciclo. Copia un círculo y una cruz. Se lava las manos.

Anexo_12 continuación

- **48 meses (4 años):** salta sobre un pie. Lanza la pelota al aire. Cuenta historias. Dibuja personas con más de tres partes. Hace solo sus necesidades.
- **60 meses (5 años):** salta a la cuerda. Cita 4 colores. Pregunta sobre el significado de las cosas.

Cuándo consultar

Ante la sospecha por parte de los padres de algún tipo de retraso en las etapas anteriores, deberán consultar con su pediatra, siendo este quien determine si se trata de un patrón de desarrollo compatible con la normalidad o si puede existir alguna patología neurológica subyacente.

Elaborado por: Dolores Inmaculada Martos Martínez (neuropediatra) Servicio Andaluz de Salud.

Anexo_13: Bibliografía para padres y pediatras

- Bayard R, Bayard J. Socorro, tengo un hijo adolescente. Madrid: Colección Vivir mejor; 2007.
- Dolto F. Niño deseado, niño feliz: claves para aceptar, comprender y respetar las particularidades de sus hijos. Barcelona: Editorial Paidós; 2002.
- Dolto F. Niños agresivos, niños agredidos. Barcelona: Editorial Paidós; 1989.
- Dolto F. ¿Tiene el niño derecho a saberlo todo? Barcelona: Editorial Paidós; 1989.
- Dumont V, Montagnat S. Preguntas al amor 5-8 años; Preguntas al amor 8-11 años; Preguntas al amor 11-14 años. Salamanca: Loguez Ediciones; 1999.
- Faber A, Mazlish E. Cómo hablar para que sus hijos le escuchen y cómo escuchar para que sus hijos le hablen. Barcelona: Ediciones Medeci; 1997.
- Ifergan H, Etienne R. Pero... ¿qué tienen en la cabeza? Guía para padres con hijos de 0 a 6 años. 1000 argucias para comprenderlos mejor. Madrid: Editorial Síntesis; 2000.
- Ifergan H, Etienne R. Pero... ¿qué tienen en la cabeza? Guía para padres con hijos de 7-12 años. La edad de la incertidumbre. Madrid: Editorial Síntesis; 2000.
- Meeks C. Recetas para educar. Barcelona: Editorial Medeci; 1993.
- Michelena M. Un año para toda la vida: el secreto mundo emocional de la madre y su bebé. Madrid: Ediciones Temas de Hoy; 2002.
- Varios autores. Comprendiendo a mi bebé...hijo, de 1 año... hasta 18 años. Libros independientes por edades. Colección Clínica Tavistock de Londres. Barcelona: Editorial Paidós.
- Winnicott DW. Conozca a su niño. Barcelona: Editorial Paidós; 1994.

Anexo_14: Recomendaciones globales respecto a la derivación a los servicios de salud mental infantojuvenil

Después de la detección de primer nivel, tanto el pediatra como los equipos educativos (Equipos de Atención Temprana o Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica), y los Centros de Atención Temprana deben remitir al niño/alumno/paciente a las instancias médicas que permitirán la evaluación de segundo nivel, completándose el diagnóstico.

La evaluación diagnóstica de un niño con sospecha de alteración del desarrollo psicoevolutivo ha de realizarse por un neuropediatra (cuando se trate de alteraciones en el desarrollo motor) y/o por los equipos de salud mental infantojuvenil que cuentan con psiquiatras y psicólogos clínicos (cuando sospechemos dificultades en el desarrollo psicoafectivo o posible patología psiquiátrica como son los trastornos del espectro autista). Hay que recordar que los equipos educativos (Equipos de Atención Temprana y de Orientación Psicopedagógica) no tienen competencias diagnósticas, por lo que, una vez que se detecte y diagnostique un trastorno del desarrollo en el ámbito sanitario, la valoración por parte de los equipos educativos nos orientará sobre las necesidades educativas y eventuales necesidades de intervención psicopedagógica (logopedia, psicomotricidad...).

Debe procurarse una coordinación reglada con los equipos infantojuveniles de Salud Mental.