



Educaguía  
.com

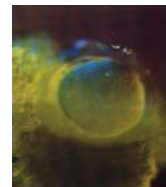
# ATENCIÓN TEMPRANA

## IV. FACTORES DE RIESGO NEONATAL, PERINATAL Y POSTNATAL

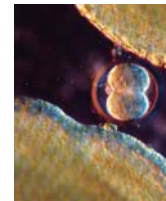
## IV. FACTORES DE RIESGO NEONATAL, PERINATAL Y POSTNATAL

**INTRODUCCIÓN:** Para poder comenzar este tema de una manera ordenada, debemos de dar un paso previo antes de hablar de factores de riesgo en un bebé, pues se hace necesario aunque sea de manera escueta, hacer un **repaso al desarrollo entendido como “normal”** desde las primeras fases de gestación. Sólo así podremos ubicarnos y estudiar las desviaciones de la normalidad y en qué fases debemos de estar más alerta. Posteriormente, analizaremos aquellos aspectos que en la actualidad, y al igual que en temas anteriores, se recogen en el Libro Blanco como factores de riesgo tanto en estas primeras fases como una vez se produce el nacimiento del bebé, teniendo en cuenta además los factores psicológicos que tanto influyen en el entorno inmediato de este nuevo ser. Comenzaremos por lo tanto a estudiar siguiendo los primeros pasos:

**LAS PRIMERAS SEMANAS:** (comentario de foto: El primer encuentro entre el óvulo y los centenares de espermatozoides que han conseguido atravesar todas las barreras; en la imagen los espermatozoides están taladrando con su cabeza la pared del óvulo, al tiempo que mueven la cola para avanzar y hacer que el óvulo gire lentamente en sentido contrario a las agujas del reloj)

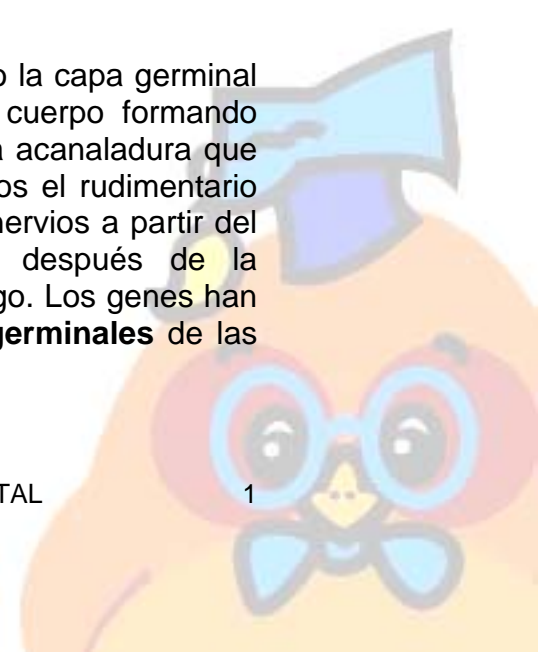


(comentario: unas cuantas horas después los núcleos se han fundido, el óvulo se divide por primera vez, con una fuerza enorme. Tiene ahora dos células, cada una de las cuales contiene genes de la madre y del padre. El pequeño óvulo se mueve lentamente hacia el útero, impelido hacia delante por millones de cilios de la trompa de Falopio. Cada 12 ó 15 horas, las células se dividen de nuevo. Los días pasados en la trompa de Falopio son los más críticos para el crecimiento de las células, que pueden quedar, por ejemplo, adheridas en uno de los muchos pliegues de la membrana mucosa)



Si dejamos de lado los conflictos morales (pues este no es nuestro campo de debate) y nos guiamos por las investigaciones de la moderna biología, partimos de una vida como tal a partir de las tres semanas posteriores a la gestación.

En este estadio de la vida, es posible ya ver cómo la capa germinal externa se engrosa a lo largo de la línea media del cuerpo formando pliegues longitudinales. Entre ambos pliegues existe una acanaladura que se cierra para formar un tubo, en uno de cuyos extremos el rudimentario cerebro forma un abultamiento y comienzan a emerger nervios a partir del tallo encefálico y la espina dorsal. Tres semanas después de la concepción, el embrión humano mide unos 2 mm. de largo. Los genes han comenzado a concentrar el desarrollo en las **3 capas germinales** de las que emergerán todos los órganos corporales.



## ATENCIÓN TEMPRANA

A partir de esa **capa germinal externa**, se formará la espina dorsal, el cerebro y los nervios, piel, pelo y glándulas sebáceas sudoríparas. La **capa media**, formará la capa más profunda de la piel, los huesos y los músculos. Es origen de vasos sanguíneos y linfáticos y con ayuda del corazón, desarrolla el primitivo torrente sanguíneo. Ovarios, testículos y riñones, también se formarán aquí.

Simultáneamente, la **capa interna** ha comenzado a formar un tubo intestinal rudimentario tapizado de membranas mucosas, que darán origen, a los pulmones y el tracto urinario. Todos los órganos de las diferentes capas celulares deben coordinarse de modo que el sistema orgánico, en su totalidad pueden comenzar a funcionar. Durante este período, el embrión pone a prueba cada día a sus recién combinados sistemas para asegurarse de que todo funciona a la perfección. Es un período de anidación

**En la cuarta semana de vida:** (comentario: comienza a emerger el diseño humano básico. El embrión representado en la figura, de 4 semanas y unos 6 mm de largo, muestra claros rudimentos del cerebro y la espina dorsal. Su corazón bombea sangre al hígado y la aorta. El abultamiento de arriba son los arcos branquiales.



Comienza a surgir el diseño humano básico. Se cierra el tubo neural, comienza la proliferación de los miembros; la zona más grande es la cabeza, y la boca apenas se diferencia. El pericarpio es lo que más sobresale. La gran cifosis que será la columna vertebral termina en una prolongación o cola.

**En la quinta semana:** (comentario: el corazón y el hígado son enormemente grandes en relación con el cuerpo. )Mide ya unos 14 mm de largo y comienzan a perfilarse los ojos, la nariz y la boca. Se perfilan los miembros superiores diferenciándose hasta la mano que todavía es como una pala. No sucede esto con los miembros inferiores ya que su diferenciación aparece más tarde, persistiendo esto mucho tiempo, incluso funcionalmente. (esto tiene la misma similitud que luego en su desarrollo motriz de su primer año de vida postnatal, donde los miembros superiores van en su desarrollo por encima de los inferiores). La cabeza que hasta ahora había estado inclinada, se endereza como el cuerpo de todo el embrión. La cabeza es mucho más grande comparada con el resto del cuerpo, pero el desarrollo del embrión se produce de cabeza para abajo. Sucede lo mismo con el RN cuya cabeza es más grande que su cuerpo, representando una cuarta parte de la longitud corporal total.



Estas pautas temporales del desarrollo físico están programadas genéticamente de una forma precisa, y apenas presenta variaciones individuales, aunque el código genético sí puede variar en otros aspectos.

### En la sexta semana:

La médula espinal se vislumbra a través de la fina piel, pero aún no podemos ver gran cosa del esqueleto. Enfrente empiezan a desarrollarse las vértebras y, en sentido contrario a las vértebras, crecen los arcos óseos que rodean y protegen la frágil médula ósea. Más hacia arriba, se empiezan a desarrollar las costillas como doce hileras transversales de células organizadas a lo largo de ambos lados del tronco. Todas se reúnen en el centro formando un cartílago torácico que más tarde se convertirá en hueso.



A partir de las 5 semanas y media, la estrangulación de hombro, codo y mano comienzan diferenciándose de los dedos, dejando ya la mano de ser una pala. El embrión está en constante movimiento y el corazón ya late a 140-150 latidos por minuto.

### A la séptima – octava semana:

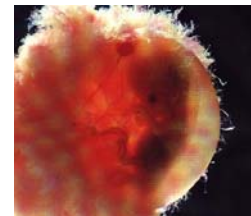
Mide 4 cm. Lo más importante, es que cada órgano está en su sitio; el niño flota suspendido en el líquido amniótico. Las células cerebrales ya comienzan a tomar contacto unas con otras, se vislumbran ya ambos lóbulos cerebrales y hay signos de vascularización y de osificación. La columna vertebral ve su eje axial. Los dedos de la mano están diferenciados y comienzan a hacerlo los dedos de los pies. La cola primitiva de las primeras semanas, desaparece. Hay un esbozo de los párpados.

A las 8 semanas, al estar los órganos formados, le queda que estos crezcan y se desarrollen perfeccionando así sus funciones y poner a prueba sus sistemas.

Aparecen en el plano sagital, los movimientos de flexión y extensión en los miembros superiores. Las manos se ponen en contacto en la línea media y llegan a la boca (mano-mano, mano-boca).

Los párpados se cierran no volviendo a abrirse hasta el 7 mes de gestación.

A las 8 semanas de gestación, termina el período de embriogénesis y comienza el período fetal. AHORA LE QUEDA DESARROLLAR, PERFECCIONAR Y EXPERIMENTAR; LO QUE ESTÁ, YA ESTÁ GENÉTICAMENTE DADO.



Ya en la séptima semana, las células nerviosas cerebrales han comenzado a tomar contacto unas con otras por medio de proyecciones y algunas, incluso, se han conectado en haces nerviosos primitivos.

La circulación sanguínea fetal y el movimiento de la sangre fetal desde y hacia la placenta son impulsados por el corazón fetal, que late rápidamente; casi dos veces más deprisa que el de la madre. La madre es responsable de su propia circulación y de la circulación de la placenta.

## ATENCIÓN TEMPRANA

Una pequeña cantidad de oxígeno se disuelve físicamente en la sangre y puede ser luego liberado y utilizado por el embrión, pero esto no sería posible sin la ayuda de la hemoglobina. Esta transporta la mayoría del oxígeno de la sangre, y está contenido en los eritrocitos. Por esto, en las maternidades se controla con tanta precisión el recuento sanguíneo de la mujer, es decir, la concentración de hemoglobina, durante el embarazo.

## PERÍODO FETAL:

El hecho de que el embarazo haya entrado ahora en un período más estable se hace sentir sobre todo por la gradual reducción de las náuseas. El temor y el riesgo de aborto disminuyen, y la fecha de la primera visita a la maternidad se aproxima. Esto no nos autoriza a afirmar que estén totalmente formados y que sean capaces de funcionar fuera del útero. En los meses siguientes, los órganos se remodelan y se expanden continuamente. Mide ahora unos 35 mm de largo y pesa unos 13 gr. En 50 días el embrión se ha transformado de una célula en muchos millones, todas perfectamente programadas para sus funciones específicas. En cada célula existen alrededor de 100.000 genes

### **11ª semana:**

La temperatura es de unos 37, 5 grados centígrados. El movimiento de los miembros ya es de flexión, apareciendo la función respiratoria. Su cuerpo da sacudidas y se mueven sus miembros en forma global, como un todo.

### **De 12 a 15 semanas:**

Pesa 20 gramos. La madre, empieza a sentirlo y comienzan a diferenciarse los rasgos de su cara. Comienza a mover sus músculos faciales y transmite impresiones a través de éstos. Frunce el ceño, abre los labios, gira la cabeza y hace movimientos respiratorios. La función del labio superior toma el comando sobre el labio inferior (en los parálíticos cerebrales y en los débiles mentales predomina el labio inferior como función más primitiva)

En la 13 semana el ojo está bien desarrollado; no se sabe si el feto puede ver en el interior del útero pero si se sabe que los ojos son sensibles a la luz y si se le coloca un dispositivo luminoso, se tapa con las manos los ojos.

### **Del 4º al 6º mes de gestación:**

Presenta apertura y cierre de la boca, con succión y deglución. Sus movimientos respiratorios son incompletos. Las manos pueden asir y separan el pulgar del índice. Los miembros inferiores ya pueden patear. El feto no está aislado del mundo exterior, percibe vibraciones y ruidos a partir del 5º mes. Percibe silbidos, golpeteos que provienen del flujo de la sangre de la madre, ruidos del estómago, intestinos, hay eco, resonancia de la voz en su interior y en su propio cuerpo. Aumenta unos 200 gramos por



## ATENCIÓN TEMPRANA

semana. Comienzan los movimientos de rotación del cuerpo, y empieza y termina su volteo. El feto de 6 meses, se estira, voltea y agarra su cordón umbilical. Todos estos movimientos son necesarios para el crecimiento muscular y esquelético, y para el desarrollo de la futura habilidad motora final (la falta de estos movimientos percibidos por la madre, obliga a una visita médica)

### 6º mes de gestación:

Se sigue perfeccionando las actividades anteriores y las funciones sensitivas, auditivas y visuales. Las olfativas también están maduras, la función gustativa y táctil están presentes desde el 7 mes. La auditiva y la olfatoria se completan de madurar al 8º mes. A partir del 7º mes, los movimientos fetales disminuyen.

### 9º mes de gestación:

Las 38 semanas es el tiempo normal para nacer, presentando un 97% de presentación cefálica. En el momento del nacimiento el niño está preparado para ello. La vida intrauterina ha sido todo un aprendizaje para la vida postnatal. Sobre este aprendizaje y experiencia intrauterina desarrollará la motricidad posterior; una motricidad intrauterina que tiene analogía con la motricidad postnatal.

Ambas se crean en una progresión de:

- ✚ Craneal a caudal
- ✚ Flexión a extensión
- ✚ Motricidad global, a motricidad diferenciada

El desarrollo es de proximal a distal

Después de este breve repaso por aquellos aspectos más destacados del desarrollo intrauterino, ya tenemos un marco conceptual necesario para poder entender la importancia de todo lo que acontece a la madre y al feto desde la concepción hasta el momento del parto, por lo que desarrollaremos los aspectos necesarios e importantes a tener en cuenta que de un modo u otro pueden aparecer siendo factores de riesgo en estas primeras etapas de la vida. Nos adentraremos en el concepto de diagnóstico para realizar un recorrido por los factores de riesgo, es decir, en qué nos basamos para poner en marcha una serie de recursos y de actuaciones para la mejor atención del niño y de su familia.

Siguiendo las consideraciones del Libro Blanco de Atención Temprana, ante la sospecha de un trastorno del desarrollo infantil es fundamental plantear un diagnóstico amplio, que considere los distintos ámbitos y niveles, pues la problemática que presenta el niño es, en la mayoría de los casos, múltiple, afectando a distintos ámbitos y de origen multifactorial: fruto de la interacción de factores genéticos, aspectos de salud, atención psico-afectiva y condiciones del entorno general.

Tendremos que hablar de 3 niveles en el diagnóstico:



### 1. Diagnóstico a nivel sindrómico:

es decir, aquel conjunto de signos y síntomas que definen una entidad patológica determinada que permite conocer las estructuras responsables del trastorno y orienta a la causa del mismo. Ayuda a conocer si se trata de una patología estable, transitoria o evolutiva, de base predominantemente orgánica o ambiental. También es útil para el pronóstico y para conocer algunas necesidades propias del síndrome.

Un recién nacido de riesgo, es el niño que, como consecuencia de los antecedentes de embarazo, parto o primeros días de vida, tiene más probabilidades de presentar problemas de desarrollo de tipo cognitivo, motor, sensorial o de comportamiento, problemas que pueden ser transitorios o permanentes.

### 2. Diagnóstico a nivel etiológico:

informa sobre las causas biológicas, psicológicas, sociales, funcionales, etc. En todos los casos hay que intentar establecer la multifactorialidad en un enfoque amplio que abarque todos los ámbitos. En ocasiones la causa no se llega a conocer con certeza pero siempre hay que establecer un diagnóstico de presunción. Conocer las causas, puede llevar a medidas preventivas. En el Libro Blanco, se recogen los siguientes factores:

#### a. DE RIESGO BIOLÓGICO:

##### Recién nacido de riesgo neurológico:

- + R.N. con peso < P10 para su edad gestacional o con peso < a 1.500 gr. o edad gestacional inferior a 32 semanas ( no obstante, en la actualidad se entiende que este criterio debería ser modificado, ya que en la experiencia hospitalaria los niños < de 35 semanas y los < a 2.000 gr pueden ser también de alto riesgo )
- + APGAR < 3 al minuto o < 7 a los 5 minutos
- + RN con ventilación mecánica durante más de 24 horas
- + Hiperbilirrubinemia que precise exanguinotransfusión
- + Convulsiones neonatales

## ATENCIÓN TEMPRANA

- + Sepsis, meningitis o encefalitis neonatal
- + Disfunción neurológica persistente ( más de 7 días )
- + Daño cerebral evidenciado por ECO o TAC
- + Malformaciones del Sistema Nervioso Central
- + Neurometabolopatías
- + Cromosomopatías y otros Síndromes Dismórficos
- + Hijo de madre con Patología Mental y / o Infecciones y / o Drogas que puedan afectar al feto
- + RN con hermano con patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia
- + Gemelo, si el hermano presenta riesgo neurológico
- + Siempre que el pediatra lo considere oportuno

### Recién nacido de riesgo sensorial

- + Ventilación mecánica prolongada
- + Gran prematuridad
- + Hidrocefalia
- + Infecciones congénitas del Sistema Nervioso Central
- + Patología craneal detectada por ECO / TAC
- + Síndrome Malformativo con compromiso visual
- + Infecciones postnatales del Sistema Nervioso Central
- + Asfixia severa

Dentro de esta clasificación, muchas veces se utilizan 3 tiempos en el desarrollo del bebé para aclarar en qué momento se produce un posible problema; son los siguientes:

#### + Causas neonatales ( antes del nacimiento ):

A modo de ejemplo, se incluirían en este grupo enfermedades en la madre durante el embarazo como la rubéola, herpes, sífilis, o la aparición de fenopatías entre el 4º al 9º mes de gestación, malformaciones diversas ( derivadas de infecciones y / o tóxicos como las drogas ) desnutrición, etc.



### ✚ Causas perinatales: ( en el momento del parto )

En este momento, se producen más del 80 % de las parálisis cerebrales infantiles. A modo de ejemplo, se puede mencionar la aparición de síndrome de inadaptación, sufrimiento fetal, hipoxia-anoxia (hay que tener en cuenta que entre el 80 y el 85 % de los bebés menores de 1500 gr. de peso sobreviven en la actualidad pero el riesgo que presentan por sus características nos llevan a un especial control). También cabe mención en este apartado aspectos como la prematuridad o la hipermadurez.

Respecto a la Parálisis Cerebral Infantil (PCI) consiste en un trastorno del movimiento y la postura de origen cerebral que se manifiesta en las primeras etapas de la vida. La causa es un daño cerebral que puede ser de tipo malformativo, una lesión vascular o traumática, bajo aporte de oxígeno (hipoxia) al cerebro, una infección congénita, etc. Existen diversas formas clínicas y grados de afectación muy variados: Las formas diplégicas con dificultad fundamental a nivel de extremidades inferiores, control axial y de la musculatura extrínseca de los ojos, son las que se suelen presentar en los niños con antecedentes de prematuridad; las formas tetraplégicas en las que está implicadas las cuatro extremidades y el eje corporal; las formas hemipléjicas en las que se afectan las extremidades de un lado del cuerpo; las formas atáxicas en las que hay dificultad para la coordinación y el equilibrio; las disquinéticas en las que predomina la dificultad para el control de los movimientos lo que origina movimientos anormales.

### ✚ Causas postnatales ( sucediendo después del parto )

En este momento tiene lugar aproximadamente un 10 % de las parálisis cerebrales infantiles. Puede desarrollarse una meningitis – encefalitis, enfermedades metabólicas (hipo – hiperglucemia), calcemia, bilirrubinemia, etc. Traumatismos o incompatibilidades de factor RH.

La detección de estas alteraciones se realiza a través de las actuaciones siguientes:

1. Valoración del grado de maduración indispensable para interpretar los signos clínicos.
2. Pruebas analíticas y de neuroimagen.
3. Evaluación en los días siguientes de las modificaciones positivas o negativas de la disfunción observada y su relación posible con otros procesos no neurológicos concomitantes.
4. Valorar el riesgo de alteración o secuela que justifique un seguimiento longitudinal.

b. DE RIESGO SOCIAL:

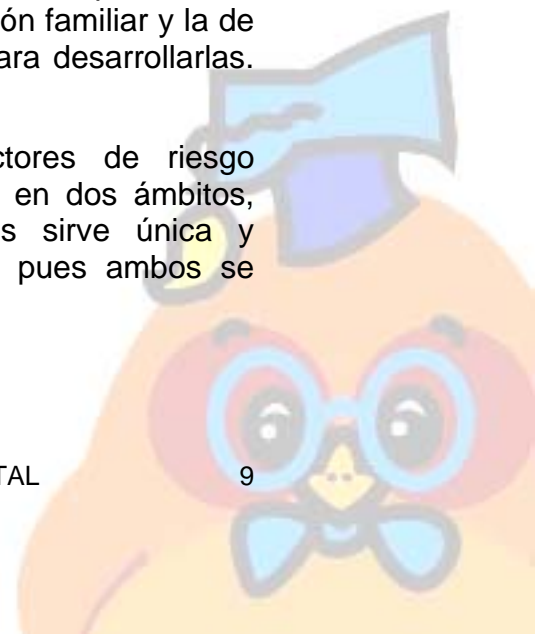
El riesgo socio-familiar es valorado siempre, ya que es quizás la variable de riesgo que más afecta a la mortalidad perinatal aguda y también a la morbilidad perinatal a largo plazo:

- ✚ Acusada deprivación socioeconómica
- ✚ Embarazo accidental traumatizante
- ✚ Convivencia conflictiva en el núcleo familiar
- ✚ Separación traumatizante del núcleo familiar
- ✚ Padres con bajo CI / entorno no estimulante
- ✚ Enfermedades graves / exitus
- ✚ Alcoholismo / Drogadicción
- ✚ Prostitución
- ✚ Delincuencia / Encarcelamiento
- ✚ Madres adolescentes
- ✚ Sospecha de malos tratos
- ✚ Niños acogidos en hogares infantiles
- ✚ Familias que no cumplimentan los controles de salud repetidamente

3. Diagnóstico a nivel funcional:

En atención temprana, es el más importante; supone la determinación cualitativa y cuantitativa de los trastornos o de las disfunciones, es la información básica para comprender la problemática del niño, considerando la interacción familiar y la de su entorno, sus capacidades y posibilidades para desarrollarlas. Es la base de la intervención terapéutica.

Dentro de este diagnóstico, los factores de riesgo psicológico a tener en cuenta los dividiremos en dos ámbitos, teniendo en cuenta que dicha división nos sirve única y exclusivamente para facilitar nuestro estudio, pues ambos se mezclan en la realidad. Son los siguientes:

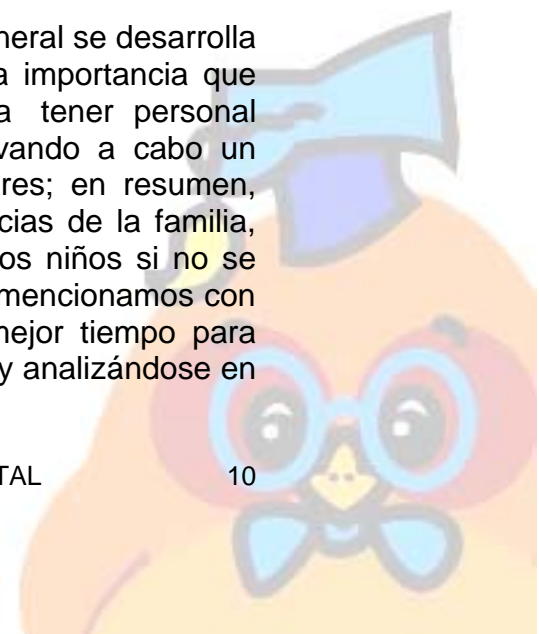


RELATIVOS A LOS PADRES:



- Presencia en los padres de una carga emocional intensa y / o conflictiva respecto al niño
- Preocupación de los padres por los sentimientos de incapacidad para “sacar adelante al niño”. Sensación de que es mejor que permanezca ingresado que convivir con él.
- Abandono encubierto. Fallo en ayudar al niño a construir y desarrollar sus capacidades.
- Identificación de la situación del niño con aspectos enfermos de algún otro miembro de la familia o algún familiar fallecido cuyo duelo no se ha realizado de forma sana.
- Sensación en los padres de que el niño les manipula, llamando la atención a través de su malestar.
- Dificultad, sentimiento de impotencia de los padres para integrar el incremento de demandas del niño que se produce paralelamente al aumento de su autonomía.
- Existencia de un ambiente familiar inhibitorio. Miedo y confusión ante qué hacer y cómo tratar al bebé de riesgo; refuerzo de aspectos inadecuados como protesta o apatía frente a los más adecuados de alegría y curiosidad.
- Valoración que los padres hacen de la situación del niño únicamente como enfermo y como señal de su propio fracaso y no como potencialmente sano.

Aunque el tema de los padres y de la familia en general se desarrolla en otro de los temas del curso, es necesario señalar la importancia que supone dentro de los Equipos de Atención Temprana tener personal cualificado para desarrollar el trabajo con familias, llevando a cabo un trabajo de apoyo, seguimiento y escucha a los familiares; en resumen, sabemos que los niños suponen un reflejo de las vivencias de la familia, por ello, no tiene sentido llevar a cabo un trabajo con los niños si no se tienen en cuenta todos aquellos aspectos familiares que mencionamos con anterioridad, valorando en cada momento cuál es el mejor tiempo para abordar el tema y cómo, poniendo sobre la mesa el caso y analizándose en

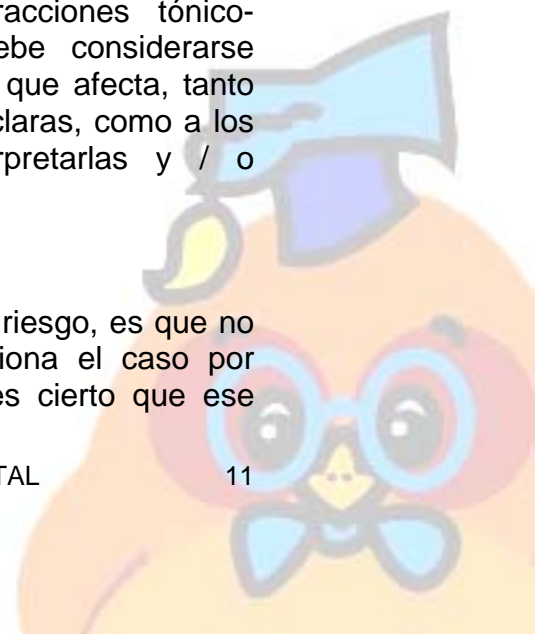


colaboración con todos los profesionales implicados, entendiendo que la creación de un espacio de “descarga emocional “ se hace imprescindible.

### + RELATIVO A LOS HIJOS:

- Fallo en la emisión de señales o claves favorecedoras de la comunicación, perceptibles por los padres.
- Comportamiento desorganizado: irritabilidad, apatía, tristeza, insomnio, niños frecuentemente pasivos después del 2º trimestre de vida, hipersensibilidad a los estímulos, excitación, labilidad, hiporreactividad, dificultad marcada de establecer ritmos fisiológicos.
- No aparición de organizadores psíquicos de la conducta: sonrisa social, respuestas auditivas, intención comunicativa, atención y curiosidad visual.
- Conductas específicas maladaptativas:  
Morder, llorar persistentemente, mostrar irritabilidad, terquedad, pasividad, agresividad ( autoagresiones ) anorexia ( vómitos provocados ), falta de conductas repetitivas, retraso en conductas prelingüísticas como gorjeos o gritos: respuestas emocionales y motoras desorganizadas; miedos excesivos: ansiedad prolongada ante el extraño; reacciones emocionales planas ante adultos significativos
- La difusión interactiva precoz definida como “trastornos constatados directamente por la observación de los cambios madre-padre-bebé al nivel de las interacciones precoces, por la mirada, voz, cuerpo ( interacciones tónico-posturo-motrices ) y que debe considerarse como un fracaso bidireccional que afecta, tanto al niño que no emite señales claras, como a los padres que no logran interpretarlas y / o responderlas.

El problema que se plantea con estos factores de riesgo, es que no siempre son percibidos por el profesional que recepciona el caso por primera vez, o está en contacto con la familia; bien es cierto que ese



## ATENCIÓN TEMPRANA

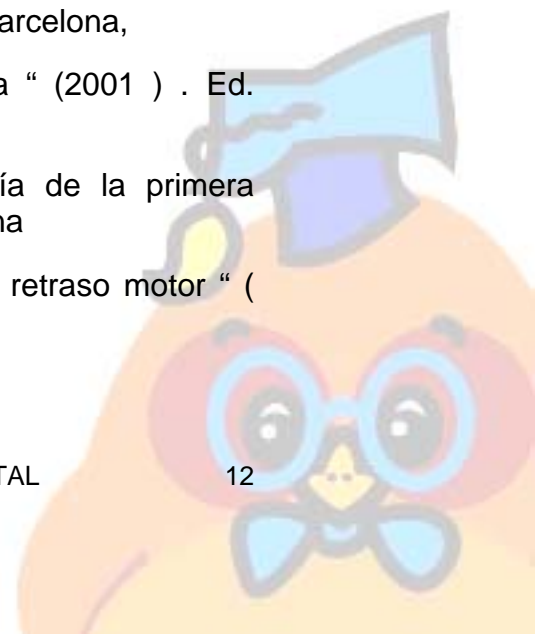
conocimiento por ellos se hace imprescindible para poder llevar a cabo una prevención de carácter primario, aunque en la mayoría de los casos, la prevención pasa por desarrollarse ya de tipo secundario o terciario ( ver apartado de tipos de prevención )

Finalizaremos este capítulo con un dato interesante que nos hace reflexionar sobre la realidad en la que nos encontramos: En un estudio practicado en nuestro país con la colaboración de 22 hospitales mediante una encuesta del Real Patronato, se puso de manifiesto que existe un 3,2 % de todos los niños nacidos en situación de riesgo. Los factores que más frecuentemente se presentan son la prematuridad y peso por debajo de 1500 gr. ( 21 % ) , niños que han recibido ventilación artificial por más de 24 horas ( 28 % ) , niños con crecimiento intrauterino retardado ( bajo peso para la edad gestacional ) ( 32 % ) ; otros factores como signos de hipoxia ( baja cantidad de oxígeno en sangre ) al nacer con test de Apgar menor de 4 a los 5 minutos, sepsis y meningitis neonatales, hemorragias cerebrales, hijos de madres drogadictas o alcohólicas, afectación neurológica neonatal ocurren entre un 4 a un 10 %. El programa de detección de riesgo social en neonatología revela que un 2,2 % de las familias tienen riesgo social, es decir, más de la mitad de los niños con riesgo biológico tienen riesgo social. Hay que tener en cuenta el riesgo familiar y ambiental que tienen todos estos niños que ingresan en unidades neonatales y que permanecen durante mucho tiempo en ellas, ya que el vínculo se ve dificultado.

## BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA DEL TEMA:

### LIBROS:

- “Libro Blanco de Atención Temprana “ Grupo de Atención Temprana GAT. Documento 55 Real Patronato de Prevención y Atención a las personas con Minusvalía. Madrid. 2000
- “ Clasificación diagnóstica 0-3 . Clasificación diagnóstica de la salud mental y de los trastornos en el desarrollo de la infancia y niñez”. (1998) . Ed. Paidós. Barcelona,
- Lenart Nilson: “Nacer, la gran aventura “ (2001) . Ed. Salvat, 5ª Edición. Barcelona.
- Mazet, P. Stolern, S : “ Psicopatología de la primera infancia “ ( 1990 ) . Ed. Masson. Barcelona
- Levitt, S: “ Tratamiento de la PC y del retraso motor “ ( 1982 ). Ed. Panamericana. Buenos Aires





## ATENCIÓN TEMPRANA

- Junqué, C. Barroso, J. : “Neuropsicología “ ( 1997 ). Ed. Síntesis. Madrid

## ARTÍCULOS:

- ✚ “ Diagnóstico interdisciplinar en Atención Temprana “ Millá – Romero MG. Mulas F. Revista de Neurología 2002; 34 ( sup ): 139-143
- ✚ “ Programa de control prospectivo. Poblaciones de alto riesgo de deficiencias “ Arizcun J. Valle M . Guerra R. Anal Esp Pediatr sup 1994; 63: 26-32

