

Eficacia de la Intervención Temprana Integral en niños con alteraciones del Neurodesarrollo

Autor: Lic. Jesús Montano
MsC. en Educación Especial
Jefe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Pediátrico “Pedro Borrás”
Coordinador del Grupo de Trabajo Nacional para la Atención Temprana del MINSAP

Introducción

Dentro del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Pediátrico Universitario “Pedro Borrás Astorga”, en la Ciudad de la Habana, Cuba, funciona desde el año 1988 un Programa de Intervención Temprana Integral para niños con alteraciones del Neurodesarrollo o riesgo de padecerlas, que comenzó como subsección terapéutica de la Sección de Neurodesarrollo creada en ese propio año en el Hospital Ginecobstétrico “Ramón González Coro”.

Este programa, sigue un modelo ecológico y transdisciplinario, se materializa a partir de un estilo que responde al criterio del Estimulador Único, lo cual constituye una novedad terapéutica única el país, pero que ha evidenciado importantes avances y resultados en el manejo del niño en riesgo o con alteraciones establecidas en el Neurodesarrollo.

En el año 2000 se diseñó una investigación para tratar de demostrar la eficacia de este proceder y que constituyó una tesis en opción al título de Máster en Educación Especial. Esta se realizó como un experimento a partir de un estudio longitudinal prospectivo para el cual se seleccionó una muestra de 56 pacientes con edades comprendidas entre los 3 y los 4 meses incorporados al Programa de Intervención Temprana Integral del Hospital Pediátrico Universitario “Pedro Borrás Astorga” que fueron asignados de manera aleatoria a dos grupos de investigación.

Se propuso demostrar, mediante el análisis de las variaciones de las diferentes escalas de evaluación aplicadas, las ventajas de aplicar procedimientos terapéuticos de Intervención Temprana a niños en riesgo de padecer alteraciones del Neurodesarrollo, partir de la combinación de modelos psicopedagógicos y modelos clínico–rehabilitadores, con criterio de **Estimulador Único** en un estilo transdisciplinario.

Se arribó con este análisis a la conclusión de que las estrategias que combinan modelos psicopedagógicos y modelos clínico–rehabilitadores, producen efectos más importantes en el manejo del niño en edad temprana en riesgo o con alteraciones del Neurodesarrollo y que además producen efectos más significativos en el niño, la familia y la comunidad.

Material y métodos

Para la ejecución de este estudio se definieron dos grupos de tratamiento:

1. Un grupo de estudio que recibió tratamiento combinado de Terapia Física y Estimulación Temprana.
2. Un grupo de control que recibió terapia tradicional a través de un programa que incluyó Terapia Física y la valoración por parte de especialistas de Logopedia, Psicología y otros, en el caso en que su nivel de desarrollo lo requiriese.

Los pacientes recibidos de los diferentes servicios de Neuropediatría con los criterios de inclusión referidos, fueron evaluados clínicamente en la Consulta de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Pediátrico “Pedro Borrás”, se utilizó el instrumento de Valoración Neurológica para el Primer Año de Vida de la Dra. Claudine Amiel-Tison y quedó establecida una impresión diagnóstica, fueron remitidos al Equipo de Evaluación de este servicio.

Sistema de Evaluación

1. Escala de Desarrollo Infantil de Nancy Bayley
2. Prueba de Pesquisaje del Desarrollo del Lenguaje (P.P.D.L.)
3. Prueba de evaluación de la Coordinación Visomotriz (E.C.V.M.)
4. Escala de la Función Motora Modificada (E.F.M.M.)

CATEGORIAS DE EVALUACION FINAL

HABILITADO: Valores normales en las pruebas M.D.I de Bayley, P.D.I de Bayley, E.F.M.M, y al menos una de las siguientes: P.P.D.L o E.C.V.M.

MEJORADO: Logra alcanzar una categoría superior en las pruebas M.D.I de Bayley, P.D.I de Bayley y E.F.M.M a pesar de no alcanzar valores normales.

PARCIALMENTE MEJORADO: Incluye las siguientes categorías:

- Eleva las calificaciones en M.D.I de Bayley, P.D.I de Bayley así como en E.F.M.M pero no pasa a una categoría superior.
- Eleva o pasa a una categoría en las M.D.I de Bayley y la prueba P.P.D.L
- Eleva o pasa a una categoría superior en la prueba P.D.I de Bayley, E.F.M.M y E.C.V.M.

NO MEJORADO: Cuando no hay evolución en ninguna de las escalas aplicadas al analizar las categorías establecidas al efecto.

PROGRAMAS REHABILITADORES:

Se establecieron dos programas de tratamiento rehabilitador en correspondencia con los grupos definidos en el estudio.

GRUPO A: El programa rehabilitador para los pacientes de este grupo incluyó Terapia Física y Estimulación Temprana.

GRUPO B: Los pacientes incorporados a este grupo recibieron fisioterapia tradicional basada en la Terapia Física a través del Método Neuroevolutivo, con las mismas características del Grupo A y en los casos que lo requirieron fueron enviados a las Consultas de Logopedia y Foniatría, Psicología y Psiquiatría, siempre que se detectaron alteraciones cuyo tratamiento fue de la competencia de estos especialistas.

RESULTADOS

En la siguiente tabla se presentan las categorías de evaluación final según los grupos de investigación, siendo las de mejor comportamiento evolutivo las de HABILITADO, y MEJORADO y las de un comportamiento evolutivo inferior las de PARCIALMENTE MEJORADO y NO MEJORADO. De esta manera puede apreciarse que de los 32 pacientes del grupo de Estudio, 26 se encuentran en las categorías de mejor evolución y solamente 6 en la de PARCIALMENTE MEJORADO; sin que ninguno se encuentre en la categoría de NO MEJORADO.

Por el contrario ocurre que en el caso del grupo de Control, de los 24 pacientes solamente 10 se encuentran en las categorías de HABILITADO y MEJORADO y 14 en categorías de inferior comportamiento evolutivo.

CATEGORIA	GRUPO DE ESTUDIO		GRUPO DE CONTROL		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Habilitado	18	56.25	8	33.34	26	46.42
Mejorado	8	25.00	2	8.33	10	17.86
Parcialmente Mejorado	6	18.75	9	37.50	15	26.79
No Mejorado	0	0.00	5	20.83	5	8.93
Total	32	100.00	24	100.00	56	100.00

DISCUSION

El análisis estadístico de los resultados demuestra que existe un comportamiento significativamente superior en los pacientes incluidos en el grupo de estudio, lo cual constituye una prueba fehaciente de que la combinación de ambos modelos de atención conforma una díada que incide positivamente en el logro de habilidades motoras, cognitivas y socio comunicativas en pacientes incorporados a este tipo de programas.

Por tanto es inevitable que nos planteemos la siguiente interrogante: ¿Dónde está la posible causa de estos resultados? Sin lugar a dudas, la respuesta está en la combinación de ambos modelos. Los pacientes del grupo de estudio fueron sometidos a un proceso de intervención combinado que contribuyó inobjetablemente, en primer lugar, a sistematizar las influencias recibidas como consecuencia de lo cual se produce un incremento del condicionamiento de la respuesta a situaciones del medio.

Este proceso combinado, que además involucró a la familia, garantizó que se organizaran y estructuraran las posibilidades de procesar las aferencias procedentes del medio físico y social sobre la base de activar las potencialidades del niño. Se incide no solo al orientar a la familia las actividades del niño; sino que al mismo tiempo se le prepara de tal manera que el trabajo contribuye a crear una actitud diferente ante el proceso de desarrollo, que no constituye un proceso consecutivo de actividades y que por el contrario es una secuencia que debe conducir al logro de niveles madurativos superiores.

Otra consideración en este sentido está esencialmente en que la combinación de ambos modelos se estructura de tal forma que se erigen como soportes uno del otro, es decir, que la consecución de los objetivos que cada uno se propone lograr en el niño tiene un sustrato importante en el trabajo que orienta el otro. Esta posibilidad de mantener una relación bidireccional entre el trabajo para lograr el desarrollo de habilidades cognitivas y motoras es sin dudas, y tal como lo demuestran los resultados de esta investigación, la vía más eficaz para manejar al niño de edad temprana en riesgo o con alteraciones del Neurodesarrollo.

CONCLUSIONES

1. Los Programas de Intervención Temprana que combinan Modelos Psicopedagógicos y Modelos Clínico-Rehabilitadores, unidos al trabajo con la familia, obtienen resultados más significativos en relación con el desarrollo de habilidades motoras y cognitivas en el niño de edad temprana en riesgo o con alteraciones del Neurodesarrollo.

2. El manejo del niño de edad temprana en riesgo o con alteraciones del Neurodesarrollo a partir de un diseño terapéutico basado en el criterio del estimulador único, produce cambios estadísticamente más significativos al evaluar la dinámica del desarrollo infantil, a través de la aplicación de escalas de evaluación objetivas.
3. La estructuración de estrategias de intervención basadas en los resultados de la evaluación del desarrollo infantil garantizan la objetividad de la estrategia elaborada y por tanto la calidad del proceso de intervención.