

TRABAJO ORIGINAL

COMUNICACIÓN PREVERBAL Y HABILIDADES ADAPTATIVAS EN UN GRUPO DE BEBES CON ANTECEDENTES DE ALTO RIESGO



Autoras: Dra. Liliana Haller (1), Lic. Alicia Betazza (2), Lic. Denise Kleidermacher (3), Lic. Sandra Graizer (4)

- (1) Dra. en Fonoaudiología. Jefa Unidad Terapia del Lenguaje del Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca GCABA. Co-Coordinadora de la Red de Fonoaudiología CABA. Profesora Regular Asociada UBA Profesora Titular Doctorado en Fonoaudiología UMSA. Ex Presidenta ASALFA. lilianahaller@gmail.com
- (2) Lic. en Terapia Ocupacional. Jefa Unidad Terapia Ocupacional Hospital de Rehabilitación M. Rocca GCABA Supervisora de rotación de Residencia y Concurrencia de Terapia Ocupacional de GCABA. ali.bertazza@gmail.com
- (3) Lic. en Fonoaudiología del CESAC 20 GCABA; Becaria y Ex Residente Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca GCABA. denukleider@gmail.com
- (4) Lic. en Fonoaudiología. Jefa de Sección "Audiología" del Departamento de Fonoaudiología - Hospital de Rehabilitación "Manuel Rocca". Coordinadora de la Red de Fonoaudiología CABA. Coordinadora Programa de Tamizaje Auditivo Universal (PROTAUN). Referente CABA ante Programa Detección temprana de la Hipoacusia de Nación. Adjunta Cátedras Audiología Infantil y Audiología II de la Carrera de Fonoaudiología de la Universidad del Museo Social Argentino. sandragraizer@yahoo.com.ar



Recibido: marzo 2020

Aceptado: abril 2020

RESUMEN

El avance de los conocimientos y de la tecnología en el ámbito sanitario dan cuenta del incremento de la morbilidad en la población constituida por los lactantes y bebés con antecedentes de alto riesgo y por ello mayor vulnerabilidad a presentar alteraciones en el neurodesarrollo de habilidades comunicativas y/o adaptativas que impactarán en el desarrollo del lenguaje y de las funciones ejecutivas. Las reflexiones sobre estos nuevos paradigmas del desarrollo infantil nos promovieron

inquietudes para continuar estudiando a esta población de bebés y niños pequeños planteándonos los siguientes objetivos: 1.-Describir el perfil de la población que consulta al Programa de Intervención Oportuna (PIO). 2.-Comparar los resultados obtenidos mediante la administración de la Escala Rocca y la Anamnesis de Habilidades Adaptativas con los resultados encontrados al administrar la CSBS DP. Los resultados encontrados muestran en el Objetivo 1: 6 casos de hipoacusias mínimas/ unilaterales. 18 pacientes con buen rendimiento en todas las dimensiones/-1. 16 pacientes que muestran 2 a 3 dimensiones afectadas y 8 pacientes que manifiestan 4 o más afectadas. En el Objetivo 2: se compararon los resultados obtenidos por cada grupo, mediante la administración de: Escala Rocca más Anamnesis de Habilidades Adaptativas y CSBS DP. Obteniendo un 83 %; 88 % y 100% de coincidencia respectivamente.

PALABRAS CLAVE: *Neurodesarrollo, comunicación preverbal, regulación, procesamiento sensorial, habilidades adaptativas.*

PREVERBAL COMMUNICATION AND ADAPTIVE SKILLS IN A GROUP OF BABIES WITH HIGH RISK PERSONAL HISTORY

SUMMARY

The advancement of knowledge and technology in the health sector account for the increase in morbidity in the population constituted by infants and babies with a high risk history and therefore greater vulnerability to presenting alterations in the neurodevelopment of communication skills and / or adaptive that will impact the development of language and executive functions. The reflections on these new paradigms of child development promoted us concerns to continue studying this population of infants and young children, considering the following objectives: 1.- Describe the profile of the population that consults the Timely Intervention Program (IOP). 2.-Compare the results obtained by administering the Rocca Scale and the Anamnesis of Adaptive Skills with the results found when administering the CSBS DP. The results found show in Objective 1: 6 cases of minimal / unilateral hearing loss. 18 patients with good performance in all dimensions / -1. 16 patients showing 2 to 3 affected dimensions and 8 patients showing 4 or more affected. In Objective 2: the results obtained by each group were compared by administering: Rocca Scale plus Adaptive Anamnesis and CSBS DP. Obtaining 83%; 88% and 100% coincidence respectively.

KEYWORDS: *Neurodevelopment, preverbal communication, regulation; sensory processing, adaptive skills*

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del neurodesarrollo incluyen a un grupo heterogéneo de trastornos que se manifiestan en períodos tempranos de la infancia. En conjunto estas afecciones comparten alteraciones en las adquisiciones de diferentes dimensiones a saber: habilidades cognitivas, motoras, de la comunicación y el lenguaje, del aprendizaje y la conducta que impactan significativamente en el funcionamiento personal, social y académico del niño.

En edades posteriores, de vida, a los primeros años suelen constituir un motivo de consulta en aproximadamente el 15 % de los casos (Fejerman; 2017).

La falta de detección, diagnóstico y tratamiento provocan secuelas subdiagnosticadas que comprometen la vida social y académica del niño, luego del adolescente y finalmente del adulto reduciendo las oportunidades de desarrollar el potencial singular de cada individuo.

El término desarrollo alude a una concepción determinista, mientras que *devenir* promueve considerar lo aleatorio del resultado de una evolución no sólo fisiológica sino también psíquica. El desarrollo debería estar modulado por la imprevisibilidad del devenir del sujeto, más allá de sus determinantes, ya sean psíquicos u orgánicos; genéticos o epigenéticos.

El sistema nervioso y el sistema mental constituyen un gran y complejo sistema que por los “mecanismos” de la plasticidad se reacomoda y se reordena de estímulo en estímulo, pudiendo un estímulo obtener en el transcurso del tiempo diferentes respuestas según el estado del sistema. Por lo tanto como sostiene el neurobiólogo Robert Turner “Nunca utilizamos dos veces el mismo cerebro”.

Como Jerome Kagan (psicólogo de Harvard) sostiene, los padres no se dan cuenta que aunque la biología limita ciertos resultados, no determina lo que puede suceder. La crianza no puede cambiar los genes, ni modificar los procesamientos neurocognitivos, pero lo que los niños experimentan cada día esculpe sus circuitos neurológicos.

En la actualidad las ciencias de la salud se encuentran abocadas a dirigir sus esfuerzos a la prevención de patologías (prevención primaria). Sin embargo en ocasiones esto no es factible, entonces, buscan, al menos, identificar oportunamente las alteraciones y afecciones, realizando la detección temprana de las mismas (prevención secundaria).

El enfoque señalado se fundamenta en el conocimiento de que, cuando las acciones pierden el criterio de oportunidad, las injurias suelen dejar secuelas que requieren costos mayores no sólo en términos sanitarios/científicos (necesitan diagnósticos y tratamientos más costosos, pues se trata de diagnósticos diferenciales complejos que utilizan tecnología de avanzada) sino también económicos, dado que son tratamientos prolongados que convocan a muchos especialistas y aumentan los costos de la prestación requerida. En este caso la prevención es terciaria.

“Ezpeleta (2005) señala que en los últimos años se habla de prevención como una nueva disciplina fundamentada en la investigación y que está relacionada la epidemiología y el desarrollo humano. Esta “ciencia de la prevención” se centra fundamentalmente en el estudio sistemático de

precursores potenciales de disfunciones o discapacidades a los que se denomina factores de riesgo y factores de protección. En este sentido, la intervención preventiva tendría como objeto contrarrestar el efecto de los factores de riesgo y potenciar los de protección” (2006, Sanchez Caravaca en Haller y cols, 2011).

Es en este marco en el que se contextualiza el presente proyecto asistencial, que se aboca a la detección oportuna de trastornos que comprometen el neurodesarrollo infantil, específicamente en el área de la comunicación preverbal y de las habilidades adaptativas tempranas.

La comunicación preverbal intencional constituye un requisito fundamental para acceder al mundo intersubjetivo (es decir para socializar), para desarrollar Teoría de la Mente y empatía. En edades posteriores, cuando el niño accede al mundo simbólico, permite acceder al desarrollo del lenguaje oral primero y lectoescrito después.

Las habilidades adaptativas incluyen capacidades, conductas y destrezas del niño para adaptarse y satisfacer las exigencias de sus entornos habituales, acordes a su edad cronológica, poniendo especial atención en los procesos de autorregulación y de integración sensorial. La buena integración sensorial que se logra en los primeros años de vida. *Se trata de “un proceso neurológico que nos permite utilizar nuestro cuerpo eficazmente en cada contexto, organizando la información sensorial que recibimos de nosotros mismos y del entorno para emitir respuestas adecuadas.* El criterio de integración sensorial (Ayres, 1972) se puede definir como la capacidad que posee el sistema nervioso central (S.N.C.) de interpretar y organizar las informaciones captadas por los diversos órganos sensoriales del cuerpo. La secuencia lógica es percibir, organizar y responder, pero muchos niños tienen dificultades a la hora de seguirla

Estos procesamientos, que son la base de otros de mayor jerarquía, pueden alterar los procesos ejecutivos en el desarrollo, impactando en la dimensión social comunicativa, psicomotora y cognitiva, los cuales se presentan como trastornos prevalentes en la actualidad.

La originalidad de esta propuesta asistencial está dada por el trabajo en equipo de la detección temprana y oportuna de precursores de formadores de desarrollos ejecutivos para estas edades.

Las reflexiones sobre los nuevos paradigmas del desarrollo infantil que aportan las neurociencias y la accesibilidad para disponer de estudios e investigaciones sobre la temática nos promovieron inquietudes para continuar estudiando a esta población de bebés y niños pequeños planteándonos los siguientes objetivos:

OBJETIVOS

- 1.-Describir el perfil de la población que consulta al Programa de Intervención Oportuna (PIO).
- 2.-Comparar los resultados obtenidos mediante la administración de la Escala Rocca y la Anamnesis de Habilidades Adaptativas con los resultados encontrados al administrar la CSBS DP.

FUNDAMENTOS

Como se comentó en el apartado anterior la población de bebés y niños con antecedentes de riesgo y particularmente la población constituida por los bebés prematuros sigue incrementándose y su impacto sobre los trastornos del neurodesarrollo continúa siendo muy notable.

Acercamos algunos resultados para reflexionar al respecto.

En un estudio sobre niños y adolescentes de 3 a 17 años realizado en Estados Unidos los recién nacidos pretérmino con muy bajo peso (RNPTMBP) o con peso normal para edad gestacional manifestaron una franca asociación con Parálisis Cerebral (PC); Trastorno del Espectro Autista (TEA), Discapacidad Intelectual (DI) y trastornos del aprendizaje (10 a 50 %) mientras que un porcentaje menor (5%) se asocia con casos de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD) y trastornos de conducta (Schieve y cols, 2016; en Fejerman y Grañana, 2017). Mostrando así, que el impacto de la condición de prematuridad / prematurez sobre el neurodesarrollo varía con cada tipo de trastorno del neurodesarrollo.

Otros estudios citados por la misma fuente consultada revelan lo siguiente:

En un estudio realizado por Adams y Chapman en 2015; sobre el desarrollo del lenguaje de 467 niños nacidos con extremadamente bajo peso al nacer (EBPN) evaluados a los 30 meses de edad corregida (ECorr); el 23 % manifestó severos retrasos en el desarrollo del lenguaje receptivo y el 16 % severos retrasos del desarrollo del lenguaje expresivo.

La investigación de Sucksdorff y cols, 2015 en Finlandia demuestra que la edad gestacional como el pobre desarrollo fetal incrementaron el riesgo de ADHD.

Autores como Jeha y Hoffman en 2015 están realizando investigaciones acerca de las madres adolescentes y la incidencia (aumentada) de partos prematuros y de niños con bajo peso al nacer.

Otro importante tema de salud pública a nivel mundial es el incremento de consumo de alcohol materno durante la gestación y la prevalencia del trastorno del Espectro del Alcohol Fetal (TEAF). Popova y cols. En 2016, refieren la comorbilidad del TEAF y los trastornos del neurodesarrollo. Observaron prevalencia elevada de trastornos de conducta, Trastornos del Desarrollo del Lenguaje y ADHD.

En un estudio de cohorte noruego del que participaron las duplas madre-hijo con un total de 3942 casos. La muestra sobre trastornos de comunicación incluyó 7109 niños nacidos en las semanas 7 y 38 de embarazo y 1673 nacidos en las semanas 34 a 36. Las conclusiones de los autores mostraron que ambos grupos presentaban un riesgo aumentado de problemas en la comunicación (Stene-Larsen y cols., 2014).

Todos los estudios referidos en los párrafos precedentes dan cuenta del incremento de la morbilidad en la población constituida por los lactantes y bebés con antecedentes de alto riesgo y por ello mayor vulnerabilidad a presentar alteraciones en el neurodesarrollo de habilidades comunicativas y/o adaptativas que impactarán en el desarrollo del lenguaje y de las funciones ejecutivas.

Al considerar las eventuales alteraciones en el desarrollo de la comunicación y el lenguaje debemos confirmar el desempeño de la función auditiva. El estudio de la misma se lleva a cabo en el Sector Audiología.

Los factores de riesgo auditivo por los que son derivados siguen lineamientos del Joint Committee on Infant Hearing (JCIH) Year 2019 Position Statement y el Consenso 2019 de la Red de fonoaudiología del GCABA para su programa PROTAUN que abarca Recién nacidos hasta 28 días del nacimiento e Infantes de 29 días a 2 años.

Se reconoce que el mayor periodo de neuroplasticidad de las vías sensoriales, se encuentra entre los 0 a 24 meses de edad y es donde tenemos la mejor oportunidad para habilitar o rehabilitar a ese niño periodo al que se aboca este programa de detección.

Se ha demostrado que todos los indicadores de riesgo tienen un impacto potencial en la audición en niños pequeños, por lo que desde 1990, este objetivo se ha articulado con documentos basados en la evidencia que sirven como directrices para la prestación de servicios de atención de salud auditiva. Siendo el departamento de fonoaudiología de nuestro hospital un adherente a dichas normas y referente en la ciudad desde esa época.

Si bien no existe una base de datos estadística oficial conocemos que un gran porcentaje de estos niños debido a los avances preventivos, sobre todo en el área de Alto Riesgo Neonatal No presentan secuelas auditivas, pero si pueden padecer lesiones que estarán íntimamente relacionadas con las secuencias de su neurodesarrollo.

Por todo lo indicado es que consideramos, en afinidad con la semiología actual, estudiar y analizar los procesamientos de indicadores de tendencia comunicativa, de habilidades adaptativas y regulación de la conducta.

POBLACIÓN, MATERIALES Y METODOS

Se trata de un trabajo descriptivo, y comparativo, observacional, prospectivo y transversal.

La Población (Po) está constituida por 42 niños de 6 a 24 meses (criterio de inclusión CI) que concurren para realizar la evaluación del Programa de Intervención Oportuna (PIO). Previamente son derivados al Sector Audiología para ser evaluados por el Plan de alto riesgo Auditivo/PROTAUN y que se determine Audición dentro de niveles normales, disminución auditiva leve o disminución auditiva Unilateral.

Coordenadas temporo-espaciales: Se evaluaron desde el 1/07/18 hasta 31/07/19 los niños nacidos en las maternidades de los hospitales del GCABA, como así también bebés y niños nacidos en otras dependencias que no hayan pasado el screening auditivo o bien presenten factores que predispongan a una lesión auditiva, para ser evaluados dentro de un protocolo encuadrado en el segundo y tercer nivel de prevención. (Ley 1808 CABA/ Ley 25.415 MSAL).

Los materiales utilizados son a) el protocolo de la Escala Rocca en la Fig. 1, b) el Cuestionario CSBSDP (para evaluar la comunicación preverbal) en la Fig. 2 y c) el protocolo de la Anamnesis para

Padres (que investiga las siguientes dimensiones: procesamientos sensoriales, postura y movimiento, conducta, comunicación y motricidad) en la Fig. 3. Este último fue confeccionado específicamente para este dispositivo PIO.

a) Escala Rocca: Se trata de un instrumento para evaluar a edades tempranas la comunicación preverbal de bebés y niños que enfrentan desafíos en su neurodesarrollo. La escala informa sobre los procesamientos comunicativos no intencionales e intencionales del infante observando los comportamientos que elicitaban dichos procesamientos. Aporta información cualitativa, ya que permite clasificar sus comportamientos comunicativos en períodos *perlocutivo*, *elocutivo* o *locutivo*. Advertir la presencia o ausencia de *atención conjunta* y por consiguiente la intersubjetividad que está transitando (*intersubjetividad primaria* o *intersubjetividad secundaria*).

También provee información acerca de la presencia o ausencia de las funciones *instrumental*, *reguladora*, *interactiva*, *personal*, *heurística* e *imaginativa*. (Etapas pre simbólica y simbólica de Halliday; 1973).

Registra la presencia o ausencia de categorías comunicativas tempranas como son los protoimperativos y protodeclarativos (Bates; 1976).

A continuación se presenta la Hoja registro: Fig. 1

EVALUACIÓN PRAGMÁTICA PRE-VERBAL - ESCALA ROCCA		Σ
Haller, L.; Gallastegui, M.; Barrionuevo, M.	PUNTAJE	ACUM
<i>Dirección Nacional de derechos de Autor Expediente N° 666821 / 2008</i>		
1. (E) Alerta	1	1
2. (M) Cambios tónicos y /o posturales	1	2
3. (M) Movimientos en masa de excitación	1	3
4. (AU) Llanto	1	4
5. (M) Gritos	1	5
6. (M) Comienza a succionar o aumenta la intensidad de succión	1	6
7. (M) Produce movimientos orales	1	7
8. (MAR) Establece contacto visual con el adulto/ Sonríe al adulto	2	9
9. (MAR) Balbuceo	2	11
10. (MAR) Variaciones prosódicas para expresar estados de ánimo	2	13
11. (MAR) Aleja la cara	2	15
12. (MA) Busca tocar al adulto	2	17

13. (MR) Comienza a mover mentón y labios	2	19
14. (MAR) Explora objetos y reacciona ante las diferencias	2	21
15. (MR) Responde de manera distinta a conocidos y extraños	2	23
16. (MAR) Establece contacto visual con el adulto y un objeto (juego)	3	26
17. (MAR) Sonríe al adulto ante un objeto	3	29
18. (MAR) Comienza a mover mentón y labios ante un objeto (juego)	3	32
19. (MAR) Lloro al adulto ante un objeto (juego)	3	35
20. (MAR) Gesto indicador manual		
i. Protoimperativos a. Entrega	4	39
a. b. Retiene	4	43
b. c. Acepta	4	47
c. d. Pide	4	51
d. e. Rechaza	4	55
ii. Protodeclarativos f. Ofrece	4	59
21. (MAR) Balbuceo vocálico dirigido al adulto ante un objeto o íón	5	64
22. (MAR) Balbuceo consonántico dirigido al adulto ante un objeto	5	69
23. (MAR) Produce una palabra dirigida al adulto ante un objeto	5	74
PUNTAJE TOTAL	74	74

El cuadro de conclusiones:

PERÍODOS COMUNICATIVOS	FUNCIONES COMUNICATIVAS	PRECURSORES COMUNICATIVOS
PERLOCUTIVO <input type="checkbox"/>	INSTRUMENTAL <input type="checkbox"/>	INTERSUBJ. 1 ^{ra} <input type="checkbox"/>
	REGULADORA <input type="checkbox"/>	INTERSUBJ. 2 ^{ra} <input type="checkbox"/>
ILOCUTIVO <input type="checkbox"/>	INTERACTIVA <input type="checkbox"/>	PROTOIMPERATIVOS <input type="checkbox"/>
	PERSONAL <input type="checkbox"/>	PROTODECLARATIVOS <input type="checkbox"/>
LOCUTIVO <input type="checkbox"/>	HEURÍSTICA <input type="checkbox"/>	
	IMAGINATIVA <input type="checkbox"/>	

Y la tabla de Edades comunicativas:

PUNTUACIÓN	EDADES COMUNICATIVAS
1 A 7 PTOS.	0 A 3 MESES
9 A 15 PTOS.	3 A 6 MESES
17 A 23 PTOS.	6 A 9 MESES
26 A 59 PTOS.	9 A 12 MESES
64 A 74 PTOS.	12 A 15 MESES

b) CSBSP: Cuestionario del Bebé y Niño Pequeño (CSBS DP) Fig. 2

CSBS DP

CSBS DP Cuestionario del bebé y niño pequeño

Nombre del niño o niña: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha en que se llenó el formulario: _____

¿Fue prematuro el parto? _____ ¿Por cuántas semanas? _____

Llenado por: _____ Relación con el niño o niña: _____

Instrucciones para la persona que cuida al niño o niña: Esta lista fue diseñada para identificar distintos aspectos del desarrollo del bebé y el niño pequeño. Antes de aprender a hablar, hay varios comportamientos que pueden indicar si el niño o niña tendrá problemas para aprender a hablar. Este formulario debe ser llenado cuando el niño o niña tiene entre 6 y 24 meses de edad, por los padres o la persona que cuida al niño, para determinar si es necesario hacer una evaluación más completa. La persona que llena el formulario debe ser alguien que esté en contacto diario con el niño o niña, ya sean sus padres u otra persona. Marque la opción que describa mejor el comportamiento de su niño o niña. Si tiene dudas, marque la opción más adecuada según su experiencia con el niño o niña. Los niños y niñas de estas edades no necesariamente presentan todos los comportamientos que se describen aquí.

Emociones y mirada

1. ¿Puede usted distinguir cuando su niño o niña está contento y cuando está triste? Todavía no A veces Frecuentemente

2. Cuando juega con juguetes, ¿se vuelve a mirarle para ver si lo está observando? Todavía no A veces Frecuentemente

3. ¿Sonríe o ríe mientras la mira? Todavía no A veces Frecuentemente

4. Si usted mira y señala un juguete al otro lado del cuarto, ¿su niño o niña se vuelve a verlo? Todavía no A veces Frecuentemente

Comunicación

5. ¿Su niño o niña puede indicarle cuando necesita ayuda o cuando quiere algo que no puede alcanzar? Todavía no A veces Frecuentemente

6. Si usted no le presta atención, ¿su niño o niña trata de llamar su atención? Todavía no A veces Frecuentemente

7. ¿Hace su niño o niña cosas sólo para hacerle reír? Todavía no A veces Frecuentemente

8. ¿Trata su niño o niña de mostrarle objetos interesantes para que usted los vea, sin que quiera que haga algo con ellos? Todavía no A veces Frecuentemente

Gestos

9. ¿Su niño o niña recoge objetos y se los da a usted? Todavía no A veces Frecuentemente

10. ¿Le muestra su niño o niña objetos sin dárselos? Todavía no A veces Frecuentemente

11. ¿Su niño o niña saluda moviendo la mano? Todavía no A veces Frecuentemente

12. ¿Su niño o niña señala los objetos? Todavía no A veces Frecuentemente

13. ¿Su niño o niña mueve la cabeza para decir que sí? Todavía no A veces Frecuentemente

Sonidos

14. ¿Su niño o niña usa sonidos o palabras para llamar la atención o pedir ayuda? Todavía no A veces Frecuentemente

15. ¿Su niño o niña une varios sonidos, como por ejemplo, ah-oh, mamá, gaga, nana, papá? Todavía no A veces Frecuentemente

16. ¿Aproximadamente cuántos de los siguientes sonidos consonantes usa su niño o niña: m, n, b, d, g, p, u, s, l, y, z? Ninguno 1 a 2 3 a 4 5 a 8 más de 8

Palabras

17. ¿Cuántas palabras que usted pueda reconocer usa su niño o niña para indicar algo (como tete por biberón, buabua por agua)?	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 4 a 10 <input type="checkbox"/> 11 a 30 <input type="checkbox"/> más de 30
18. ¿Su niño o niña usa dos palabras (por ejemplo más agua, este mío)?	<input type="checkbox"/> Todavía no <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente
Comprensión	
19. Cuando llama a su niño o niña por su nombre, ¿responde volviendo la mirada o la cabeza hacia usted?	<input type="checkbox"/> Todavía no <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente
20. ¿Aproximadamente cuántas palabras o frases entiende su niño o niña sin ayuda de gestos? Por ejemplo, si usted dice "¿dónde está tu nariz?", "¿dónde está papá?", "dame la pelota" o "ven aquí", sin señalar con la mano o apuntar, su niño o niña responderá de forma apropiada.	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 4 a 10 <input type="checkbox"/> 11 a 30 <input type="checkbox"/> más de 30
Uso de objetos	
21. ¿Su niño o niña muestra interés en jugar con una variedad de objetos?	<input type="checkbox"/> Todavía no <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente
22. ¿Aproximadamente cuántos de los objetos siguientes usa su niño o niña correctamente: taza, biberón, tazón, cuchara, peine o cepillo, cepillo de dientes, esponja de baño, pelota, carrito de juguete, teléfono de juguete?	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> 1 a 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 <input type="checkbox"/> 5 a 8 <input type="checkbox"/> más de 8
23. ¿Aproximadamente cuántos bloques o aros puede poner su niño o niña uno encima de otro?	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> 2 bloques <input type="checkbox"/> 3 a 4 bloques <input type="checkbox"/> 5 o más
24. ¿Juega con sus juguetes a juegos como: darle de comer a un osito de peluche, arrullar a una muñeca, o poner un muñeco en un carrito?	<input type="checkbox"/> Todavía no <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente
¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su niño o niña? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si la respuesta es sí, explique al dorso.	

Jerry M. Wetherby & Barry M. Prizant © 2002 by Paul H. Brookes Publishing Co. All rights reserved.

Su nombre completo es Communication and Symbolic Behavior Scales – Developmental Profile – Infant Toddler Checklist (en español, Escala de Comunicación y Conducta Simbólica – Perfil del Desarrollo – Lista de Chequeo de Infantes y Deambuladores), fue diseñado en el 2002 por Amy Wetherby y Barry Prizant.

Su objetivo es identificar signos de alarma en el desarrollo temprano de niños de 6 a 24 meses, valorando las habilidades sociales de los bebés incluso antes de que desarrollen el lenguaje oral. Consiste en un total de 24 preguntas que deben ser contestados por los padres o cuidadores del niño. A cada ítem se le otorga un puntaje en un rango de entre 0 y 4 puntos, siendo: 0 "Todavía No" 1 "A veces" 2 "Frecuentemente", según la frecuencia con que los cuidadores observen que el niño realiza o no esa conducta.

Las preguntas están divididas según su contenido en 7 bloques, que son: Emociones y Mirada, Comunicación, Gestos, Sonidos, Palabras, Comprensión y Uso de Objetos.

A su vez dichos bloques se agrupan para dar puntajes compuestos siendo estos: Comunicación, Lenguaje expresivo y Simbolización.

Claro está que según la edad en la que sea administrado, podrá haber conductas que el niño aún no realice y ello sea parte del desarrollo normal.

Los resultados obtenidos deben contrastarse con los baremos que trae la escala para cada edad, los cuales están divididos en franjas de a un mes. Para cada mes hay establecido un puntaje de corte mínimo tanto para cada puntaje compuesto (Comunicación, Lenguaje expresivo y Simbolización) y también un puntaje general de la escala. Por debajo de ese puntaje de corte se considera que el resultado obtenido es "preocupante" y se aconseja complementar con una evaluación más exhaustiva.

La evaluación se completa con la investigación sobre el comportamiento del niño frente a los distintos desafíos sensoriales que se presentan en su cotidiano, e intenta explorar cuales son las estrategias regulatorias del niño y de su/o sus cuidadores.

c) Anamnesis para Padres de Habilidades Adaptativas: Fig. 3



PROGRAMA DE INTERVENCIÓN OPORTUNA



Nombre y apellidoHC N°

Fecha de nacimiento Edad..... Prematuro Otros.....

Nombre y apellido del cuidador.....Parentesco.....

Tiene hermanos?..... Cuántos..... Edades.....

ITEM	COMO RESPONDE SU NIÑO/A	CASI SIEMPRE + del 75%	LA MITAD DEL TIEMPO	POCAS VECES 30 %	CASI NUNCA
CONDUCTA	PARECE INQUIETO O MUY ACTIVO LA MAYORIA DEL TIEMPO				
	ES DEMASIADO TRANQUILO, NO PIDE, LLORA POCO				
	LLORA Y NO SE CALMA FACILMENTE				
	TIENE UN PATRON DE SUENO PREDECIBLE (DORMILON / ACTIVO)				
	TIENE UN PATRON IMPREDESIBLE PARA COMER (HORARIOS)				
	SE ALTERA MUCHO CUANDO CAMBIA LA RUTINA				
	LA MIRA A LOS OJOS Y BUSCA SU MIRADA				
	DIRIGE SU MIRADA AL FOCO QUE UD. MIRA (UN JUGUETE O ALIMENTO)				
	BALBUCEA LUEGO DE EXPERIENCIAS PLACENTERAS (ASEO, COMER)				
HACE BERRINCHES					
AUDIT	SE SOBRESALTA CON LOS RUIDOS COTIDIANOS				
	LE DISGUSTAN O IRRITAN LOS AMBIENTES RUIDOSOS				
	RESPONDE CUANDO LO LLAMAN POR SU NOMBRE				
VISUAL	LE MOLESTAN LAS LUCES BRILLANTES				
	DISFRUTA VIENDO OBJETOS QUE SE MUEVEN EN O GIRAN (VENTILADOR)				
	TIENE ATRACCION POR LAS PANTALLAS CON LUCES BRILLANTES Y MOVIMIENTOS RÁPIDOS				
TACTO	LE DESAGRADAN LOS BESOS, ABRAZOS DE OTROS QUE NO SEAN LOS PAPAS				
	LE DESAGRADA JUGAR CON COSAS "SUCIAS" O ESTAR SUCIO				
	SE PONE ANSIOSO CUANDO CAMINA EN ARENA/PASTO O DESCALZO				
	LE DESAGRADA QUE LE LAVEN LA CARA /PELO				
MOV	NO LE GUSTA QUE LE CORTEN LAS UNAS				
	PARECE IRRITADO CUANDO SE LO ALZA				
	DISRUTA CON EL MOVIMIENTO BAIAR GIRAR SALTAR QUE LO ALCEN				
ALIMENTACION	LE DISGUSTA CUANDO LO PONEN DE ESPALDA (PARA CAMBIARLO, LAVARLE LA CABEZA)				
	LE DESAGRADAN OLORES PARTICULARES				
	LE DESAGRADAN ALGUNOS SABORES				
	BABEA				
	RECHAZA CIERTAS TEXTURAS EN LOS ALIMENTOS				
	TOMA LIQUIDOS PARA CALMARSE A SI MISMO				
	LE CUESTA TRABAJO COMER SOLIDOS				
	TIENE MUCHO RATO LA COMIDA EN LABOCA				
TIENE ARCADAS O RECHAZO					
INTENTA COMER SOLO/ COME SOLO					

<u>BABEA</u>					
<u>RECHAZA CIERTAS TEXTURAS EN LOS ALIMENTOS</u>					
<u>TOMA LIQUIDOS PARA CALMARSE A SIMISMO</u>					
<u>LE CUESTA TRABAJO COMER SOLIDOS</u>					
<u>TIENE MUCHO RATO LA COMIDA EN LABOCA</u>					
<u>TIENE ARCADAS O RECHAZO</u>					
<u>INTENTA COMER SOLO/ COME SOLO</u>					

	<u>REALIZA SU NIÑO ALGUNA DE ESTAS ACTIVIDADES</u>	<u>S</u>	<u>NO</u>	<u>X</u>	<u>COMENTARIO</u>
<u>MOTRICIDAD</u>	<u>CONTROLA O SOSTIENE LA CABEZA</u>				
	<u>ROLA (SE DA VUELTA EN LA CAMA)</u>				
	<u>SE INCORPORA PARA SENTARSE</u>				
	<u>SE MANTIENE SENTADO</u>				
	<u>AGARRA JUGUETES CON LA O LAS MANOS.</u>				
	<u>HACE ALGUN GESTO SALUDAR/TOR TITA/</u>				
	<u>APLAUDIR</u>				
	<u>GATEA</u>				
	<u>SE PARA. REALIZA PASOS LATERALES</u>				
	<u>CAMINA</u>				

Que cree Ud. que calma a su niño/a

usa chupete abrazo ser mecido se meces solo

muerde grita se pellizca tira del pelo

alguna otro comentario:

.....

.....

Cuanto tiempo tarda en calmarse

Por favor agregue cualquier información adicional que considere útil a los fines de un mejor conocimiento de su niño/a

.....

.....

.....

.....

CONCLUSIONES

.....

.....

La Anamnesis para Padres de Habilidades Adaptativas investiga las siguientes dimensiones: procesamientos sensoriales, postura y movimiento, conducta, comunicación y motricidad). Las habilidades adaptativas incluyen capacidades, conductas y destrezas del niño para adaptarse y satisfacer las exigencias de sus entornos habituales, acordes a su edad cronológica, poniendo especial atención en los procesos de autorregulación y de integración sensorial. Tratando de identificar algún indicio de dificultad en el desempeño del niño ya sea por problemas en el sueño, alimentación, control conductual, habilidades motrices pobres o dificultades en la integración sensorial.

Los sistemas sensoriales nos ponen en contacto y conocimiento con el mundo interno y externo. El tacto contribuye al apego y a la autorregulación emocional. El vínculo emocional resultante influye directamente en las vías neuronales instrumentales en la autorregulación. El papel de la integración

sensorial es generar umbrales hacia una modulación e interpretación adecuada del estímulo. Así contribuye a la Integración y organización de nuestra actividad mental, valorando y dando sentido a los estímulos, sensaciones y emociones que entran para su procesamiento. Cuando el niño posee una adecuada regulación, sus habilidades adaptativas se desarrollan permitiendo el desarrollo de la capacidad de desempeño del niño. De ellas dependen la capacidad para explorar y desarrollar habilidades para interactuar con el medio y la capacidad para satisfacer las demandas propias y las sociales.

Las habilidades tempranas de auto consolarse, distracción y búsqueda de ayuda son fundamentales para las habilidades de autorregulación posteriores. El desarrollo de habilidades de autorregulación succionar o desviar la mirada, a comenzar a cambiar el foco de atención activamente de un estímulo desagradable por uno de su agrado. Se logra en la medida que su control motor aumenta y el niño puede no solo auto-tranquilizarse sino en explorar, retirándose y redirigiéndose, y aprenden a buscar ayuda de los cuidadores para regular sus emociones.

El funcionamiento del sistema sensorial y su integración es la base para un desarrollo óptimo de capacidades como concentración, planificación, praxis, aprendizaje académico, autoestima, autocontrol y habilidad motora.

En cuanto a la Metodología los pacientes ingresan por el sector Audiología donde se realizan estudios que determinan con la mayor exactitud la capacidad auditiva teniendo en cuenta la edad y las posibilidades de cada paciente

En la evaluación se trabaja con aparatología o instrumental que nos permite medir a través de pruebas objetivas y subjetivas el campo auditivo del paciente y así conocer el nivel de audición y/o el grado de pérdida auditiva del mismo siguiendo un algoritmo preestablecido que describe claramente el proceso de detección de la audición del recién nacido y arribar a un diagnóstico que va desde Audición dentro de niveles Normales hasta hipoacusia de diferente grado.

Desde allí son citados al sector de Terapia Ocupacional donde se administran los protocolos mencionados. La mamá completa la anamnesis y luego a través de un contexto lúdico se evalúan los niveles comunicativos con la Escala Rocca. Luego se completa el cuestionario de la CSBSP a través de la lectura del mismo a la madre/familiar.

Según los resultados obtenidos si son compatibles con su edad cronológica, se le entrega el folleto correspondiente a su edad para que la mamá "vigile" el neurodesarrollo de su hijo (comunicación y conducta adaptativa) y ante inquietudes consulte con su pediatra. Y un recetario donde consta que los niveles obtenidos en la comunicación y habilidades adaptativas son acordes a su EC para presentar en su hospital de contra-referencia. De no ser así se vuelve a enviar a sector Fisiatría Niños para completar con evaluaciones específicas.

Si el niño presenta hipoacusia confirmada continua su atención a través del Comité de Hipoacúsicos del hospital.

RESULTADOS

Hemos observado y estudiado a 42 pacientes (población Po accesible) de un total de 52 niños citados. Luego de aplicar criterios de eliminación (CE) 9 ausentes y 1 eliminado por no cumplir con los criterios de inclusión.

Respondiendo al **objetivo 1**:

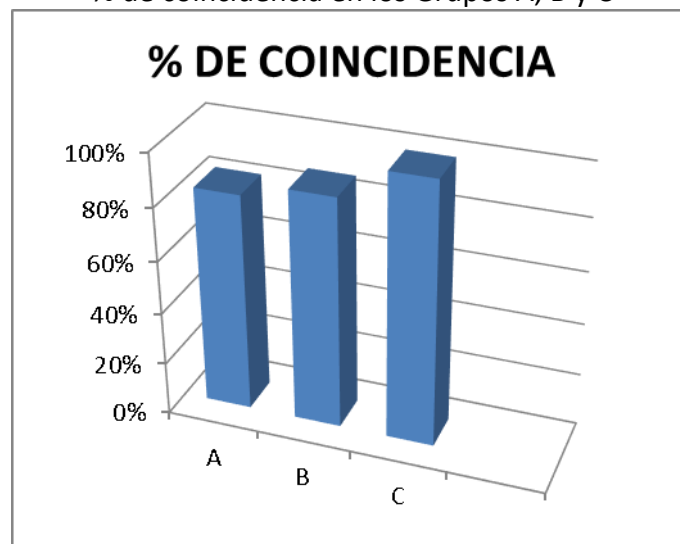
Los antecedentes de los mismos fueron diversos y no constituyeron objetivo de estudio del presente trabajo. En 3 casos encontramos hipoacusias mínimas y en 3 hipoacusias unilaterales. Los 42 niños que constituyen la muestra (M) fueron divididos en tres grupos A: 18 pacientes, B: 16 pacientes y C: 8 pacientes según el número de dimensiones comprometidas.

Los niños del GRUPO A presentan buen rendimiento en todas las dimensiones y se acepta hasta 1 dimensión comprometida. Los del GRUPO B muestran 2 a 3 dimensiones afectadas y los del GRUPO C manifiestan 4 o más dimensiones afectadas.

Respondiendo al **objetivo 2**:

Se procedió a comparar los resultados obtenidos por cada grupo, respecto a la coincidencia o no de resultados entre los valores obtenidos mediante la administración de: Escala Rocca más Anamnesis de Habilidades Adaptativas y CSBDP en Gráfico 1. En el grupo B hay un 88 % de coincidencia y un 12% que no coincide y en el C la coincidencia alcanzó el 100%. Mientras que en el grupo A se obtuvo un 83% de coincidencia versus un 17 % de no coincidencia. En los casos de no coincidencia, con porcentajes menores del 20%, se consideró no relevante analizar esas diferencias.

Gráfico 1
% de coincidencia en los Grupos A, B y C



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Hemos mencionado que un número reducido de pacientes (6 en total) presentaron hipoacusias mínimas e hipoacusias unilaterales. Por eso consideramos necesario plantear que implicancias

podrían tener, a futuro, estas hipoacusias en el desarrollo de la comunicación, el lenguaje y la conducta adaptativa de los niños.

En la hipoacusia mínima y/o leve se reduce oportunidades para:

- Aprendizaje incidental
- Adquisición de patrones precisos de habla y lenguaje.
- Tener acceso a la información cuando la relación S/R esta degradada.
- “alcanzar desarrollo académico adecuado”.

En la hipoacusia Unilateral se puede observar alguna o algunas de estas dificultades:

- Falta de constancia en las pistas acústicas.
- Retraso en el armado del sistema fonológico; punto y modo de articulación, pistas acústicas, rasgos segmentales.
- Confusión en la prosodia por falta de audibilidad.
- Falta audible en los patrones de entonación y acentuación.
- Dificultades en el rendimiento escolar y adquisición del lenguaje.
- Pobre audibilidad en ruido y a distancia.
- Repetidores de grado en mayor medida que en niños normoyentes.

La intervención oportuna desde el abordaje interdisciplinar (Fonoaudiología y Terapia Ocupacional) permite actuar previniendo o al menos potenciando los factores de protección para disminuir los efectos de los trastornos del neurodesarrollo que presentan los bebés con antecedentes de alto riesgo en las áreas de conducta adaptativa, socialización y comunicación. Todas ellas precursoras de las dimensiones lingüísticas y ejecutivas que contribuyen al proceso de humanización del individuo.

Respecto a la coincidencia de los instrumentos de evaluación contrastados pudimos observar una alta coincidencia de los grupos B y C y una coincidencia cercana al 65% en el grupo A. Los pacientes del grupo B y C fueron ingresados a monitoreos y /o a tratamientos específicos según las singularidades de cada uno. . A todos se les brindo un folleto específicamente diseñado con información acerca de la estimulación acorde al niño.

BIBLIOGRAFÍA:

- Ayres; J. *“La integración sensorial en los niños; desafíos sensoriales ocultos”*, Madrid, TEA Ediciones S.A. ed 2008.
- Dunn; W, *“Sensory Profile 2” PsychCorp of Pearson Clinical Assessment.ed 2014.*
- Fejerman, N.; Grañana, N.: *Neuropsicología Infantil. Ed. Paidós 2017.*
- Haller; L; Gallastegui; M. y cols: *Neuropsicolingüística. Evaluación y tratamiento. Escala Rocca. Ed. Akadia 2011.*
- Narberhaus, A; Segarra, D. *Trastornos neuropsicológicos y del desarrollo en el prematuro. Anales de Psicología, vol 20; N° 2 (diciembre) 317-326 Universidad de Barcelona 2004.*
- Taylor; H. G y Clark, C.: *Executive function in children born preterm: Risks factors and implications for outcome. Seminars in Perinatology 2016 (available online at www.sciencedirect.com).*
- Wetherby, A. M.; Prizant, B. M. CSBS DP manual: communication and symbolicbehaviorscalesdevelopmentalprofile. Paul H. Brookes Pub., Baltimore, Md. 2002.
- *Joint Committee on Infant Hearing (JCIH) Year 2019 Position Statement y el Consenso 2019 de la Red de Fonoaudiología del GCABA para su programa PROTAUN.*

Como citar: Haller L, Betazza A, Kleidermacher D, Graizer S. Comunicación preverbal y habilidades adaptativas en un grupo de bebés con antecedentes de alto riesgo. Fonoaudiológica. 2020; 67(1):7-22. Disponible en: <https://fonoaudiologica.asalfa.org.ar>