



# Desarrollo emocional. Bases teóricas y aplicabilidad del modelo en personas con discapacidad intelectual.

**Natalia Kazah Soneyra**

Psicòloga Unitat d'Hospitalització Especialitzada en persones amb Discapacitat Intel·lectual - UHEDI BARCELONA  
Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

## Bases teóricas y aplicabilidad del modelo de DESARROLLO EMOCIONAL en las personas con discapacidad intelectual

---

En 2013 conocimos el "Modelo de Desarrollo Emocional" directamente de su creador, **Anton Dosen**. Nos pareció una perspectiva innovadora para entender los trastornos de conducta en personas con Discapacidad Intelectual.



## Bases teóricas y aplicabilidad del modelo de DESARROLLO EMOCIONAL en las personas con discapacidad intelectual

---

- Con el fin de comprender y tratar mejor el **comportamiento desafiante** en individuos con DI, Anton Dosen (1990) desarrolló un enfoque basado en teorías del desarrollo psicosocial (teorías psicodinámicas, desarrollo del apego y desarrollo del yo) y en descubrimientos sobre el desarrollo fisiológico del cerebro.
- Este enfoque del desarrollo proporciona información sobre las **necesidades emocionales básicas** subyacentes y las **motivaciones** como base para una mejor comprensión y abordaje del comportamiento respectivo.
- La **satisfacción** de las necesidades básicas de cada nivel de desarrollo es crucial para el desarrollo adecuado y la salud mental.
- Una situación desfavorable puede conducir a un comportamiento inadaptado.
- Si conocemos el nivel de desarrollo emocional de la persona, podemos diseñar **estrategias de intervención más efectivas y pertinentes**.

## Bases teóricas y aplicabilidad del modelo de DESARROLLO EMOCIONAL en las personas con discapacidad intelectual

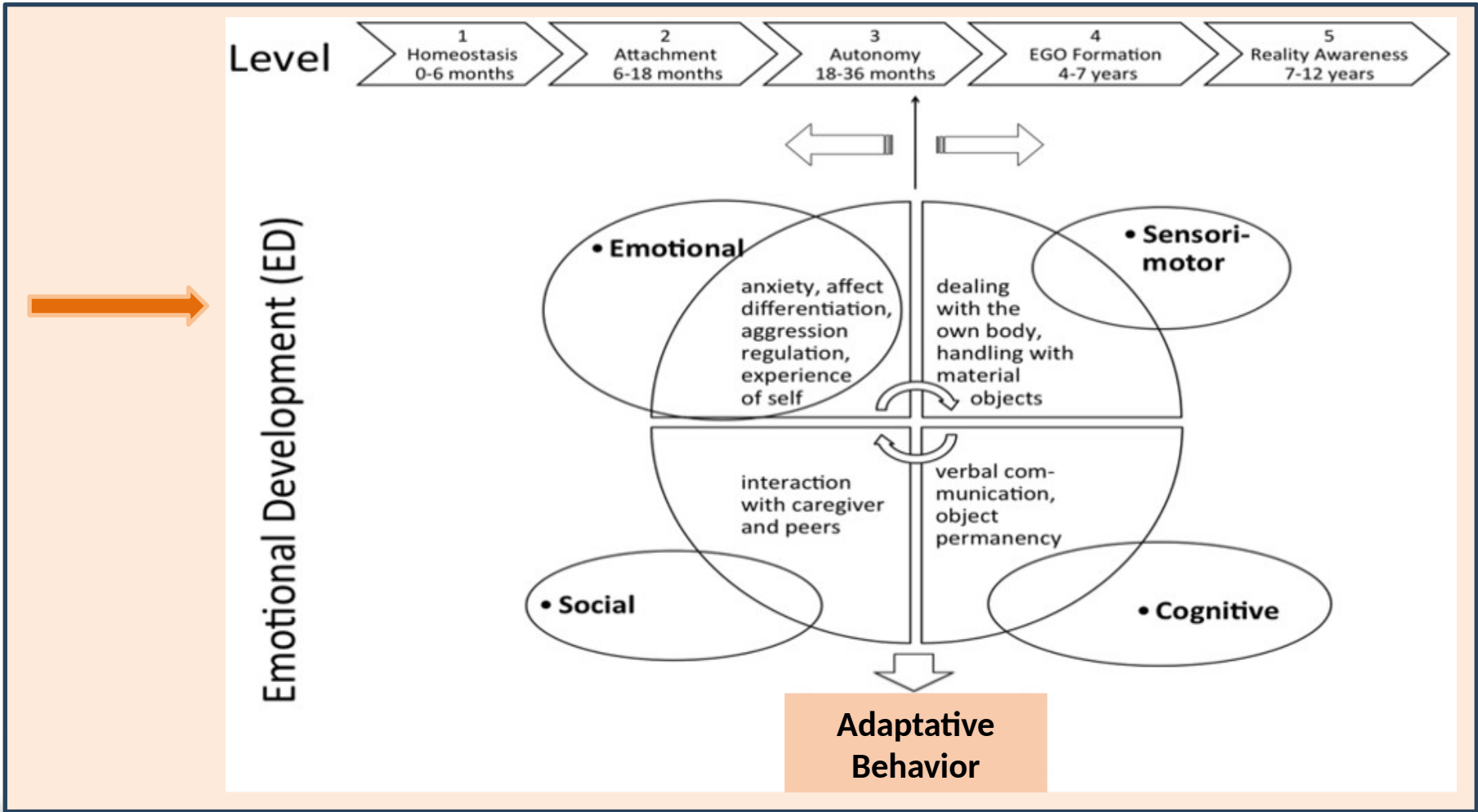
---



- Una **conducta desafiante** puede ser el resultado de un **retraso en el desarrollo** del individuo y de la **falta de atención** a sus necesidades emocionales básicas (Tanja Sappok et al., 2012).
- El **nivel de funcionamiento emocional** es decisivo para determinar las motivaciones internas y el comportamiento (des-)adaptativo (Sappok et al., 2013) y puede ayudar a los profesionales a comprender mejor el comportamiento de los usuarios con DI al proporcionar información sobre su experiencia interna (Dosen & De Groef, 2015, 2015; Dosen, 2014).

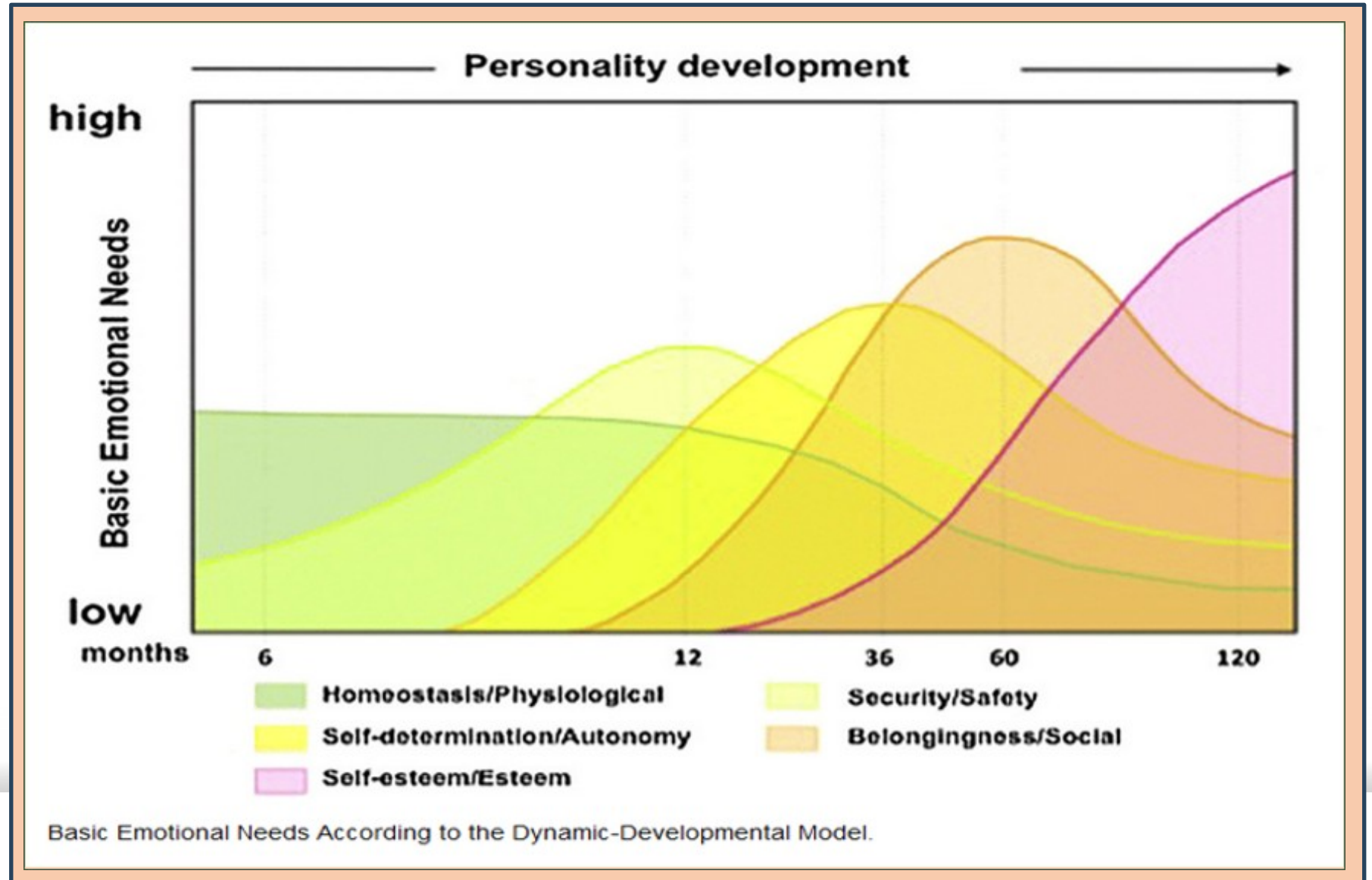
# Bases teóricas y aplicabilidad del modelo de DESARROLLO EMOCIONAL en las personas con discapacidad intelectual

Sappok et al. RIDD 2016.

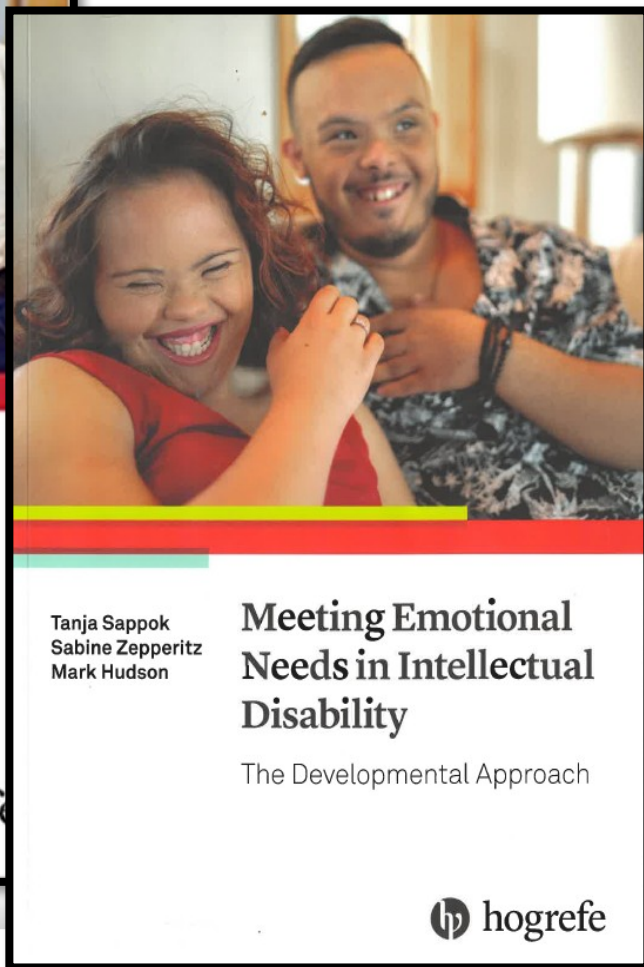


# Bases teóricas y aplicabilidad del modelo de DESARROLLO EMOCIONAL en las personas con discapacidad intelectual

Modulación de las necesidades emocionales básicas en función del desarrollo de la personalidad



# Bases teóricas y aplicabilidad del modelo de DESARROLLO EMOCIONAL en las personas con discapacidad intelectual



Nos vimos impulsados a profundizar en esta teoría, traduciendo el libro teórico, la escala SED-S (EDE-B) y el manual de uso.

E iniciamos el uso de este modelo en nuestra Unidad de Hospitalización.

## Escala de Desarrollo Emocional - Breve

EDE-B

Autores: T. Sappok, S. Zepperitz, F. Morisse, B. Fergus Barrett, A. Došen  
Traducción y adaptación: C. Peña-Salazar, N. Kazah, S.Ángel, F. Behne, J. Valdés-Stauber.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre usuario/usuaria: _____	Fecha nacimiento: _____	Edad: _____
Gravedad enfermedad mental: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Muy grave		
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
1ª Persona de referencia: _____	Relación con el usuario/a: _____	Conoce al usuario / usuaria desde: _____
2ª Persona de referencia: _____		
Las preguntas sobre el usuario se refieren a: <input type="checkbox"/> Últimas 2 semanas <input type="checkbox"/> Últimas 6 semanas <input type="checkbox"/> Últimas 12 semanas		
Situación: <input type="checkbox"/> Hospitalizado <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Reside en residencia <input type="checkbox"/> Reside en piso tutelado		
<input type="checkbox"/> Reside en domicilio <input type="checkbox"/> En tratamiento psicoterapéutico / psicofarmacológico <input type="checkbox"/> Otros		
El usuario se encuentra en este recurso desde: _____ (Tiempo)		
Persona que rellena el formulario: _____		Fecha: _____
Profesional que evalúa el formulario: _____		Fecha: _____

### Datos básicos

#### Diagnósticos psiquiátricos / Trastornos de conducta severos

F0: Demencias <input type="checkbox"/>	F6X: Incluidos trastornos de conducta <input type="checkbox"/>
F1: Trastornos por dependencia <input type="checkbox"/>	F2: Esquizofrenias <input type="checkbox"/>
F3: Trastornos afectivos <input type="checkbox"/>	F4: Trast. de ansiedad, obsesivo, postraumático <input type="checkbox"/>
F6: Trastornos de personalidad <input type="checkbox"/>	F8: Trast. del espectro autista <input type="checkbox"/>
Comorbilidad somática	
Trastornos de audición / Sordera <input type="checkbox"/>	Trastornos de visión / Ceguera <input type="checkbox"/>

El desarrollo emocional...

- Comprende diferentes aspectos del funcionamiento emocional, como la permanencia del objeto, la discriminación yo–otro, el apego, la interacción social, la diferenciación y regulación de afecto.
- Es adquirido en un contexto social a lo largo de la trayectoria del desarrollo normativo.
- Es un modelo escalonado, de etapas, acorde con las características principales de cada grupo de edad.



## Bases teóricas y aplicabilidad del modelo de DESARROLLO EMOCIONAL en las personas con discapacidad intelectual

### Etapas, pasos y objetivos del desarrollo emocional

Etapas de desarrollo emocional	Edad de referencia emocional	Nivel de funcionamiento intelectual	Pasos de desarrollo	Metas
Nivel 1 ADAPTACIÓN	0 - 6 meses	Discapacidad intelectual profunda	Integración de información sensorial y estímulos externos (lugar, tiempo y personas). Confianza básica.	Procesamiento de estímulos, regulación de los procesos físicos.
Nivel 2 SOCIALIZACIÓN	7 - 18 meses	Discapacidad intelectual profunda	Vínculos sociales, construcción de una base de confianza, desarrollo de la permanencia del objeto.	Desarrollo de relaciones de apego, permanencia del objeto, esquema de cuerpo aproximado.
Nivel 3 PRIMERA INDIVIDUACIÓN	19 - 36 meses	Discapacidad intelectual profunda / severa	Reconocer y expresar la propia voluntad.	Diferenciación yo-otro, exploración desde una base segura, autonomía.
Nivel 4 IDENTIFICACIÓN	4º - 7º años	Discapacidad intelectual moderada / grave	Formación del yo, cambio de perspectiva, diferenciación entre fantasía y la realidad.	Teoría de la mente, interacción con pares.
Nivel 5 CONSCIENCIA DE REALIDAD	8º - 12º años	Discapacidad intelectual leve / moderada	Acción moral, valoración de las propias capacidades, relaciones causa-efecto.	Autodiferenciación, conciencia de la realidad, pensamiento lógico.
Nivel 6 INDIVIDUACIÓN SOCIAL	13º - 17º años	Discapacidad intelectual leve, funcionamiento intelectual límite, inteligencia normal.	Habilidades de pensamiento abstracto, identidad sexual, autorreflexión, independencia, responsabilidad, búsqueda de identidad en el grupo de pares.	Formación de identidad, yo moral, acción independiente, planificada y autosuficiente.

## Bases teóricas y aplicabilidad del modelo de DESARROLLO EMOCIONAL en las personas con discapacidad intelectual

---

Nivel DE 1-3

¡Entrene al staff!

¡Brinde soporte al equipo para que regule al usuario adecuadamente!

Nivel DE 4-5

¡Entrene al usuario!

¡Brinde soporte al usuario para que se autorregule!



## Bases teóricas y aplicabilidad del modelo de DESARROLLO EMOCIONAL en las personas con discapacidad intelectual

---

### Nivel DE 1-3

¡Entrene al staff!

¡Brinde soporte al equipo para que regule al usuario adecuadamente!

### Nivel DE 4-5

¡Entrene al usuario!

¡Brinde soporte al usuario para que se autorregule!

hay teoría de la mente / SCP es efectivo



## Bases teóricas y aplicabilidad del modelo de DESARROLLO EMOCIONAL en las personas con discapacidad intelectual

---

1. **ADAPTACIÓN (0-6m)**: Homeostasis psicofisiológico. Regulación de necesidades fisiológicas, integración de estímulos sensoriales, estructura del espacio y tiempo, de personas y actividades, estimulación de la conducta de apego.
2. **SOCIALIZACIÓN (7-18m)**: Contacto físico, estimulación social, apego, seguridad, exploración del entorno.
3. **PRIMERA INDIVIDUACIÓN (19-36m)**: Diferenciación yo-otro. Distanciar el contacto, confirmación de un cierto grado de autonomía. Impone su opinión y voluntad antes de ceder.
4. **IDENTIFICACIÓN (4-7a)**: Formación del yo. Busca promover la autonomía a través la aceptación social en el grupo de pares.
5. **CONCIENCIA DE REALIDAD (8-12a)**: Diferenciación del ego. Aprobación del desempeño, completa funcionalidad, productividad y creatividad en el trato con el mundo material, reglas de comportamiento social fijas ("reglas de oro").

### Escala EDE-B

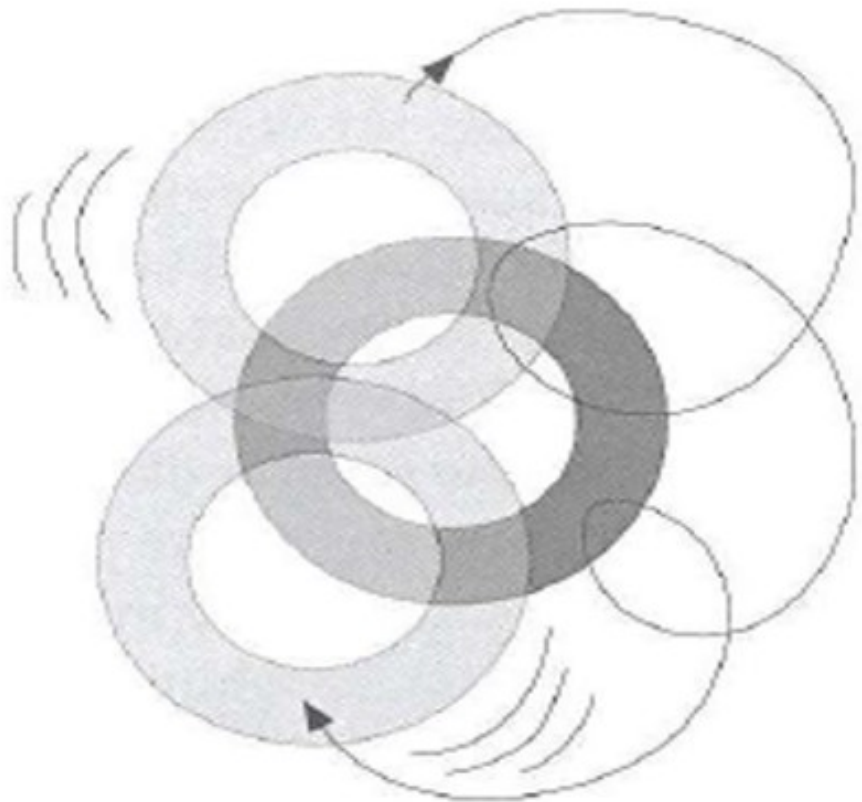
6. **INDIVIDUACIÓN SOCIAL (13-17a)**: segunda socialización. Ego crítico, yo ideal.
7. **Fase 7 (18-25a)**: ego individual, ideales. Ego ético.



### Adaptación, 0-6º mes de vida

- Adaptación a la vida fuera de la madre.
- Límites corporales borrosos; ningún esquema del propio cuerpo.
- Unidad física y psicológica con el cuidador.
- La confianza básica comienza a desarrollarse.
- Tarea de desarrollo: procesamiento sensorial, es decir, integración de estímulos internos y externos.
- Predominan las necesidades físicas básicas: mantenerse abrigado, sentirse lleno, estar libre de dolor.
- Los estímulos físicos intensos o la incomodidad física provocan tensión/estrés.
- Cuidadores sensibles apoyan el procesamiento de estímulos y la regulación de afectos.

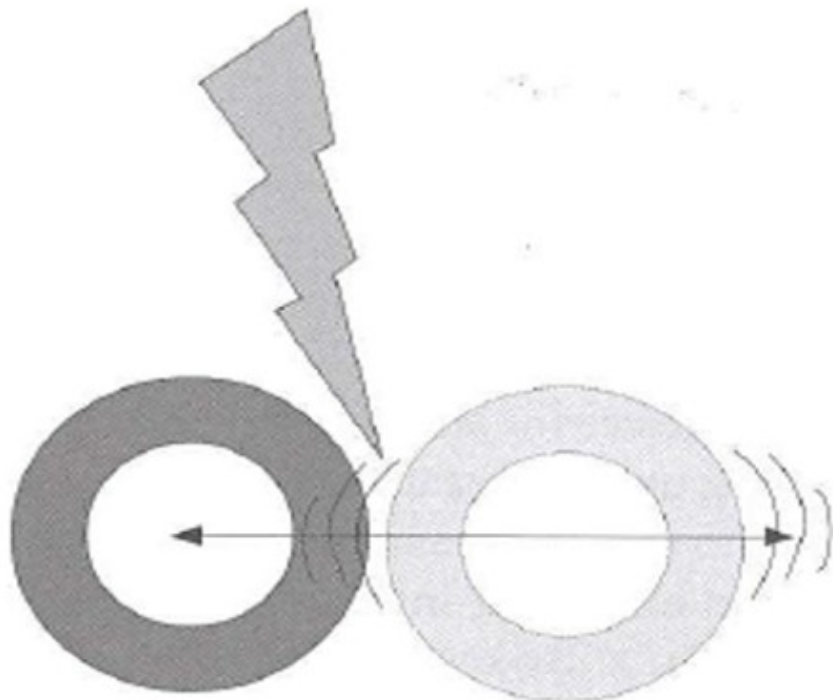
Hay una unidad física y emocional del individuo (círculo claro) con el cuidador, por ejemplo, la madre (círculo oscuro).



### Socialización, 7º-18º mes de vida

- Comienzo del desarrollo de un esquema mental aproximado del cuerpo.
- Probar las propias habilidades; uso dirigido del cuerpo.
- Interactuar con materiales no estructurados como arena, barro o plastilina.
- Explorar el medio ambiente a través del juego desordenado.
- Construir una base de confianza y lazos sociales.
- Foco principal en personas familiares.
- Se desarrolla la permanencia del objeto.
- Tareas de desarrollo: crear relaciones de apego; exploración del entorno; permanencia del objeto; esquema corporal.
- Mayor miedo: separación/pérdida del cuidador.

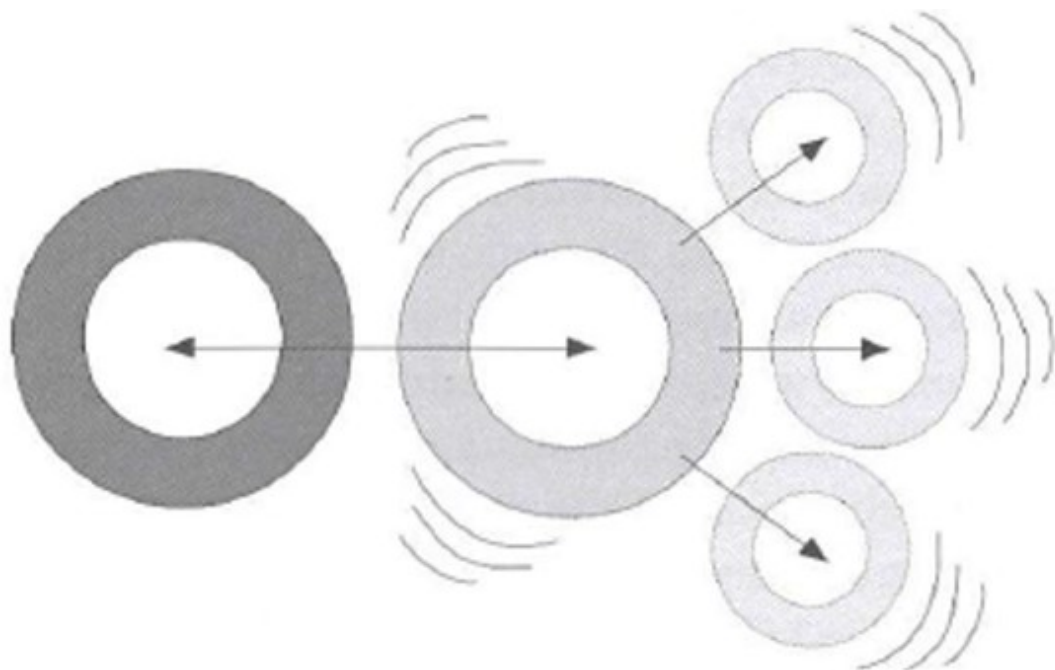
**El individuo (círculo claro) está predominantemente orientado hacia el cuidador (círculo oscuro), está en proximidad.**



### Primera individuación - 19-36 meses de vida

- Descubrimiento de la propia voluntad; diferenciación yo-otro.
- Conflicto simbiosis-autonomía.
- Desapego de la unidad emocional con el cuidador.
- Tendencia a dominar a los compañeros; jugar *junto* a otros (juego paralelo) -no jugar *con* otros-.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Las alternativas pueden ser aceptadas.
- Confiante en la permanencia de objetos/ capacidad de comunicación a una distancia espacial.
- Necesidad básica: autonomía
- Mayor miedo: pérdida de autodeterminación.

**El individuo (círculo claro) trata de desprenderse de la unidad afectiva con el cuidador; hay un conflicto de simbiosis-autonomía.**



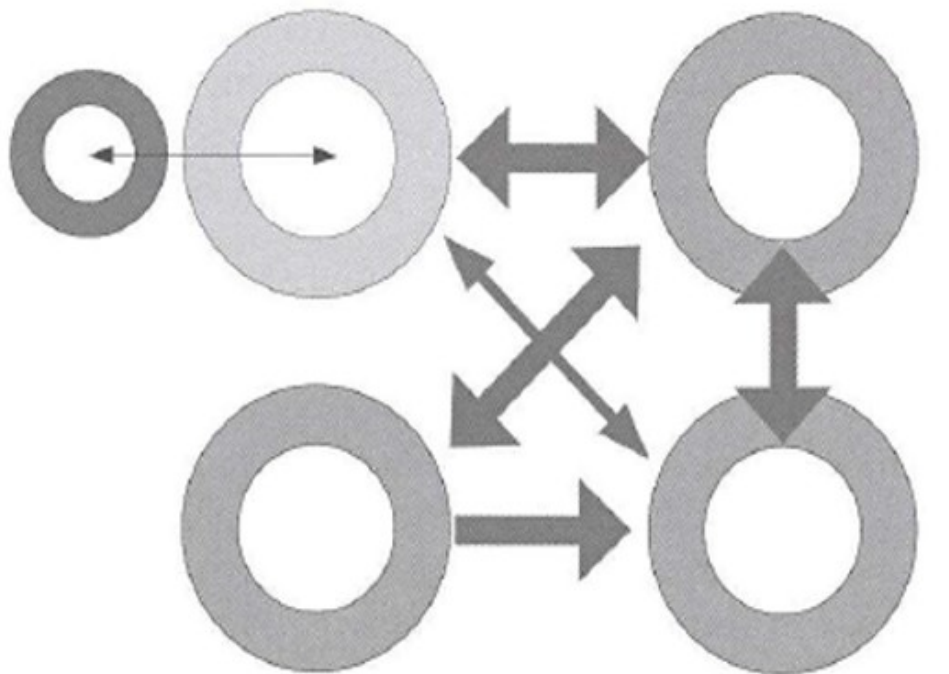
### Identificación – Formándose a sí mismo, 4°-7° años de vida

- Apego emocional estable.
- Interés por los compañeros; se desarrolla la capacidad de estar en grupo.
- Desarrollo de una autoimagen más realista; la visión del mundo sigue siendo bastante egocéntrica.
- Diferenciación entre fantasía y realidad.
- Comienzo de la empatía social.
- Necesidades básicas: pertenencia, identidad de género.
- Mayor miedo: exclusión de la comunidad, miedo al fracaso (hacia el cuidador).

Existe un fuerte vínculo emocional (flecha) con el cuidador (círculo oscuro). Esto se asocia con un interés creciente en los compañeros (pequeños círculos claros). Se desarrolla la pertenencia al grupo.



## Bases teóricas y aplicabilidad del modelo de DESARROLLO EMOCIONAL en las personas con discapacidad intelectual



### Conciencia de la realidad, 8º-12º años de vida

- Pensamiento lógico racional.
- Formación de un ego moral.
- Interacción activa con compañeros.
- Crece la capacidad de comprender y comprometerse.
- Evaluación realista de las propias fortalezas y habilidades.
- La identificación con adultos del entorno más amplio se vuelve importante.
- Interacción activa con compañeros, competencia, prueba de fuerza.
- Necesidades básicas: reconocimiento, status.
- Mayor miedo: evaluación negativa, fracaso (al grupo, uno mismo).

Se fortalece aún más el apego al cuidador principal (círculo oscuro) pero la importancia del cuidador para la vida cotidiana disminuye. Hay contacto activo con compañeros (círculos de color gris claro); relaciones más fuertes y más débiles (simbolizado por flechas de diferente grosor). Amistades.

## Bases teóricas y aplicabilidad del modelo de DESARROLLO EMOCIONAL en las personas con discapacidad intelectual

“En nuestra práctica, descubrir el nivel de desarrollo emocional y las necesidades emocionales básicas (usando la Escala para el Desarrollo Emocional) nos permitió comprender cómo la persona procesa eventos particulares, encontrar una explicación para las emociones y la motivación de la persona, y **encontrar un sentido** para su comportamiento. Al observar las experiencias subjetivas de una persona, **podíamos juzgar algunos de los comportamientos molestos como adaptativos y normales, a pesar de que son una carga para el medio ambiente.**

Una persona con un **nivel profundo de discapacidad intelectual** que además tenga **graves problemas con la regulación de las necesidades fisiológicas básicas** tendrá considerables dificultades para procesar y afrontar cualquier circunstancia desfavorable (como estímulos sensoriales excesivamente intensos, cambios de entorno, etc.), y es probable que ocurran **reacciones conductuales desadaptativas como la autolesión.**”

### What is normal behaviour in persons with developmental disabilities?

Anton Dosen and Johan De Groef

Professor Anton Dosen is based at University of Nijmegen, Nijmegen, the Netherlands.  
Drs Johan De Groef is based at European Association for Mental Health in Intellectual Disabilities, Belgium and VZW Zonnelied, Rosendoal, Belgium.

#### Abstract

**Purpose** – Annoying and bothersome behaviours among persons with developmental disabilities (DD) is a relatively frequent phenomenon. However, not all behaviour that is difficult to accept in its surroundings should be seen as abnormal or problem behaviour (PB). Some of these behaviours may be an expression of a person's psychosocial needs and may be considered as adaptive and normal. The paper aims to discuss these issues.

**Design/methodology/approach** – Authors attempt to discuss relevant issues in persons with DD which have an impact on their behaviour, intending in this way to define criteria for a reliable differentiation between normal and abnormal behaviour and psychiatric disorders.

**Findings** – Differentiating between normal and abnormal may be a difficult task for a professional treating persons with DD because of the lack of adequate criteria for such differentiation. The problem becomes even more complex when one attempts to differentiate between PB and psychiatric disorder. By approaching the subject from a developmental perspective and by determining the level of the person's emotional development, insight in subjective person's experiences was achieved. On the ground of a “good practice” the authors made schemata outlining criteria for differentiation between these constructs.

**Originality/value** – The application of these schemata in the practice made it easier to establish appropriate diagnoses and was favourable for the planning of adequate treatment and support of persons with DD and mental health problems.

**Keywords** Developmental disability, Anthropopsychiatry, Developmental perspective, Differentiation, Emotional development, Normal-abnormal behaviour

**Paper type** Conceptual paper

“En una persona con dificultades para formar y mantener **apegos seguros**, se puede observar dificultad para hacer frente a las demandas ambientales, lo que resulta en comportamientos desadaptativos -por ejemplo, **agresividad hacia la persona con apego**.”

De manera similar, una persona que tiene dificultades para desarrollar la **autonomía personal** verá situaciones que requieren más independencia como amenazantes y es probable que reaccione con conductas desadaptativas como **búsqueda excesiva de atención, conducta agresiva y destructiva** (Dosen, 2005).

## What is normal behaviour in persons with developmental disabilities?

Anton Dosen and Johan De Groef

Professor Anton Dosen is based at University of Nijmegen, Nijmegen, the Netherlands.  
Drs Johan De Groef is based at European Association for Mental Health in Intellectual Disabilities, Belgium and VZW Zonnelied, Rosendaal, Belgium.

### Abstract

**Purpose** – Annoying and bothersome behaviours among persons with developmental disabilities (DD) is a relatively frequent phenomenon. However, not all behaviour that is difficult to accept in its surroundings should be seen as abnormal or problem behaviour (PB). Some of these behaviours may be an expression of a person's psychosocial needs and may be considered as adaptive and normal. The paper aims to discuss these issues.

**Design/methodology/approach** – Authors attempt to discuss relevant issues in persons with DD which have an impact on their behaviour, intending in this way to define criteria for a reliable differentiation between normal and abnormal behaviour and psychiatric disorders.

**Findings** – Differentiating between normal and abnormal may be a difficult task for a professional treating persons with DD because of the lack of adequate criteria for such differentiation. The problem becomes even more complex when one attempts to differentiate between PB and psychiatric disorder. By approaching the subject from a developmental perspective and by determining the level of the person's emotional development, insight in subjective person's experiences was achieved. On the ground of a "good practice" the authors made schemata outlining criteria for differentiation between these constructs.

**Originality/value** – The application of these schemata in the practice made it easier to establish appropriate diagnoses and was favourable for the planning of adequate treatment and support of persons with DD and mental health problems.

**Keywords** Developmental disability, Anthropopsychiatry, Developmental perspective, Differentiation, Emotional development, Normal-abnormal behaviour

**Paper type** Conceptual paper

## Caso J



## Caso J

- Hombre, 19 años. Hijo único.
- Convive con la madre y abuelos maternos. Sin contacto con el padre desde que J. tenía 10 años.
- Antecedentes personales:
  - Síndrome de Down
  - Discapacidad intelectual moderada
  - Hipoacusia bilateral. Utiliza y entiende lenguaje de signos. Lectura de labios y comunicación mediante gestos.
  - Infarto lacunar crónico en cabeza de caudado izdo.

- Valoración clínica:

Se refiere mayor obsesividad (personajes de El Rey León), menor capacidad de disfrute, irritabilidad y agresividad en progresivo aumento durante los últimos 4 años. Desafía y amenaza a gente por la calle, además de a su madre y abuelos. Durante la entrevista se comporta como "Scar" y amenaza gestualmente con cortarle el cuello al psiquiatra y arañarle la cara con sus "garras", aparentemente bajo la sospecha de que podría ser ingresado.

En la entrevista psicopatológica del día del ingreso, el contacto es sintónico y reactivo. Leve ansiedad psicofísica. Cierta suspicacia, pero reconducible. No conductas alucinatorias. No soliloquios. No auto/heteroagresivo.

- Motivo de ingreso: Trastorno de conducta.

•Escala de desarrollo emocional- breve EDE-B al **INGRESO** (tras dos semanas):

Propio cuerpo: Primera individuación (1,5-3 años)

Personas de referencia: Primera individuación (1,5-3 años)

Cambios de ambiente / Permanencia de objeto: Primera identificación (4-7 años)

Diferenciación emocional: **Primera socialización (7-18 meses)**

Pares: Primera individuación (1,5-3 años)

Mundo material: Primera individuación (1,5-3 años)

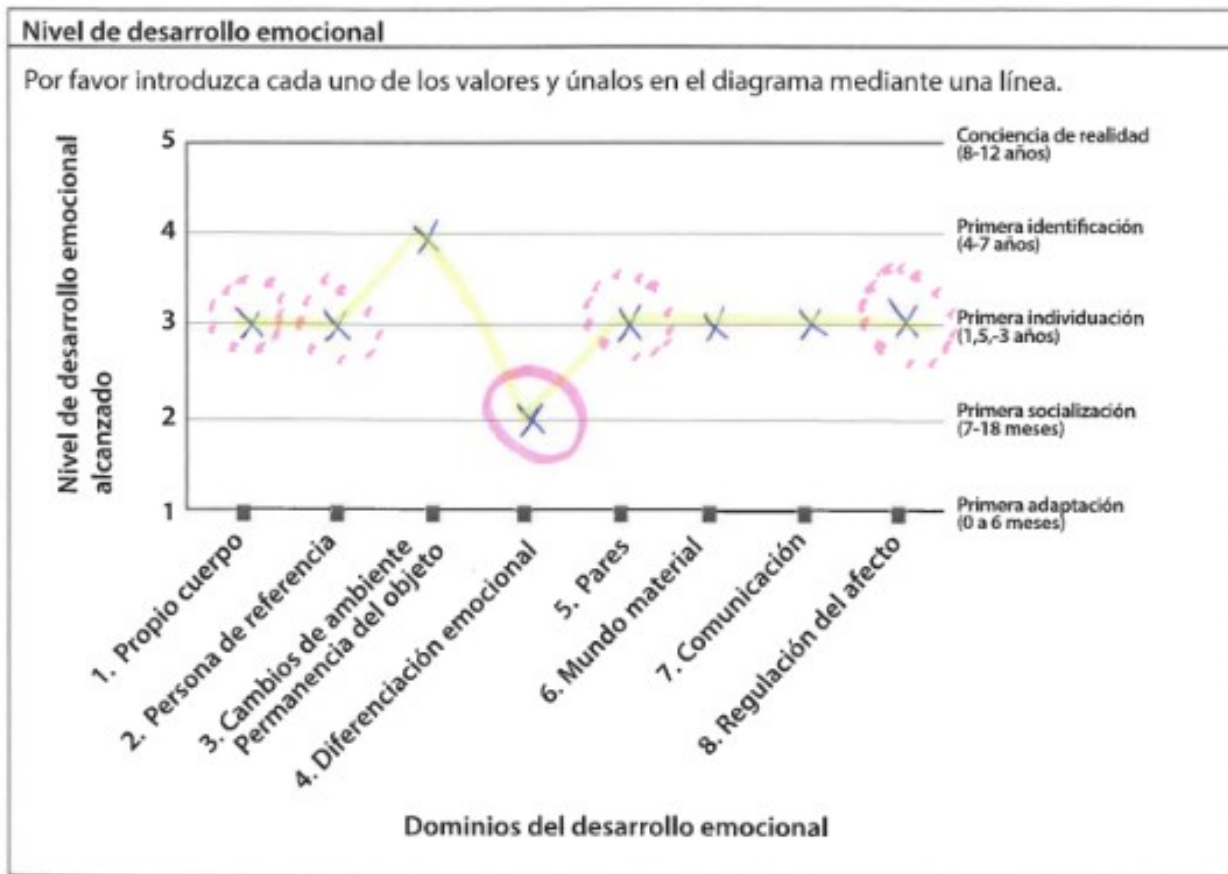
Comunicación: Primera individuación (1,5-3 años)

Regulación del afecto: Primera individuación (1,5-3 años)

**NIVEL DE DESARROLLO EMOCIONAL GLOBAL: Primera individuación 1,5 - 3 años (fase 3).**

## Casos clínicos DESARROLLO EMOCIONAL

Escala de desarrollo emocional- breve EDE-B al **INGRESO** (tras dos semanas):



### Nivel de desarrollo emocional como resultado global

Por favor, introduzca los niveles de desarrollo de cada uno de los dominios en orden creciente. Empiece con el nivel de desarrollo más bajo.

Menor resultado → [2] [3] [3] [3] [3] [3] [3] [4] ← Mayor resultado

**3** El nivel de desarrollo emocional global corresponde la cuarta puntuación más baja de todos los dominios.



## **NIVEL DE DESARROLLO EMOCIONAL GLOBAL: Primera individuación 1,5-3 años (fase 3)**

### **Descubrimiento de la propia voluntad; diferenciación yo-otro.**

- Conflicto simbiosis-autonomía.
- Desapego de la unidad emocional con el cuidador.
- Tendencia a dominar a los compañeros; jugar *junto* a otros (juego paralelo) -no jugar *con* otros-.
- Baja tolerancia a la frustración.

Necesidad básica: autonomía

Mayor miedo: pérdida de autodeterminación

Intervenciones: Permitir decisiones autónomas en la vida cotidiana. Otorgar pequeñas responsabilidades. Establecer contacto regular por iniciativa propia, independientemente del comportamiento de la persona; evitar castigos. Brindar claridad y estructura; enseñar qué es pertinente y dónde. Brindar afecto, cercanía, seguridad.

## Síndrome de comportamiento según nivel de desarrollo emocional

### Primera individuación 1,5-3 años (fase 3)

- Búsqueda de atención, impulsividad, berrinches cuando se limita su voluntad, agresividad, desafío.
- Los individuos que presentan síndromes de comportamiento utilizan todos los comportamientos disponibles dentro de su repertorio, de acuerdo con su respectiva etapa de desarrollo, para lograr la satisfacción de sus necesidades emocionales, por ejemplo, mediante la **búsqueda constante de atención** en la Fase 3.
- Si no se tienen en cuenta las necesidades emocionales básicas de una persona derivadas de su etapa de desarrollo emocional, la frustración se produce por todos lados.
- La necesidad básica en la Fase 3 es la **autonomía**. Esta necesidad se ha de reconocer y satisfacer.

## En UHEDI, J:

- Exigía atención constantemente, estaba predominantemente orientado hacia sus cuidadores y tenía poca capacidad para estar solo o buscar relaciones con sus pares. Cuando no conseguía lo que quería o se producía un conflicto, empujó o golpeó a la otra persona, arrojó objetos...
- La estructura diaria se volvió más clara. Un enfoque bien coordinado y coherente en el equipo fue de vital importancia. Se le asignó la responsabilidad de ciertas tareas (por ejemplo, poner la mesa, empujar el carrito de la ropa lavada, pasear los perros), que disfrutaba, y se le recompensó inmediatamente por el comportamiento deseado.
- Además, se introdujeron reglas sociales simples como no golpear, no tener contacto físico inapropiado, etc.
- Fue de gran importancia la atención frecuente y positiva y la clara consideración positiva e incondicional que se le mostró, independientemente del comportamiento mostrado. En entornos de tratamiento específicos, como terapia ocupacional, musicoterapia y arteterapia, se mantuvo un foco en proporcionar una actividad estructurada.

¿Qué intervenciones terapéuticas realizar, centradas en el dominio donde refleja menor progreso, para fomentar su desarrollo emocional?



EDE-B Dominio 4:	Diferenciando emociones
<b>FASE 2: SOCIALIZACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Transmitir emociones de forma no verbal. Reflejar emociones y expresiones físicamente.</li><li>• Compartir afectos (riendo, pateando, cantando juntos, etc.)</li><li>• Acompañar las transiciones con un cuidador cercano (p. ej., visita al médico).</li><li>• Comenzar a establecer objetos de transición (p. ej., en el cambio de turno: despedida activa y saludo a J.)</li><li>• Regulación de los afectos negativos por parte de los cuidadores (p. ej., aplicación de tiritas para heridas pequeñas, árnica, etc.)</li><li>• Mantenerse en contacto incluso en caso de efectos negativos: si es necesario, elabore un plan sobre cómo se puede reemplazar al personal en una crisis.</li><li>• Garantizar la figura de apego.</li></ul>

**2ª fase: Primera socialización (7-18 m.)**

Objetivo: Contacto físico, apego, estimulación social, seguridad, exploración del entorno.

Intervenciones encaminadas a brindar seguridad.

- Las personas en esta fase necesitan personas confiables con quienes puedan construir un vínculo seguro.
- No dejes sola a esta persona ante su 'mal' comportamiento: esto le genera miedo al abandono.
- Necesita soportes para descubrir el mundo y su cuerpo. ¡Anímale y felicítelo!
- Proporciona seguridad y ofrece oportunidades adecuadas de desarrollo.

Objetos transicionales: Aprox. 50 muñecos del Rey León en su mesilla. Uno o dos en la mano al inicio.

Estimulación vestibular.

Claridad en la rutina.

Canoterapia.

•Escala de desarrollo emocional- breve EDE-B al **ALTA** (tras 5 meses en UHEDI):

Propio cuerpo: Primera identificación (4-7 años)

Personas de referencia: Primera identificación (4-7 años)

Cambios de ambiente / Permanencia de objeto: Primera identificación (4-7 años)

Diferenciación emocional: Primera identificación (4-7 años)

Pares: Primera identificación (4-7 años)

Mundo material: Primera individuación (1,5-3 años)

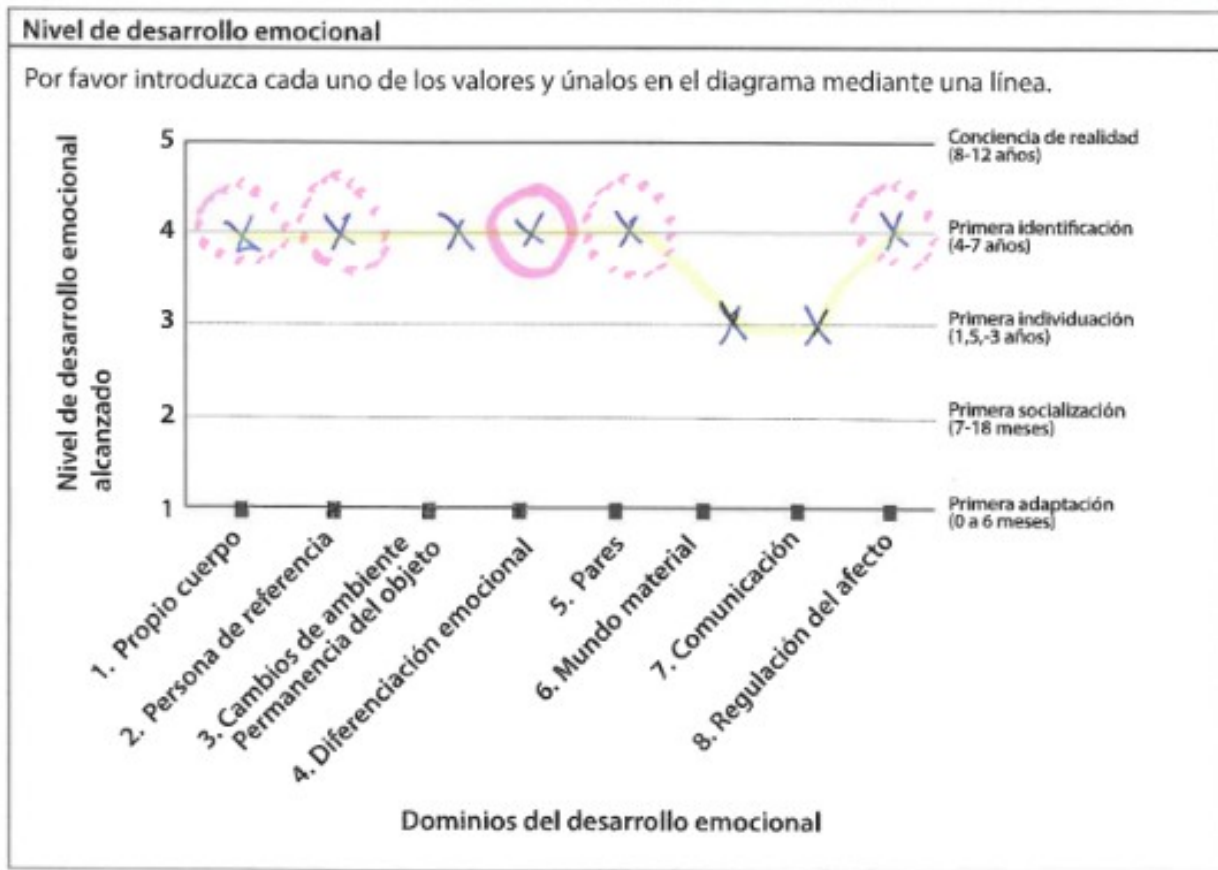
Comunicación: Primera individuación (1,5-3 años)

Regulación del afecto: Primera identificación (4-7 años)

NIVEL DE DESARROLLO EMOCIONAL GLOBAL: Primera identificación (4-7 años).

## Casos clínicos DESARROLLO EMOCIONAL

Escala de desarrollo emocional- breve EDE-B al **ALTA** (tras 7 meses en UHEDI):



### Nivel de desarrollo emocional como resultado global

Por favor, introduzca los niveles de desarrollo de cada uno de los dominios en orden creciente. Empiece con el nivel de desarrollo más bajo.

Menor resultado → 3 3 4 4 4 4 4 4 ← Mayor resultado

**4** El nivel de desarrollo emocional global corresponde la cuarta puntuación más baja de todos los dominios.



- Evolución en UHEDI:

Se ha llevado a cabo un abordaje psicoterapéutico y educativo ajustado a su nivel cognitivo y emocional con excelentes resultados. De forma paralela, a nivel psicofarmacológico se ha llevado a cabo un ajuste del tratamiento con citalopram a 30mg/día con objetivo antidepresivo y antiobsesivo potenciado con quetiapina.

Las alteraciones de conducta que se objetivaban en domicilio han disminuido notablemente, presentándose de forma esporádica y con baja intensidad, siendo en su mayor parte rápidamente reconducibles con intervención verbal.

En su día a día, J. suele mostrarse cariñoso y abordable, e interacciona de forma activa con sus compañeros y profesionales, tiende a mimetizar comportamientos y atributos de los personajes del Rey León, y los incorpora en su vida cotidiana según se siente él o proyecta roles de estos personajes en otras personas (profesionales o compañeros).

- Diagnósticos al alta:

DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA  
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA  
SÍNDROME DE DOWN  
SORDERA



# Caso A



## Caso A

- Mujer, 20 años.
- Adoptada a los 3 años de edad por familia monoparental.
- Antecedentes psiquiátricos personales:
  - Síndrome alcohólico fetal.
  - Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez, y desarmonía parento-filial.
  - Trastorno adaptativo mixto
  - Discapacidad intelectual leve
  - Trastorno del espectro autista

- Al poco tiempo de adoptarla, la madre contrajo matrimonio y tuvo varios hijos biológicos.
- Múltiples cambios de domicilio por motivos laborales.
- WISC-IV, administrado en inglés: CV=71; RP=88; MT=65; VP=70; CIT=69 (se desconoce fecha).
- Seguimiento por psicología y psiquiatría desde los 6 años.
- Reconocido un grado de discapacidad del 69%.
- 2 ingresos en Unidades de SM infantojuveniles por heteroagresividad y sobreingesta medicamentosa.
- 2 ingresos en Unidad de SM adultos por conductas autolesivas y parasuicidas.
- 7 meses de ingreso en UHEDI.
- La paciente refiere mala relación con la pareja de su adoptante desde siempre. Expresa enfado y tristeza por no haber sido cuidada y defendida por su madre adoptiva, con quien no mantiene contacto.

- Valoración clínica:

Paciente con diagnóstico de DI leve/FIL y trastorno de conducta (autoagresiones en forma de cortes y heteroagresividad dirigida hacia animales con disfrute asociado "mato palomas por placer"). Paciente refiere presentar flashbacks de sus experiencias traumáticas de la infancia, así como sensación delirante de estar formada por tres criaturas aparte de su cuerpo. Desde hace un año, el delirio parece haberse cristalizado (habla de 3 "capas" que le controlan de fuera a dentro), así como de múltiples alucinaciones auditivas que conversan entre ellas y sobre ella. Refiere su conducta está condicionada a estas "voces" que le ordenan. Sensación de manipulación de pensamiento. Sensación de despersonalización y de desrealización.

- Motivo de ingreso: Sintomatología psicótica.

- Exploración psicopatológica:

Contacto psicótico. Discurso lineal, con momentos de latencia de respuesta. Clínica delirante asociada aparentemente cristalizada. Múltiples alucinaciones auditivas que conversan entre ellas sobre la paciente. Conducta condicionada a clínica alucinatoria auditiva. Sensación de manipulación y control de pensamiento "es como una televisión... miran a través de mis ojos... es mi padrastro que me controla". Despersonalización y de desrealización. Hipotimia secundaria a clínica delirante. No ideación autolítica o heteroagresiva.

Escala de desarrollo emocional- breve EDE-B al **INGRESO** (tras dos semanas):

Propio cuerpo: Consciencia de realidad (8-12 años)

Personas de referencia: Primera identificación (4-7 años)

Cambios de ambiente / Permanencia de objeto: Consciencia de realidad (8-12 años)

Diferenciación emocional: **Primera individuación (1,5-3 años)**

Pares: Primera identificación (4-7 años)

Mundo material: Consciencia de realidad 8-12 años

Comunicación: **Primera individuación (1,5-3 años)**

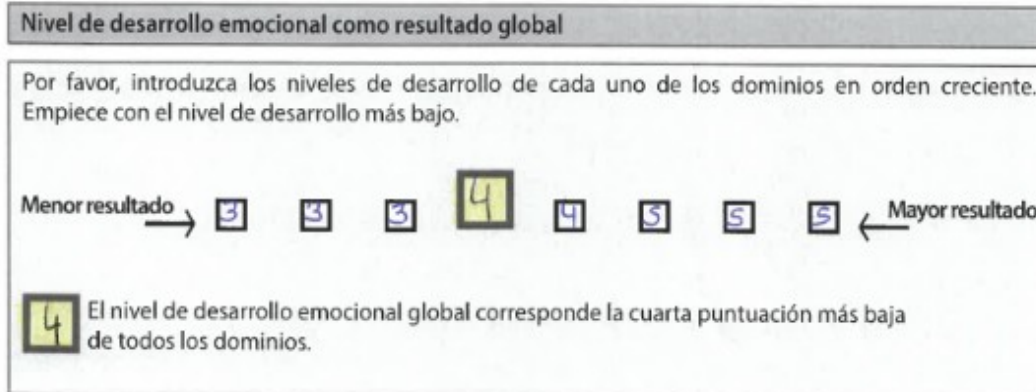
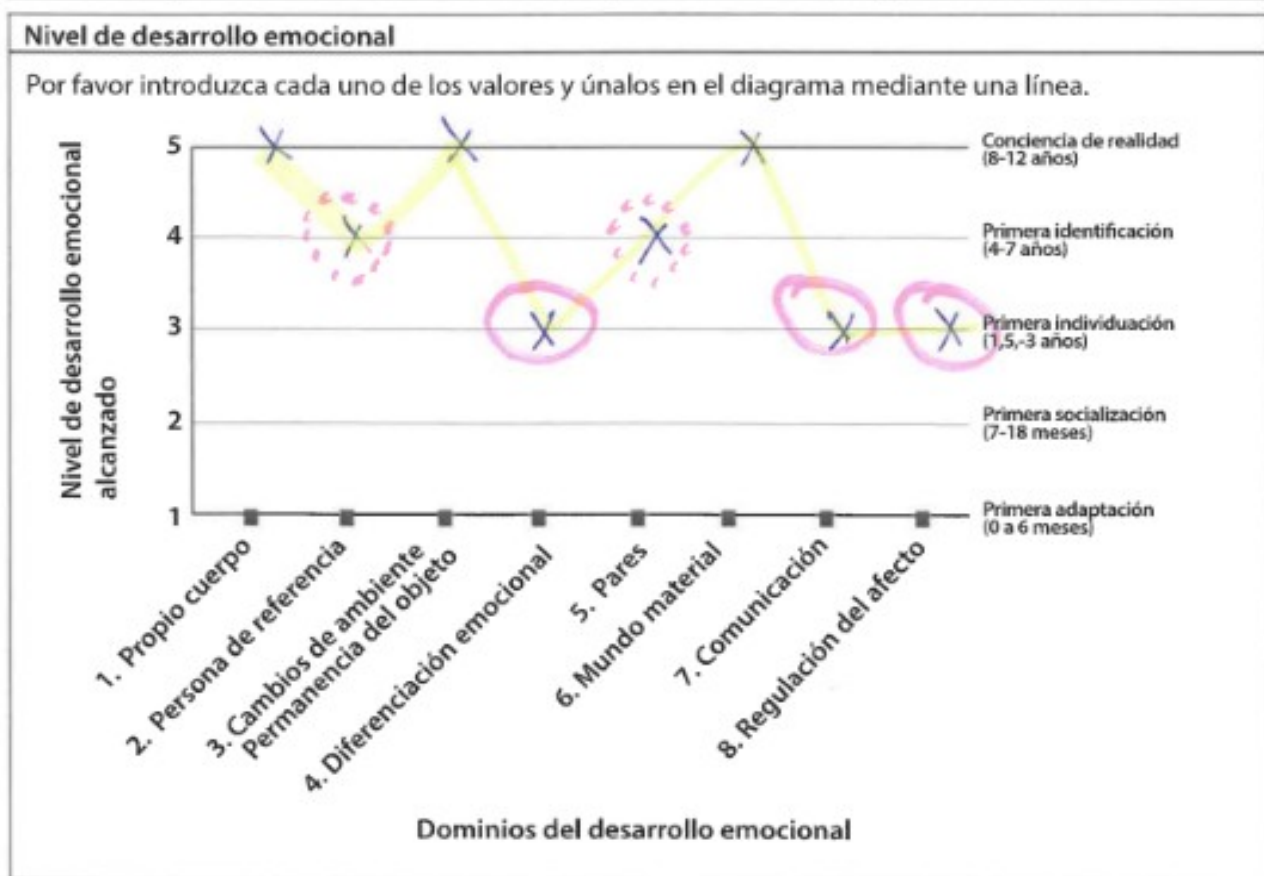
Regulación del afecto: **Primera individuación (1,5-3 años)**

**NIVEL DE DESARROLLO EMOCIONAL GLOBAL: Primera identificación 4-7 años (fase 4)**



## Casos clínicos DESARROLLO EMOCIONAL

Escala de desarrollo emocional- breve EDE-B al **INGRESO** (tras dos semanas):



## NIVEL DE DESARROLLO EMOCIONAL GLOBAL: Primera identificación 4-7 años (fase 4)

- En la fase de identificación se produce la conclusión del nacimiento psicológico.
- En esta fase ocurre la formación del ego; sin embargo, la visión del mundo sigue siendo egocéntrica.
- Se desarrolla la capacidad de utilizar la **teoría de la mente** y se puede hacer una distinción entre fantasía y realidad.
- La necesidad central es pertenecer a un grupo de pares.
- Las alteraciones en esta etapa del desarrollo a menudo no conducen a un aumento significativo de los trastornos del comportamiento.
- El mayor miedo en la Fase 4 es a fracasar y ser excluido socialmente.

**NIVEL DE DESARROLLO EMOCIONAL GLOBAL: Primera identificación 4-7 años (fase 4)**

*Hay teoría de la mente:*

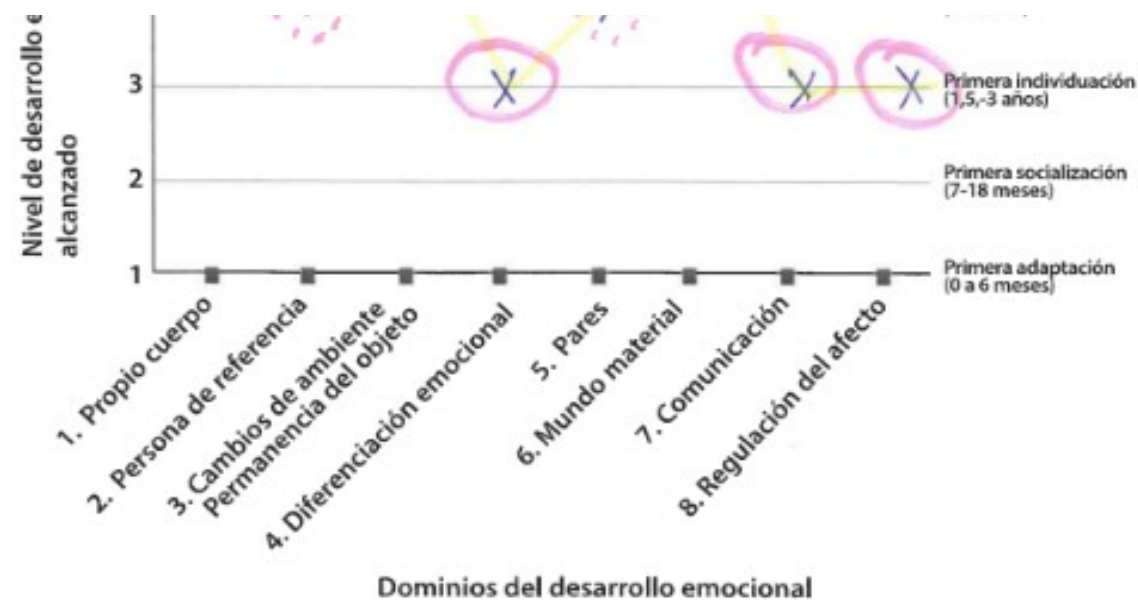
*Entrene y apoyo al **paciente** para que se autorregule adecuadamente.*

### Terapia individual

Intervenciones orientadas a dar **refuerzo positivo**, aumentar la **confianza** en sí mismo, **autoestima**, fomentar la **responsabilidad**.

- Oferta actividades que ayuden a la persona a encontrar su propio **sentido de identitario**.
- Descubrir dónde se encuentran las **fortalezas** y **debilidades**.
- Apoyar las **interacciones con otros**.
- **Evaluar** las **experiencias** vividas.

¿Qué intervenciones terapéuticas realizar, centradas en los tres dominios de menor progreso, para fomentar su desarrollo emocional?



## EDE-B Dominio 4:

## Diferenciando emociones

**FASE 3:  
PRIMERA  
INDIVIDUACIÓN**

- Apoyar el reconocimiento de las emociones básicas en uno mismo y en los demás (p. ej., compartir observaciones; "¡Mira, X está feliz hoy!". "D. Está dolido porque ayer -la verdad- le trataste fatal...")
- Verbalizar emociones simples y sus causas, discutir las brevemente ("Estás triste". "La verdad es que has tenido mala suerte, te ha maltratado mucho en los pocos años de vida que llevas....")
- Crear una imagen corporal o facial, y asignar emociones básicas.
- Desarrollar un plan de cuidado compartido en caso de celos/envidia (amiga-novio-amigo-novia).
- Proporcionar retroalimentación y estructura (p. ej., un plan de consecuencias) si demanda demasiada atención.
- Apoyar el desarrollo del orgullo con muchos comentarios positivos.
- El uso de objetos de transición (p. ej., una piedra especial, un peluche, una sudadera con capucha) brinda seguridad cuando la situación cambia.

EDE-B Dominio 7:	Comunicación con otros
<b>FASE 3: PRIMERA INDIVIDUACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ampliación de vocabulario ("resiliencia").</li><li>• Debates específicos sobre imágenes y libros.</li><li>• Dejar que la persona nombre y describa experiencias propias.</li><li>• Leer historias.</li><li>• Trabajar con oraciones motivadoras simples, cortas y claras.</li><li>• Hasta 2 afirmaciones en una oración.</li><li>• Rutinas en relación con el tiempo.</li><li>• Comunicación sobre sentimientos y necesidades, en relación a una situación.</li></ul>

EDE-B Dominio 8:	Regulando el afecto
<b>FASE 3: PRIMERA INDIVIDUACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Establecer el equilibrio entre tensión /aceptación, amor /estructura, dar apoyo /encontrar límites.</li><li>• Reconsidera tu posición de poder: evita las luchas de poder.</li><li>• Tiene una visión egocéntrica del mundo y aún no puede empatizar con los demás (todavía no es posible provocar, mostrar consideración o mentir intencionalmente).</li><li>• Sólo las conexiones directas son comprensibles: recompensas inmediatas y relacionadas con la situación, establecimiento de límites o consecuencias (elogios o recompensas positivas individualizadas inmediatas, por ejemplo, mangas, móvil, música, etc.)</li><li>• Posibilidad limitada de autorregulación, cuando está cansado o estresado. Evitar preventivamente exigencias excesivas en la rutina diaria.</li><li>• Establecer reglas clave, si es necesario, apoyadas por planes de consecuencias.</li><li>• Establecer estrategias y rituales sencillos de relajación en la vida cotidiana como medida preventiva (p. ej., después de trabajar, escuchar música durante 30 minutos en su habitación).</li></ul>

Escala de desarrollo emocional- breve EDE-B al **ALTA** (tras 7 meses en UHEDI):

Propio cuerpo: Consciencia de realidad (8-12 años)

Personas de referencia: Consciencia de realidad (8-12 años)

Cambios de ambiente / Permanencia de objeto: Consciencia de realidad (8-12 años)

Diferenciación emocional: Consciencia de realidad (8-12 años)

Pares: Consciencia de realidad (8-12 años)

Mundo material: Consciencia de realidad (8-12 años)

Comunicación: Consciencia de realidad (8-12 años)

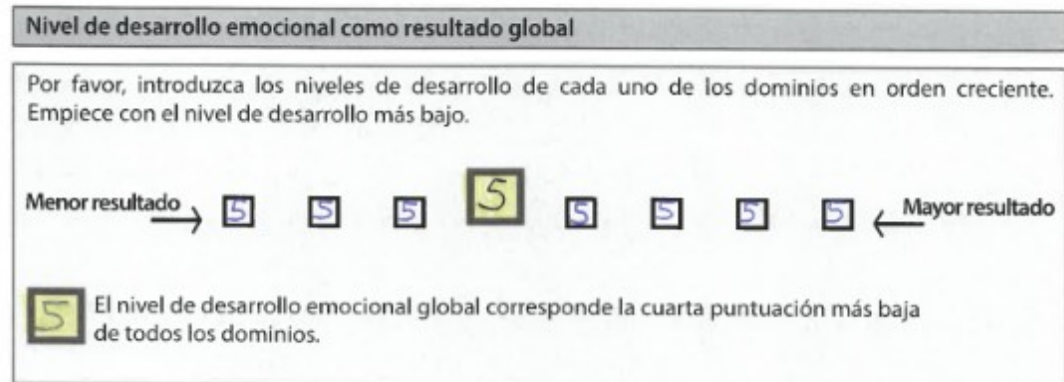
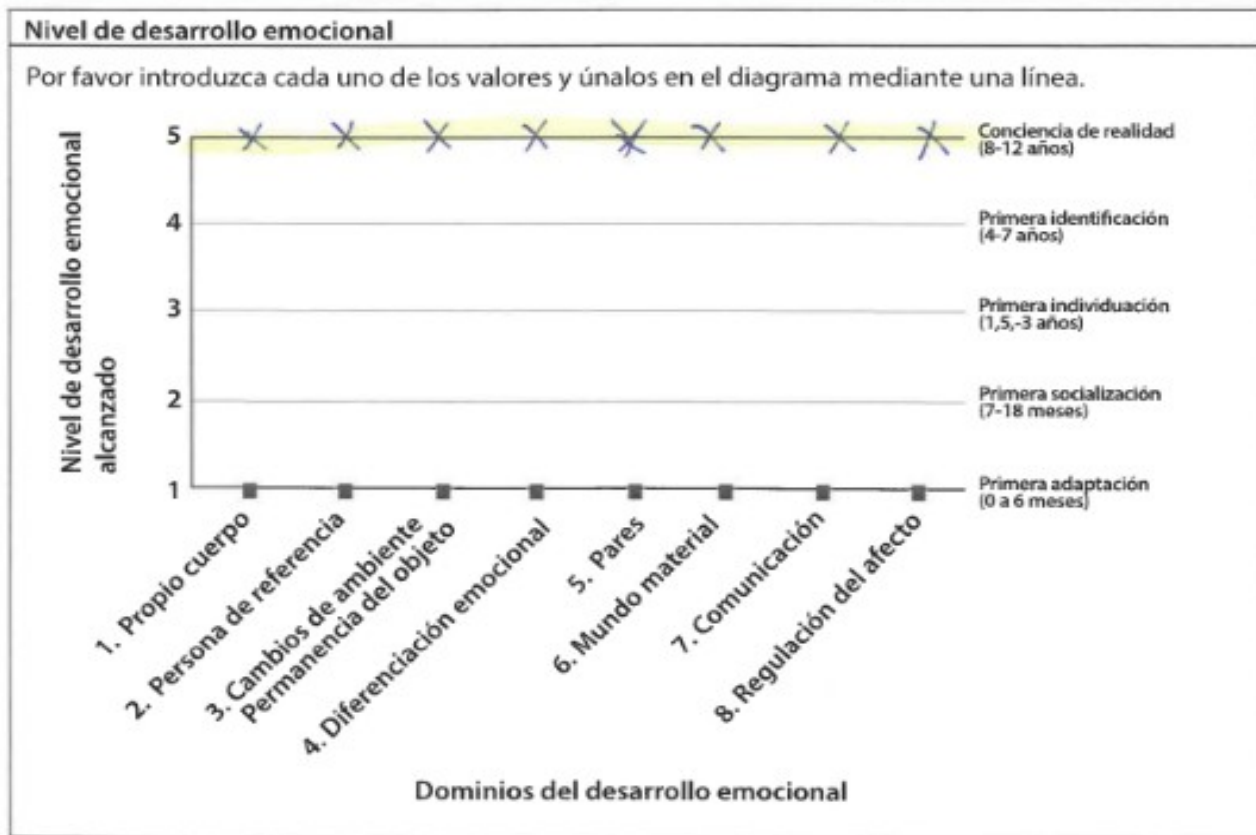
Regulación del afecto: Consciencia de realidad (8-12 años)

**NIVEL DE DESARROLLO EMOCIONAL GLOBAL: Consciencia de realidad (8-12 años)**



## Casos clínicos DESARROLLO EMOCIONAL

Escala de desarrollo emocional- breve EDE-B al **ALTA** (tras 7 meses en UHEDI):



Nota: Si la escala ya dispusiese del **nivel 6**, seguramente esta paciente hubiera puntuado así en algún dominio.

**Individuación social - Identidad (13 a 17 años).**

- Evolución en UHEDI:

Durante el ingreso se ha logrado una remisión ad-integrum de la clínica delirante de la paciente utilizando una combinación antipsicótica con clozapina, quetiapina y aripiprazol. Se intentó simplificación de pauta con objetivo monoterapia clozapina, pero se decidió no aumentar más la dosis de este antipsicótico por objetivarse empeoramiento de crisis epilépticas DD pseudocrisis.

Ha sido posible trabajar de forma adecuada rasgos de personalidad desadaptativos que motivaban conductas problema, así como tratar sintomatología asociada a su probable ttno. por estrés post-traumático. Se ha integrado sin dificultad en las actividades psicoeducativas -ajustadas a su nivel cognitivo y emocional-, participando de manera activa y desarrollando fuertes vínculos terapéuticos con el personal asistencial y con dos de sus compañeros de Unidad.

Como elemento favorable de su evolución, apreciamos una mayor conciencia de su enfermedad, reconocimiento de su necesidad de ayuda y cooperación en el tratamiento. A. se muestra normativa y adecuada, aunque ciertas preocupaciones puntuales (visitas de familiares, cuál será su recurso definitivo al alta) le generan puntual ansiedad. Realiza frecuentes salidas a la comunidad con el equipo educativo, con amigos, y con tíos.

- Diagnósticos al alta:

ESQUIZOFRENIA

DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE

EPILEPSIA IDIOPÁTICA

PSEUDOCRISIS



