AEN (Sección de Infantil) Y SEPYPNA

PSIQUIATRÍA PERINATAL Y DEL NIÑO DE 0 - 3 AÑOS



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
AEN DIGITAL

PSIQUIATRÍA PERINATAL Y DEL NIÑO DE 0-3 AÑOS

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
AEN DIGITAL / 2

AEN (Sección de Infantil) Y SEPYPNA

PSIQUIATRÍA PERINATAL Y DEL NIÑO DE 0-3 AÑOS

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
MADRID
2015

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA)
© Asociación Española de Neuropsiquiatría. Profesionales de Salud Mental. 2015

Ilustraciones de portada:
La maternidad. Pablo Picasso, 1904.

Edita: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).
C/ Magallanes, 1, sótano 2, local 4 / 28015 Madrid /
Tel. 636 725 599. www.aen.es

Derechos: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2015
C/ Magallanes, 1, sótano 2, local 4 / 28015 Madrid / Tel. 636 725 599

ISBN: 978-84-95287-78-6

Maquetación: Imprenta Arenas, S.L. Ezequiel Aguirre, 15 bajo, 48930 Las Arenas-Getxo. Bizkaia.

Disponible a la venta en: www.tienda-aen.es

Director de la edición: Óscar Martínez Azumendi.

Índice

Introducción 13
1. La Psiquiatría Perinatal y la Psiquiatría del Bebé 15
1.1. La psiquiatría perinatal, definición y contexto 15
1.1.1. Concepto y límites 15
1.1.2. Historia y desarrollo científico 16
1.1.3. Situación de la psiquiatría perinatal y del niño 0-3 años en nuestro país 19
Bibliografía 21
2. Estudio de la parentalidad 23
2.1. Introducción 23
2.2. Psicología y psicopatología del embarazo, parto y puerperio 25
2.2.1. Prehistoria del vínculo y trabajo de embarazo 25
2.2.2. Fases del embarazo 25
2.2.3. Representaciones y vivencia del parto 26
2.2.4. Las competencias del feto (el vínculo pre-natal 26
2.2.5. El vínculo tras el parto 27
2.3. Clínica prenatal 28
2.3.1. Trastornos ansio-depresivos en el embarazo 29
2.3.1.1 Significación de estrés en embarazo y prevalencia de trastornos 29
2.3.1.2. Repercusión en el niño 29
2.3.1.3. Depresión en el embarazo. 30
2.3.1.4. Factores de riesgo 31
2.3.1.5. Despistaje y diagnóstico 31
2.3.2. Neurosis traumáticas post-obstétricas 32
2.3.3. Pérdidas prenatales y otras situaciones especiales obstétricas. 32
2.4. Clínica puerperal 34
2.4.1. Blues del parto 34
2.4.2. Depresión post-parto 35
2.4.2.1. Clínica, diagnóstico y vulnerabilidad multifactorial 35
2.4.2.2. Factores de riesgo 35
2.4.2.3. Despistaje y diagnóstico 36
2.4.2.4. Vulnerabilidad bio-psico-social 37
2.4.2.5. Efectos sobre el bebé y la familia 38
2.4.3. Psicosis puerperales 40
2.4.4. Otras situaciones clínicas 41
Bibliografía 42

3. Las interacciones entre el bebé y sus padres 47
3.1. Introducción 47
3.2. Características de las interacciones precoces 48
3.3. Características descriptivas de la regulación de las interacciones 50
3.3.1. La estructura temporal 50
3.3.2. La sincronía 51
3.3.3. La reciprocidad 51
3.3.4. La contingencia 51
3.3.5. El arrastre 52
3.3.6. La reparación 52
3.4. Niveles de la interacción 52
3.5. Funciones de la interacción 54
3.6. Evaluación de las interacciones 55
3.7. Situaciones e instrumentos de observación del bebé 55
3.7.1. Observación psicoanalítica 56
3.7.2. Observación etológica 56
3.7.3. Observación sistémica 56
3.7.4. Observación basada en el desarrollo 57
3.7.5. Sensibilidad parental y del entorno a las señales del bebé 57
3.8. Disfuncionamiento de las interacciones 58
3.8.1. Exceso de regulación 59
3.8.2. Déficit de regulación 59
3.8.3. Regulación inapropiada 60
Bibliografía 61
4. Competencias del bebé. Desarrollo y evaluación del niño 63
4.1. Competencias del bebé 63
4.2. Desarrollo normal del niño de 0-3 años 65
4.3. Detección precoz de los trastornos del desarrollo en el niño 67
4.4. Evaluación del desarrollo del niño 69
4.4.1. Pruebas de "screening" o cribado 70
4.4.2. Escalas de desarrollo 72
Bibliografía 75
5. Psicopatología y clínica del niño de 0-3 años 77
5.1. Discapacidad intelectual. Retrasos en el desarrollo 78
5.2. Trastornos de las funciones básicas 79

5.2.1. Psicopatología del sueño ... 79
5.2.2. Psicopatología de la alimentación ... 84
5.3. Trastornos de expresión somática ... 86
5.3.1. Patología de la esfera digestiva ... 87
5.3.2. Patología de la esfera respiratoria ... 87
5.3.3. Patología de la esfera cutánea ... 88
5.4. Trastornos por expresión motriz o comportamental vs trastornos de la regulación ... 89
5.5. Trastornos de la interacción. Bebé de riesgo autístico ... 89
5.6. Trastornos afectivos ... 91
5.7. Situaciones carenciales. Distorsiones del vínculo ... 92
5.8. Psicopatología del niño prematuro ... 94
Bibliografía ... 95
6.- Intervenciones terapéuticas en psiquiatría perinatal ... 99
6.1. Introducción ... 99
6.2. Ámbito comunitario ... 102
6.2.1. Actividades relativas a la prevención (Prevención primaria) ... 102
6.2.2. Detección precoz e intervenciones asistenciales (Prevención secundaria) ... 103
6.3. Ámbito hospitalario ... 105
6.3.1. Actividades relativas a la prevención en el entorno y personal hospitalario ... 105
6.3.2. Detección precoz e intervenciones asistenciales (Prevención secundaria) ... 106
6.4. Minimización de secuelas y promoción de competencias del bebé (Prevención terciaria) 109
6.5. Coordinación. El trabajo en red en perinatalidad ... 109
Bibliografía ... 111
Anexo I. Cuestionario de Ginebra DAD-P ... 113
Anexo II. Escala de Depresión Post-Natal de Edimburgo ... 117
Anexo III. Desarrollo normal (0-12 y 12-36 meses) ... 119
Anexo IV. Factores de Riesgo Bio-Psico-Social ... 123
Anexo V. Signos de Alerta ... 127
Anexo VI. Señales de Alarma Psicopatológica ... 133
Anexo VII. Señales de Alarma Psicopatológica del T.E.A. ... 135
Anexo VIII. Protocolo de Observación Materno-Infantil ... 139

Grupo de trabajo representando a la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA) y la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) Sección de Psiquiatría y Salud Mental Infantil y formado por los siguientes autores:

Margarita Alcamí Pertejo.

Doctor en Medicina y Cirugía. FEA de Psiquiatría. H.U. La Paz (HULP). Unidad Infanto-Juvenil. Madrid. Vocal de Sepypna.

Agustín Béjar Trancón.

Doctor en Medicina. Psiquiatra. Psicoterapeuta Psicoanalista. Práctica libre en Badajoz. Colaborador Grupo de investigación en Psicología Médica de U. de Extremadura. Vocal de Sepypna.

Fernando González Serrano.

Psiquiatra. Jefe de Servicio de Niños y Adolescentes. Red Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Presidente de Sepypna.

Luis León Allué (Coordinador).

Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Coordinador Programa de Salud Mental Materno-Infantil. Complejo Hospitalario Mancha-Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real. Vocal Sección de Infantil de la AEN.

Encarnación Mollejo Aparicio.

Doctor en Medicina y Cirugía. Psiquiatra. Psicoterapeuta. Jefe de Sección de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario del Sureste. Madrid. Sepypna. Vocal de la AEN. Sección de Infantil.

Roque Prego Dorca (Coordinador).

Psiquiatra. Psiquiatra del Niño y del Adolescente Universidad de Burdeos (Francia). FEA de Psiquiatría. USMIJ. H.U.M. Valdecilla. Santander. Servicio Cántabro de Salud. Presidente Sección de Infantil de la AEN.

INTRODUCCIÓN

De importante desarrollo en las últimas décadas en países de nuestro entorno, la Psiquiatría del Bebé o del niño de 0-3 años, es objeto de gran interés, desde entonces, por sus aspectos preventivos, psicopatológicos, clínicos, terapéuticos y de investigación.

El principio evolutivo es uno de los elementos fundamentales de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente. La importancia del desarrollo y la transformación a través de las etapas vitales, así como su origen y contexto, implica la toma en consideración de la familia, los progenitores, el sistema familiar y las relaciones existentes en su seno.

Partiendo de una realidad clínica que es la Psiquiatría Perinatal como paradigma de estudio tanto en sus aspectos fundacionales como de desarrollo y sobre todo, en la importancia de su impacto en la construcción de la identidad parental, en el desarrollo del bebé y en sus implicaciones en la armonización de las interacciones parento-filiares, nos interesaremos por una psicopatología y clínica especifica de estos tres primeros años.

Después de un breve repaso sobre los aspectos conceptuales y de desarrollo de una disciplina, la Psiquiatría Perinatal, que se inicia en el siglo XIX y que, después de un largo periodo de silencio, retoma un extraordinario dinamismo a partir de los años 60 del siglo pasado, nos centraremos en el devenir parental. La "crisis del desarrollo" o psicología de la gestación viene determinada por el conjunto de cambios que se van a producir desde el inicio del embarazo, incluso antes si tomamos en consideración el deseo maternal y que supondrán la preparación parental para la transmisión transgeneracional del legado recibido por los padres y transmitido a su hijo.

El proceso de la parentalidad tiene su propio sufrimiento y forma de enfermar en sus aspectos psicológicos y de eso nos ocuparemos en la descripción de la psi-

copatología y la clínica perinatal, es decir, la que va desde el inicio del embarazo hasta el primer año de vida del bebé.

Después de ver los aspectos específicos de los padres y la parentalidad nos interesaremos por el universo interactivo parento-filial. Veremos las características de la interacción y sus funciones, los métodos de observación y los instrumentos utilizados para su estudio, así como los aspectos disfuncionales más importantes predictores, en muchos casos, de disfunciones y alteraciones del desarrollo del niño.

A partir de aquí es en el bebé donde ponemos el foco de atención. Partiendo de un modelo clínico que recubre la patología parental y su impacto en el bebé, nos centraremos en el estudio de éste, tanto en lo que se refiere a sus propias competencias y cualidades, competencias que se vislumbran ya en la vida fetal y en su preparación a la siguiente etapa de recién nacido y lactante, como en la manera de expresar y manifestar su sufrimiento mental.

Terminaremos con una aproximación terapéutica en un contexto, a la vez, preventivo y terapéutico, y que tiene su paradigma en las Unidades de Hospitalización madres-bebés de gran desarrollo a partir de los años 60-70 en Francia y Reino Unido.

No queremos finalizar sin reseñar el momento importante en el que nos encontramos en lo que se refiere a la implantación y desarrollo de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente en nuestro país. Una vez aprobada la especialidad nos parece que estamos en un momento adecuado para señalar que la Psiquiatría del Bebé y, en relación con ésta, la Psiquiatría Perinatal, son las grandes ausentes tanto de la red asistencial como de los programas formativos, no solo de los futuros psiquiatras, sino también de una gran parte de los psiquiatras dedicados profesionalmente a la atención a la patología mental del niño y del adolescente.

1. LA PSIQUIATRÍA PERINATAL Y LA PSIQUIATRÍA DEL BEBÉ.

Roque Prego Dorca.

Agustín Béjar Trancón.

1.1. La Psiquiatría perinatal, definición y contexto.

1.1.1. Concepto y límites.

La Psiquiatría Perinatal es una disciplina que se sitúa en la interfase de la psiquiatría del adulto y la del niño, y tiene por objeto los trastornos mentales, en uno u otro de los padres, durante el periodo perinatal, así como la especificidad del desarrollo fetal, del recién nacido y del lactante en esta díada o tríada.

Para la psiquiatría este periodo es más amplio que el considerado por la pediatría o la ginecología-obstetricia, que empieza en el inicio del embarazo y termina al mes de vida del niño para la primera, y a las 16 semanas después del parto para la segunda. Para los psiquiatras este periodo se extiende desde el inicio del embarazo hasta el fin del primer año de vida del niño.

Será en los años 70 y 80 cuando la disciplina se abra al interés de los psiquiatras de niños y adolescentes a partir de la aparición de numerosos trabajos que inciden en la relación conceptual y práctica entre, por una parte, la patología parental durante el embarazo y el postparto y, por otra, su impacto en el desarrollo del bebé. Entre estos trabajos destacamos los estudios, ya clásicos, realizados por Brazelton (1) sobre las competencias del lactante que nos hacen redescubrir la Teoría de Vínculo de Bolwby (2) y elaborar los trabajos de Stern sobre las teorías de la interacción entre el bebé y su entorno.

Para Mazet y Lebovici (3) la Psiquiatría Perinatal presenta una serie de especificidades que marcan su contexto teórico y práctico.

En primer lugar, la propia especificidad de la patología parental que nos sitúa en un registro médico donde se definen síndromes con criterios de intensidad, duración e impacto de los síntomas observados.

En segundo lugar, la importancia de la continuidad del desarrollo del sujeto nos sitúa en un contexto psíquico e interpersonal característico del propio devenir padre/madre y su evolución a la crianza de (tener que criar a) un niño. Este registro nos sitúa, entonces, en la psicología del desarrollo.

Este doble paradigma es otra característica de la Psiquiatría Perinatal: El abordaje terapéutico es complejo y asocia un objetivo curativo y un objetivo preventivo. La Psiquiatría perinatal, a partir de aquí, tendrá dos grandes objetivos indisociables, el adulto enfermo y el vínculo padre/madre-bebé, ahora en clara situación de riesgo.

Otra especificidad importante de la Psiquiatría Perinatal es la necesidad de integrar diferentes disciplinas científicas que obligan a una comprensión multifactorial de los trastornos. Se establece un verdadero trabajo en red que une, a la Psiquiatría del Niño y del Adolescente, otras disciplinas médicas (Psiquiatría de Adultos, Pediatría, Ginecología-Obstetricia, Médicos de Familia), paramédicas (Psicología Clínica, comadronas, enfermería pediátrica) y las áreas de Servicios Sociales, Atención Temprana y Educación. Interdisciplinaridad que se situará en el contexto y organización sanitaria donde se implante y cuyo factor más importante tiene relación con el grado de implantación y formación de los Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil de la estructura sanitaria en general y especializada en particular.

1.1.2. Historia y desarrollo científico.-

Será en el siglo XIX, en Francia, donde aparezca por primera vez un interés científico específico por los trastornos perinatales a través de publicaciones de Esquirol (1838) y sobre todo de Louis Victor Marcé en 1858 con el *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchés et des nourrices et considerations médicolegales (4).*

Curiosamente, y después de estas primeras descripciones de alto valor científico, tendremos que esperar hasta bien entrado el siglo XX para ver reaparecer de nuevo el interés por estos trastornos. Será en Inglaterra en los años 40-50 con la aparición de las primeras Unidades de Hospitalización madre-bebé a partir de diversas iniciativas, como Douglas (5), Main (6) y Baker (7), en relación con la petición de autorización de una paciente, en 1948, para ingresar en el hospital con su bebé. En ese momento se empezaba a constatar el efecto traumático que tenía en los niños más pequeños la separación de sus familias durante las evacuaciones masivas en los bombardeos alemanes a las ciudades inglesas y, en consecuencia, el interés de los profesionales en la perinatalidad.

Al mismo tiempo aparecen los trabajos de psicoanalistas como M. Klein, etólogos como K. Lorentz y H. Harlow, psiquiatras o psicoanalistas como D. Winnicott,

que junto con los trabajos sobre el apego de J. Bolwby, van a crear el ambiente propicio para el desarrollo de estas primeras experiencias.

En Francia las primeras hospitalizaciones madre-bebé se atribuyen a Racamier en 1961. En su artículo *La madre y el niño en las psicosis del post-parto* (8) aconsejaba la hospitalización conjunta de las madres psicóticas con sus hijos durante el postparto, sugiriendo la creación de unidades de hospitalización específicas, con la participación, incluso, de obstetras, en la hospitalización psiquiátrica.

Durante los años 70-80 otros psiquiatras de adultos como Lamperiére (9) van a continuar los trabajos iniciados por Marcé en el siglo XIX, al mismo tiempo que se empieza a desarrollar una Psiquiatría del Bebé a partir de los trabajos de psiquiatras de niños como S. Lebovici, M. Soulé y R. Diatkine. Es en este contexto bipartito cuando en 1979 se abre en Créteil, en un Servicio de Psiquiatría Infantil, la primera Unidad de hospitalización conjunta a tiempo completo; de forma simultánea aparecen unidades de hospitalización conjunta en psiquiatría de adultos en el Hospital Paul Brousse en Villejuif a partir de 1980.

Tenemos dos grandes corrientes en la Psiquiatría Perinatal. La corriente anglosajona que se caracteriza por que la puerta de entrada al sistema es el trastorno mental de uno de los padres, y el bebé o la relación Madre/Padre-Bebé se abordan como consecuencia o causa desencadenante del trastorno del adulto. La corriente francófona pone el acento en la relación que existe entre el trastorno de uno de los padres, en general la madre, y los del bebé, en una perspectiva fundamentalmente de psicopatología relacional.

En los años siguientes, y después de estas primeras experiencias y en continuidad con ellas y en su vertiente científica e investigadora, asistimos al gran desarrollo de la Psiquiatría Perinatal, y de nuevo bajo el impulso de psiquiatras anglo-sajones.

La primera publicación que hace referencia al término exacto de Psiquiatría Perinatal data de 1972 por Thelander HE. (10), después de que Pitt (11) hubiera individualizado y descrito el concepto de Depresión Posnatal en 1968, y bastante después de los primeros artículos sobre la Psicosis Puerperal en los años 50.

El primer reconocimiento universitario y científico aparece con la creación de la primera cátedra de Psiquiatría Perinatal en Londres en 1980 en el Institute of Psychiatry, siendo su primer titular el profesor R.C. Kumar, uno de los pioneros de la disciplina y también fundador en ese mismo año, junto con otros psiquiatras ingleses, de The Marcé Society para el estudio, prevención y tratamiento de la enfermedad mental durante la etapa perinatal.

En este contexto se van a desarrollar, a partir de los años 80, la mayor parte de los trabajos sobre las dos principales patologías de la Psiquiatría Perinatal: Las

Depresiones Post-parto y las Psicosis Puerperales. La inmensa mayoría de estas primeras investigaciones se llevan a cabo por psiquiatras y psicólogos de adultos, y la patología materna se estudia de forma exclusiva, dejando de lado al bebé y al proceso parental.

En estos primeros trabajos se pondrá el acento en una implicación de factores biológicos en la génesis de las Psicosis Puerperales, y multifactoriales en las Depresiones del Post-parto, factores, sobre todo, de vulnerabilidad biológica y del desarrollo, culturales y psicológicos.

A partir de 1985, los psiquiatras y psicólogos interesados en el desarrollo del lactante se apoyarán en este valor científico del paradigma de la Depresión Postnatal materna para el estudio de las primeras relaciones madre-bebé (12). Se define una nueva característica de la psiquiatría perinatal: el trastorno del padre/madre puede interferir en la función parental y en la interacción con el bebé; y su aportación más importante, la de conocer su impacto en el desarrollo del niño.

No podemos dejar de citar los aportes teóricos y clínicos de la Escuela de Ginebra, representada por J. Manzano, F. Palacio-Espasa y B. Cramer, los dos primeros españoles y muy vinculados al desarrollo de la psiquiatría del niño y del adolescente en nuestro país. Debemos reconocer, así mismo, la relevancia de su labor asistencial, científica y formativa en la atención a la salud mental en el embarazo y en la primera infancia desde una comprensión evolutiva y relacional. A sus aportaciones se alude específicamente en los siguientes capítulos.

De forma paralela surgen otras corrientes científicas, de tipo socio-antropológica y psico-sociológica, que estudian el proceso que tiene lugar en el acceso a la parentalidad como un cambio de rol que necesitará de un ajuste durante un tiempo limitado; cambio que será facilitado por el contexto sociológico que contribuye a la propia aceptación y reconocimiento por los propios padres, por su familia y, de forma más amplia, por los profesionales y la sociedad. Esto implica además la co-existencia de un recién nacido y la posible aparición de un sufrimiento mental.

Esta misma corriente desarrollará el concepto de filtro en el acceso asistencial y en las dificultades de detección y aceptación de intervención y tratamiento en red. Trabajo clínico y de investigación muy activo hoy en día.

Estos diferentes modelos de abordaje y reflexión llevarán, a partir de 1990, al desarrollo de modelos de comprensión multifactorial, en referencia sobre todo al modelo de diathesis-stress desarrollado por Brown y Harris (13), modelos médico-psico-sociales de la Psiquiatría Perinatal, especialmente estudiados en la etiología y el mantenimiento de las Depresiones del Post-partum, y que resaltan la existencia de factores de vulnerabilidad individual (genéticos, biológicos, intrapsíquicos), de

factores ambientales (contexto cultural, acontecimientos de vida) y factores interpersonales, como por ejemplo los relacionados con el bebé.

Los diferentes factores marcan la necesidad de trabajo en red en Psiquiatría Perinatal, ya que los profesionales de salud mental raramente tienen acceso directo a mujeres con patología mental en este momento de su vida. Estas pacientes estarán antes en contacto con diferentes profesionales de la salud, como profesionales de algunas disciplinas médicas (Ginecólogos-obstetras, pediatras, médicos de familia), disciplinas paramédicas (matronas, enfermería, puericultoras), psicólogos, trabajadoras sociales. En este contexto aparecen los primeros utensilios de despistaje de la patología perinatal como la escala de depresión posnatal de Edimburgo (SPDS).

1.1.3. Situación de la Psiquiatría Perinatal y del niño 0-3 años en nuestro país.-

No se puede explicar la total ausencia de atención a la psicopatología y la clínica del niño de 0-3 años y su familia en nuestro país sin conocer el propio desarrollo de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente.

No será hasta bien entrados los años 90 que veamos la creación y puesta en marcha de los distintos servicios y unidades específicas de atención a la salud mental infantil. De forma desigual según los distintos programas asistenciales de las Comunidades Autónomas, la Salud Mental Infantil se implantará alrededor de los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil, supeditados a los Servicios de Salud Mental de Adultos y, poco a poco, situándose en un espacio propio.

Al mismo tiempo que se va desarrollando la red asistencial en salud mental infantil y se va abordando la patología mental grave, de inicio en edades tempranas, se va viendo la necesidad de un diagnóstico y una detección precoz. En la mayoría de los casos la patología grave llega a las Unidades de Salud Mental Infantil y a los dispositivos terapéuticos específicos creados, muy tarde, con una sintomatología muy fijada y poco movilizable. En muchos casos los niños han pasado por los servicios de Atención Temprana primero y de Educación después, antes de llegar a los dispositivos de Salud Mental.

En cuanto a la Psiquiatría Perinatal, hemos visto el gran desarrollo, tanto asistencial como científico, en países de nuestro entorno. La patología mental del embarazo y el puerperio es abordada en su generalidad por la psiquiatría de adultos, con la particularidad de excluir de forma sistemática al bebé y al conjunto de la familia. Algunas excepciones hacen todavía más evidente la ausencia de un abordaje de la patología psiquiátrica perinatal que tenga en cuenta la díada o tríada y una evaluación e intervención precoz de sus repercusiones en el proceso vincular y en el desarrollo y bienestar del niño.

En lo que se refiere a nuestro país, los recursos asistenciales específicos de Psiquiatría Perinatal son escasos y de reciente puesta en marcha. Existen unidades de neonatología que han sido atendidas por los programas de enlace e interconsulta psiquiátrica infanto-juveniles de los hospitales, o bien por psicólogos clínicos adscritos a los servicios de Pediatría, aunque son escasos los programas llevados de forma protocolizada. Citaremos algunos ejemplos representativos de programas específicos de psiquiatría Perinatal.

Tenemos que empezar por señalar ya que nos parece importante reconocer un cierto carácter de experiencia pionera, la puesta en marcha a finales de la década de 1980 del Programa de Salud Mental Materno Infantil dependiente del Ayuntamiento de Madrid y que lideró durante más de 20 años el psiquiatra de niños L.F. Cabaleiro (14).

En la misma Comunidad de Madrid son destacables, también, los programas de Atención Temprana desarrollados también desde los años 80 por el Servicio de Neonatología del Hospital Clínico San Carlos con participación de profesionales de la psicología (15), y posteriormente en el año 2009 el programa de enlace en Psiquiatría Perinatal en el Hospital Puerta de Hierro. Este último tiene la característica de que surge de la sección de psiquiatría Infantil y se articula en torno al enlace con los servicios de Neonatología y Obstetricia, y es atendido por psiquiatras infantiles. El programa incluye la atención en interconsulta hospitalaria a gestantes y puérperas hospitalizadas en maternidad, además de atender a bebés ingresados en neonatología o pediatría y a sus familias (16).

En el año 2000 en Cataluña se pone en marcha el Programa de Psiquiatría Perinatal del Hospital Clinic de Barcelona que tiene como objetivo prioritario el tratamiento de mujeres embarazas según el tipo de trastorno psiquiátrico y el curso evolutivo de la enfermedad (17). Son de reseñar, asimismo, los programas de atención a prematuros y sus familias en el Servicio de Neonatología del Hospital Santa Cruz y San Pablo (18) y el programa de trabajo en red desde el Hospital Sant Joan de Deu, en relación con los embarazos de riesgo, donde los equipos de salud mental y los de servicios sociales asumen la función de enlace entre el nivel hospitalario y el nivel primario, en la red obstétrico-pediátrica, en función de cada caso y de los recursos de cada sector y nivel asistencial (19).

El Programa de Salud Mental Materno-Infantil del Complejo Hospitalario Mancha-Centro, en los ámbitos hospitalario y comunitario, desde el año 2009, y con un objetivo fundamentalmente preventivo y de detección e intervención precoz en torno a las primeras relaciones padres-bebé y al desarrollo del niño de 0 a 3 años, con intervenciones mediante la modalidad de interconsulta (realizada por

psiquiatra y psicólogo infantil) en Toco-ginecología, UCI pediátrica y Neonatología, Psiquiatría de adultos, y la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil; en esta última se realizan además los seguimientos terapéuticos indicados, algunos de ellos iniciados en el ámbito hospitalario, lo que garantiza una continuidad en el tiempo y seguimiento por parte de los mismos profesionales (20).

En la Comunidad Autónoma Vasca se ha puesto en marcha en 2013 el Proceso Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales (PAINNE) coordinado por el Servicio de Pediatría del Hospital de Basurto (Bilbao) con la colaboración de los dispositivos de Psiquiatria y Salud Mental de Bizkaia, que tiene como objetivos la detección precoz de factores de riesgo bio-psico-social y de señales de alerta en el proceso del desarrollo del niño e instaurar las medidas terapéuticas necesarias con el fin de asegurar y mejorar la calidad de vida del niño y sus familias (21).

Por último, y asumiendo el riesgo de algún olvido, mencionar las aportaciones de los profesionales agrupados en torno a la Asociación para la Salud Mental desde la Gestación (ASMI) creada en 2005.

BIBLIOGRAFÍA:

1.- Brazelton TB. Echelle d' evaluation du comportament neonatal. *Neuropsychiatr Enfanc Adolesc* 1983;31:61-96.
2.- Bowlby J. La théorie de lattachement. En: Lebovici S, Weil-Hapern F, editors. *Psychopathologie du bébé.* Paris: PUF, 1989; p. 165-70.
3.- Mazet P, Levobici S. Psychiatrie Perinatale. Paris: PUF, 1998.
4.- Marcé LV. Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices. Paris: L` Harmattan, 1858 (Reedición 2002).
5.- Douglas G. Psychotic mothers. *Lancet* 1956;2:124.
6.- Main TF. Mothers with children in a psychiatric hospital. *Lancet* 1958;2:845-7.
7.- Baker AA, Morisson M, Game JA. Admitting schizophrenic mothers with their baby. *Lancet* 1961;2:237-9.
8.- Racamier PC, Sens C, Carretier L. La mère et lenfant dans les psychoses du postpartum. *Evol Psychiatr (Paris)* 1961;26:525-70.
9.- Lamperière T, Rouillon F, Lépine JP. Troubles psychiques liés á la puérperalité. *EMC* Psychiatrie, 37-660-A-10, 1984.
10.- Thelander HE. Maternal guilt, prenatal and perinatal insults and psychiatric guidance. *Pediatrics* 1972;50:342.
11.- Pitt B. Atypical depression following childbirth. *Br J Psychiatry* 1968;114:1325-35.
12.- Murray L, Cooper PJ, Stein A. Postnatal depression and infant development. *BMJ* 1991;302:978-9.
13.- Brown GW, Harris T. Disease, distress and depression. A comment. *J Affect Disord* 1982;4:1-8.
14.- Cabaleiro Fabeiro LF, Botella Cañamares N. Programa de promoción de la salud materno infantil. Madrid: Díaz de Santos, 1998.

15.- Valle M, Mateos R, Gutiez P, Brum T. Contextos de Riesgo en el Niño Pequeño y Posibles Intervenciones ante la Adversidad. Clínica Contemporánea 2011;2(2):165-76.
16.- Olza I, Palanca I. La experiencia del programa del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. C Med Psicosom 2012;101:55-64.
17.- Olza I, García Ll, Lasheras G, Farre JM. La Sección Española de la Sociedad Marcé: impulsando la Salud Mental Perinatal. C Med Psicosom 2011;100:50-4
18.- Tarragó MR. Intervenciones psicoterapéuticas en un servicio de neonatología. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc 2003;35-36:169-82.
19.- Ibañez M. *El trabajo en red en embarazos de riesgo: Experiencia catalana.* Spirale 2000;15:59-66.
20.- León L., Fuertes P. Programa de Salud Materno-Infantil en los ámbitos hospitalario y comunitario. Complejo Hospitalario Mancha Centro. Servicio Castellano-Manchego de Salud.
21.- Grupo de Trabajo del Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales. Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales. 2013. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

2. ESTUDIO DE LA PARENTALIDAD.

Agustín Béjar Trancón
Roque Prego Dorca

2.1. Introducción.

Es un principio de la *psiquiatría del niño y del adolescente* atender al desarrollo del sujeto y los cambios a través de las etapas vitales, todo ello en el seno de la familia y las relaciones que se configuran entre sus miembros y las distintas generaciones. La familia es el primer horizonte de la historia personal que comienza así con la historia de los progenitores y su proyecto de buscar un hijo, atravesar la etapa del embarazo e iniciar la crianza. Lo que se pone en juego es lo transgeneracional, lo que hay en los padres de las generaciones precedentes, no sólo en el sentido de la herencia biológica, sino también lo transmitido culturalmente y en su propia crianza, donde están las raíces de ese deseo en vías de materializarse en un proceso que llamamos filiación: el de convertirse y asumirse como padres e hijos, proceso que corre paralelo a la subjetivación, a hacerse persona, del nuevo individuo.

Ese proceso de convertirse en madre, en padre, en el plano psicológico está en juego desde el embarazo. Esta etapa constituye así pues una auténtica *crisis del desarrollo* para los padres. El bebé humano seguirá bastantes meses en esa especie de matriz psicológica: la de las relaciones con los padres, punto de partida desde el que luego tendrá que ir avanzando, a través de un proceso paulatino desde la dependencia completa del recién nacido hasta la independencia y autonomía (relativa socialmente) del adulto, en los términos que desarrolló Winnicott (1).

El bebé y los padres forman un sistema complejo de influencias mutuas. Cada vez más trabajos exploran el proceso en la familia, no sólo en el post-parto, sino también en el embarazo (2-4).

Hay que aludir al desarrollo de la Medicina Obstétrica y Reproductiva, con especial atención a la intervención médica en el embarazo y la influencia que estos

factores pueden tener sobre estos procesos psíquicos, así como los procesos psicológicos específicos en relación a la adaptación a condiciones patológicas. Junto al proceso físico médicamente sostenido, hay también un proceso psicológico que va a ser clave para la pareja parental y también para la interacción con el bebé en un periodo de desarrollo psicológico muy sensible.

La presencia del profesional de Salud Mental infantil aportará una forma de considerar el peso de los factores emocionales en la práctica médica del equipo y las situaciones que viven los padres y el futuro bebé, así como aportará mayor coordinación y atención a esos aspectos y a todo el sistema familiar por parte de otros profesionales, lo que es fundamental para la prevención en todos sus niveles.

El eje de nuestra reflexión está en la relación que hay entre el estado mental de la mujer y el hombre, ya desde el embarazo, y el establecimiento del vínculo, necesario para el desarrollo en salud del bebé.

Uno de los pioneros de esta perspectiva fue Bibring (5) con su concepto de crisis de crecimiento o maduración, que permitía ver el embarazo como una etapa especial en el ciclo vital de la mujer, durante la cual ésta revive los conflictos infantiles de las fases precedentes de su desarrollo, especialmente de las primeras relaciones e identificaciones con su madre. Esta crisis tendría un valor evolutivo: un paso de crecimiento, pero también un momento de gran vulnerabilidad y riesgos.

Este proceso se acompaña de mayor rememoración e interiorización de vivencias, estimulando una identificación doble predominante (6): con la figura cuidadora de la madre y con el objeto de esos cuidados, el hijo. La mujer elaborará una nueva perspectiva de sí misma como madre y del futuro hijo, así como reelaborará la visión de sí misma constituida en la infancia.

El estudio de estas imágenes de sí y de los otros ha experimentado, junto al de las relaciones precoces, un importante auge en las últimas décadas. Esas representaciones, junto a los sentimientos que las acompañan, conforman lo que llamamos un mundo relacional interno que aporta a la experiencia personal un esquema básico de referencia. La teoría del apego de Bowlby (7) ha contribuido de forma importante con su concepto de *modelo operativo interno,* representaciones, de sí mismo y del otro, dinámicas, que actúan fuera de la conciencia y se construyen a partir de las experiencias precoces de relación con las figuras de apego.

Esto ha permitido explorar el mundo psicológico de la embarazada y del postparto: su forma de imaginarse a sí misma, al bebé, sus recuerdos de crianza y el discurso que elabora, se convierten así en importantes datos para comprender más los estilos de relación y vinculación posterior (8-13). Junto al análisis de los com-

portamientos se vuelve explorable el mundo interno de los distintos intervinientes (padres, hijo) en todas sus dimensiones, incluida la imaginaria e inconsciente (14), pudiendo estudiar mejor ese entramado de las relaciones precoces, base del desarrollo mental sano en el periodo perinatal.

2.2. Psicología y psicopatología del embarazo, parto y puerperio.

2.2.1. Prehistoria del vínculo y trabajo de embarazo.

El embarazo y los fenómenos que suceden en esta etapa en los planos biológico, psicológico y social, son los antecedentes más cercanos de ese vínculo, su prehistoria (2).

En los padres se pondrán más en juego sus recuerdos, su forma de verse a sí mismos antes y actualmente, con una reelaboración que irá de la mano de las vivencias nuevas que comenzarán a experimentar con el embarazo y con las progresivas modificaciones. Esto va a suponer un trabajo de embarazo (2), enfrentar todas las modificaciones físicas y psicológicas y prepararse para la nueva etapa al nacer el niño. Hay una gran movilización de sentimientos viejos y nuevos, con presencia también de ansiedad, confusión y sentimientos de ambivalencia. La gran intensidad de estos movimientos confluirá en las representaciones del hijo imaginario (la expectativa según el deseo de los padres) junto a la apertura a lo nuevo, a la realidad del hijo que comienza a formarse y nacerá, al niño real.

2.2.2. Fases del embarazo.

En el plano de las transformaciones mentales en la madre[1], en síntesis, podemos agruparlas en dos, con dos tareas globales predominantes:

Una primera, correspondiente a los inicios y primeros meses, donde se juega la aceptación del embrión y feto como parte de sí misma, en la que hay expresiones y conductas que apuntan a vivencias de indiferenciación o fusión con el feto. Tienen lugar importantes modificaciones de la imagen corporal y de sí misma, cierta regresión y polarización sobre sí. La tarea aquí podríamos resumirla en aceptar al feto como una parte de sí misma.

El segundo periodo, que viene marcado por la aparición más perceptible del feto con sus movimientos, abarcaría desde ahí hasta antes del parto. El feto es percibido de forma cada vez más diferenciada y reconocido como una entidad en sí

[1] Nos referiremos prioritariamente a la madre, por simplificar el texto, entendiéndose que también hay transformación y un proceso en paralelo en la pareja o padre, que no desarrollaremos específicamente aquí.

mismo. Eso provoca en la mujer ansiedades de pérdida, que se manifestarán de forma más o menos velada en el ánimo y en las conductas de cuidado y preocupación. Una tarea muy importante que elabora aquí la madre es la de ir diferenciando entre el bebé y ella misma.

2.2.3. Representaciones y vivencia del parto.

El parto puede verse como la tercera y última fase, es un momento de urgencia biológica y psíquica. Es vivido a menudo como una acción violenta en la cual aparecen temores de destrucción del cuerpo del niño. Breen subraya (15) que esas fantasías existen no solamente en la madre sino en las personas próximas que la rodean, incluyendo a los profesionales. Este conflicto central entre destrucción y conservación del niño caracterizaría todo el embarazo. El parto comporta una especie de prueba de estrés para la mujer, de lo que es un claro indicio el problema de las reacciones traumáticas post-parto, que muchas veces tienen importantes consecuencias.

La mujer puede confirmar, con el parto, su integridad corporal y su capacidad creativa, pero también tiene que enfrentar sus fantasías de fracaso, déficit e inadecuación, así como fantasías de culpa y castigo que ya están presentes en el embarazo o temores por la salud que no se atenúan tras el parto.

El parto desencadena en la mujer inevitables angustias de pérdida, en relación a diversos tipos de vivencias (15): Puede ser vivido como la pérdida de una parte de sí misma, la pérdida del niño interior y la renuncia al niño imaginario a favor del niño real (diferente del imaginado). La nueva tarea, en todo caso, a la que se enfrenta ahora es la creación de una relación con el niño fuera de ella que tendrá que evolucionar hacia una mayor diferenciación en el proceso de separación-individuación (12).

2.2.4. Las competencias del feto (el vínculo prenatal).

El desarrollo de la obstetricia y las técnicas de exploración ecográfica han comportado nuevos conocimientos y nuevas prácticas, así como los avances de la pediatría que han permitido que bebés muy prematuros puedan sobrevivir, aportando también más datos sobre el estado funcional en esas etapas.

El gran desarrollo del estudio de las interacciones precoces también ha influido en investigar hacía atrás los inicios de la vida mental y de las interacciones feto-maternas, un tema que suscitó ya algunas primeras exploraciones desde el campo psicoanalítico (16) y que los datos recientes no cesan de estimular. Ahora disponemos de más datos sobre las capacidades sensoriales y motoras del feto, sus reacciones, los esbozos del armazón que se continuarán tras el nacimiento con las competencias del bebé para entrar en relación.

Ahora se tiene un mapa más exacto del desarrollo de las capacidades sensoriales, así como hay patrones de motricidad fetal (17). De esta forma las reacciones precoces del feto ofrecen la posibilidad de que la madre pueda otorgarles un significado, en función también de sus imaginaciones, contribuyendo al mundo de las representaciones sobre él que van conformando una auténtica relación antes de que nazca.

Por otro lado, esas capacidades y lo que empieza a conocerse sobre el sueño y la maduración cerebral, sugieren la existencia de una organización psíquica prenatal y capacidades de aprendizaje (17-20). Para Mancia (18), el estudio ultrasónico ha permitido comprobar que el feto es sensible a su ambiente y que sus experiencias, muy básicas, pueden no obstante experimentar cierta integración, gracias a la constancia y ritmo, así como a capacidades neurológicas de integración como la percepción transmodal (21), ya presentes en el recién nacido.

Todo esto llevan a plantear la cuestión de la organización de un sí mismo rudimentario en el feto (18,20), constituido por funciones relativas al cuerpo y experiencias afectivas de placer y dolor, en las que se enraizaría la experiencia post-natal. Esto sin duda contribuirá, en nuestro terreno, a comprender mejor las bases del vínculo y sus condiciones, lo que permitirá adaptar mejor las intervenciones en la clínica de las situaciones problemáticas, como por ejemplo en el cuidado a los prematuros (22).

2.2.5. El vínculo tras el parto.

La tarea de establecer y favorecer el vínculo comienza inmediatamente tras el parto. Esos momentos iniciales son especialmente intensos y delicados también para el niño y la relación. Ya hay un amplio conocimiento de la importancia de favorecer este vínculo, fundamental para la salud física y mental del neonato.

El fomento de las capacidades parentales comienza con el contacto piel con piel desde los primeros momentos, con el apoyo a que la madre vaya sintiéndose segura en el manejo y los cuidados iniciales a su bebé, así como el fomento de la lactancia natural (en condiciones que así lo permitan) y condiciones de tranquilidad en los momentos de intimidad con su bebé que vayan reforzando su naciente identidad como madre adecuada. Estos son objeto diana de un buen cuidado inicial del postparto por parte de los profesionales (matronas y ginecólogos, así como otros agentes sanitarios en los primeros días en el hospital, desempeñan aquí un importante rol promotor de salud física y emocional).

Los aspectos apuntados brevemente hasta aquí sobre el trabajo de embarazo, la preparación para el establecimiento del vínculo y las relaciones precoces, permiten

también plantear la relación como la clave de la psicopatología de la perinatalidad, como describe Golse (23), hasta el punto de poder considerar todos los trastornos psicopatológicos de la perinatalidad como auténticas enfermedades de la interacción.

2.3. La clínica prenatal.

Como referíamos más arriba, las prácticas y políticas sociales y sanitarias, junto al desarrollo de la medicina reproductiva, obstétrica y fetal, implican ahora la posibilidad de intervenir en múltiples situaciones a lo largo de todo el proceso y en todos los niveles de prevención. Esto hace que, ante una problemática perinatal, se requiera una exploración y un cuidado especial del bebé y de la relación madre-bebé, incorporando también en diversos grados a la pareja y el seguimiento de los hijos mayores.

Nos encontramos con trastornos perinatales sobre los que hay gran consenso clásicamente:

- **Trastornos depresivos puerperales,** desde la disforia post-parto o blues del parto (prevalencia de entorno al 50 %) hasta las depresiones mayores postnatales (10-15 %), de gran interés por el impacto que pueden suponer sobre el neonato y por su frecuencia.
- **Psicosis agudas puerperales** (raras, prevalencia estimada en 0,1-0,2 %)
- **Trastornos de ansiedad perinatales**, en relación con los estados depresivos y que también podrían clasificarse a lo largo de un continuo (prevalencia aproximada de 20%).

Además hay una variedad de situaciones muy importantes de detectar y de establecer intervenciones adecuadas, de las que un ejemplo son las neurosis traumáticas obstétricas secundarias a accidentes perinatales precedentes o la pérdida pre-natal.

En todo el periodo hay dificultad para el reconocimiento de psicopatología por los sujetos que la sufren y por el entorno (el sanitario también). Las ideas socialmente aceptadas sobre la maternidad que se idealiza, más el efecto del estigma de la patología mental, actúan en conjunto, a lo que hay que añadir la escasez de recursos sanitarios y la ausencia de organización de la atención a estos problemas en muchos casos. Eso genera retrasos, cuando no obstaculiza el tratamiento de estos problemas.

En relación a la cronología del proceso abordaremos la patología mental durante el embarazo y después la puerperal.

2.3.1. Trastornos ansioso-depresivos en el embarazo.

Síntomas de ansiedad y ánimo deprimido son frecuentes en el embarazo, incluso más frecuentes en el último trimestre que en el postparto (24,25). Todo apunta a una alta incidencia incluso en mujeres sin patología previa psiquiátrica (26). Ese malestar emocional y la ansiedad en el embarazo es uno de los principales factores que pueden anticipar una depresión post-natal (27) y por tanto hacen resaltar la relativa continuidad entre una y otra.

2.3.1.1. Significación de estrés y ansiedad en el embarazo y prevalencia de los trastornos.

A la vulnerabilidad de este periodo, con la alta frecuencia de estos síntomas, se suma la comorbilidad con la clínica depresiva y el solapamiento con la propia sintomatología del embarazo. La ansiedad, como las molestias somáticas, puede funcionar como una alarma o guía de la necesidad de mayor atención o exploración de los aspectos emocionales para descartar evoluciones a peor, así como para potenciar la prevención o intervenir con mayor apoyo o seguimiento.

Además suele incidir en mayores complicaciones médicas, así, la mujer angustiada puede no buscar adecuado cuidado prenatal (por ejemplo embarazada diabética que al estar deprimida no busca el cuidado adecuado de su salud). La ansiedad en el embarazo se asocia a aborto espontáneo, sangrado gestacional y parto prematuro y también con cambios en los movimientos fetales, en el ciclo sueño-vigilia y en la frecuencia cardiaca. Un estudio asocia depresión y ansiedad pre-natal con aumento de riesgo de pre-eclampsia (28).

Los diversos estudios apuntan a una mayor prevalencia de los diferentes cuadros de ansiedad en el embarazo, en torno a un 1-2% para el trastorno de pánico, 8 % para la ansiedad generalizada, 0,6% en el Trastorno Obsesivo Compulsivo o 5 % en el trastorno por estrés postraumático (29). Se da una intrincación de fenómenos normales para la etapa, la presencia de síntomas específicos con un gradiente continuo que sólo en una parte se manifiesta como un trastorno clínico claro. Los casos clínicos serían la punta del iceberg (30) que no deben anular la preocupación por las posibilidades de apoyo a una proporción de mujeres que, sin llegar a los criterios diagnósticos, presentan un alto malestar.

2.3.1.2. Repercusión en el niño.

Los efectos del estrés materno durante el embarazo pueden dificultar la sintonía inicial madre (padre)-hijo en las relaciones precoces. Esta interferencia en las relaciones precoces puede ser el mecanismo de refuerzo y consolidación de la diversa psicopatología posterior posible.

Hay evidencia de que la ansiedad y estrés materno en el embarazo puede afectar el neuro-desarrollo del feto, sobre todo a partir de modelos animales, efectos que se muestran en el área de la cognición, memoria y atención, pero también hay estudios que muestran las posibilidades de modulación por la crianza (31).

Pero ya hay también evidencia, en humanos, de los efectos del estrés y la angustia prenatal. Estos síndromes se pueden perpetuar en el periodo de postparto obstaculizando el vínculo, ocasionando automedicación o abuso de sustancias. En los casos graves, detectar la falta de sentimiento conectado al feto en crecimiento es un síntoma preocupante para la madre y el cuidador.

Se ha hallado una relación de esas situaciones pre-parto con problemas emocionales o cognitivos y de conducta, con más riesgo de TDAH, trastornos de ansiedad y retraso del lenguaje en el niño, efectos independientes de los debidos a la depresión post-parto (32-34). Niños expuestos a la ansiedad prenatal se han encontrado más reactivos, con peores interacciones con sus madres y con peor desempeño en el test de Bayley (35).

Además, la depresión prenatal no tratada puede llevar a niños con menor APGAR, mayor nivel de cortisol y relacionado con menor peso, así como peor resultado en la escala de Brazelton. Estudios de cohorte (29) corroboraron que la ansiedad y la depresión perinatal tienen un impacto en las conductas externalizadas (hiperactividad, conductas de oposición-desafío) de los niños.

Hay que considerar que estos son estudios de riesgo, algunos de los cuales llegan a estimar que el peso de la ansiedad pre-natal respecto a la presentación de problemas de conducta sería del 15% (36).

2.3.1.3. La depresión en el embarazo.

Un rasgo señalado común a la depresión post-parto es precisamente la dificultad añadida del diagnóstico y la intervención como consecuencia de lo encubierto de la misma, lo cual se sugiere que es potenciado como consecuencia de la ideología social predominante que induciría a una imagen sociocultural de la maternidad, "una madre no tiene derecho a tener problemas o sentimientos de este tipo". Este factor dificulta el adecuado abordaje (29, 38, 39).

La depresión pre-natal sería de diagnóstico relativamente sencillo por las manifestaciones comunes depresivas (auto-reproches, auto-desvalorización, ansiedad, insomnio), junto a problemas somáticos (picores, dolores de espalda). Sin embargo, algunos síntomas se solapan con los del embarazo (trastornos de apetito, sueño, cambios de peso, anergia, humor lábil). Serían la tristeza y desesperanza lo más distintivo de la depresión o la aparición de ideación suicida. También se dan casos

de depresión mayor, alrededor de un 10% (40). Como investigaron Manzano y cols. (38), la mayoría de los cuadros puerperales presentan un cuadro identificable en la etapa prenatal, que se constituye así en un factor principal de riesgo para el post-parto.

2.3.1.4. Factores de riesgo.

Como en la depresión post-parto, los antecedentes familiares y personales de trastorno afectivo son factores claros, así como, entre los eventos vitales, otros antecedentes previos en relación a embarazo y post-parto (depresión post-parto previa sobre todo).

En el plano biológico, como mediador de los efectos del estrés de la madre sobre el niño, está el eje hipófiso-suprarrenal y la regulación del cortisol. En el plano psicológico son los procesos que hemos descrito en relación a la crisis de la parentalidad, con los conflictos subsiguientes, en función de temperamento, personalidad e historia personal de los sujetos, más los eventos vitales estresantes (life-events); éstos, difícilmente elaborados, suelen estar presentes (separaciones, dificultades emocionales). Hay que añadir como factores el bajo estatus socio-económico y las condiciones de falta de soporte social, así como la discordancia marital, desde los primeros estudios se identificaron los problemas de relación en la pareja como uno de los más influyentes (24).

2.3.1.5. Despistaje y diagnóstico.

La enfermedad no tratada se continuará en el postparto, en la mayor parte de los casos, con las consecuencias aquí no sólo para la madre, sino ampliadas también sobre el bebé y la relación. Se han usado métodos de despistaje en principio diseñados para las depresiones post-parto, como el test de Edimburgo, pero también se han desarrollado instrumentos específicos como el Cuestionario de Ginebra DAD-P (38), un sencillo test diagnóstico para esta problemática y para el riesgo que supone de depresión post-parto, lo cual permitiría identificar al grupo de mujeres (se estima en un 15% de la población de embarazadas) con este cuadro, de las que la mitad desarrollarían depresión post-parto (Anexo I).

En resumen, la depresión en esta etapa tiene una incidencia, por lo menos, semejante a la de la depresión post-parto, que en su mayoría se inician ya en el embarazo. La ansiedad, en sus diversas manifestaciones, es un predictor considerable de depresión post-natal, así como la ansiedad y el estrés en el embarazo pueden tener un significativo impacto a largo plazo en la salud mental y el desarrollo del niño (30).

2.3.2. Neurosis traumáticas post-obstétricas.

Byldowsky (4) propone esta denominación para situaciones en que un primer parto han dado lugar a un traumatismo psíquico, de intensidad excepcional, en el que la parturienta se ha sentido en peligro de muerte. A esta vivencia traumática inicial seguiría una etapa latente y, posteriormente, una situación de repetición de la vivencia temida (un nuevo embarazo) desencadenaría la restauración del cuadro, con un estado ansioso-depresivo de intensidad variable, junto a rememoración persistente del trauma, ansiedad, insomnio y pesadillas en torno al incidente.

El efecto de esta vivencia traumática se haría manifiesto en las semanas y meses siguientes, con un periodo silente a veces prolongado, donde tras el primer momento se atenúa, pero a veces permanece activa e incluso llega a provocar una larga contracepción voluntaria.

Es importante en la clínica obstétrica, ya que puede considerarse como una señal de la posibilidad de repetición de accidentes obstétricos que podrían prevenirse y detectarse. Sobre todo al final de la gestación cuando el parto es más inminente, para una buena evolución y evitar la repetición de accidentes obstétricos graves que, si no, aparecen como repeticiones inexplicables.

2.3.3. Pérdidas prenatales y otras situaciones obstétricas especiales.

La pérdida prenatal, sobre todo en embarazo ya avanzado, es un desenlace fatal que enfrentará a la mujer, la familia, y, también, al personal médico, a emociones muy intensas. Se abre así un campo a la intervención del psiquiatra o el profesional de salud mental, directo si es accesible al equipo o mediante el asesoramiento del manejo de estas situaciones, lo que puede ser un importante factor preventivo, con consecuencias en reducir los efectos negativos que pueden tener en ese momento y a posteriori, en futuros embarazos y en la crianza (41). Además, sabemos que las pérdidas fetales y neonatales incrementan el riesgo de depresión, incluso largo tiempo después (42).

Todo esto hace indicado el asesoramiento y apoyo para el equipo y los padres. Reorganizar conjuntamente con el personal obstétrico cómo apoyar y mejorar el cuidado emocional y los procedimientos ante la pérdida perinatal es la clave. La contención que supone el que el personal (obstetras, matronas, etc.) pueda comprender los movimientos emocionales de los padres, la necesidad de expresión de ciertos sentimientos (culpa, ira) y de explicaciones repetidas sobre lo sucedido, así como poder ver o incluso sostener al feto o bebé muerto, en la mayoría de los casos, es muy facilitador del duelo.

En el contexto de los procedimientos médicos, jugará un papel fundamental para mejorar el pronóstico de salud emocional y reproductiva de la mujer y, en muchas ocasiones, del conjunto familiar. También es importante el apoyo del equipo médico ante pérdidas perinatales. La dificultad traumática que enfrentan los padres, con sentimientos inevitables de culpa, angustia y ambivalencia, suponen también un cuestionamiento y exposición del equipo médico a gran estrés. Distintos contextos como:

- La reproducción asistida, donde se juntan diversas problemáticas emocionales, previas al inicio de la intervención médica (duelos y frustraciones previas de la infertilidad), así como generadas a lo largo del proceso, en donde diversas evoluciones pueden enfrentar aún más a la pareja con situaciones estresantes y conflictivas, con implicaciones posteriormente sobre los hijos, es un área de mayor riesgo de psicopatología (43,44).

- El anuncio de enfermedad o pronóstico adverso en el diagnóstico prenatal puede suscitar la identificación de mujeres y familias para las que pueda ser prescriptivo un apoyo terapéutico o mayor monitorización del proceso, cuidando también los aspectos emocionales y de prevención ante la aparición de psicopatología.

- IVE (Interrupción voluntaria del embarazo), donde tras la intervención puede haber una sintomatología depresiva, un estado de excitación maníaca o un síndrome confusional. Normalmente las demandas de intervención provienen del médico o matrona al percibir el estado de la mujer.

- El embarazo y la maternidad adolescente, factor de riesgo para múltiples problemas emocionales, tanto para la propia adolescente como para la crianza. La distinción de las diversas problemáticas emocionales en diferentes contextos sociales y de atención médica van a requerir, habitualmente, el apoyo profesional complementario desde Salud Mental, tanto en la maternidad como en el caso de IVE.

La patología emocional en esta etapa también estará marcada en ocasiones por la presencia de quejas somáticas, complicaciones obstétricas repetidas y la presentación, ante el equipo ginecológico-obstétrico, como pacientes difíciles en el contacto y la relación con los agentes sanitarios. En muchas de estas situaciones se unen factores socio-culturales que suponen factores de riesgo añadido para una evolución difícil. El buen asesoramiento del equipo sanitario y la conexión con psiquiatría-salud mental puede ser una palanca para reducir los obstáculos que pueden frenar el cuidado más adecuado posible.

2.4. La clínica puerperal.

Por su predominio, son los trastornos depresivos centrales en este periodo. Las mujeres tienen una prevalencia de depresión casi doble que la del hombre, con un pico de frecuencia de inicio en los años de crianza (45). Incluso en países desarrollados puede ser difícil de detectar por los profesionales implicados, siendo infra-diagnosticada (46, 47).

2.4.1. El blues del parto.

Es una situación transitoria, que cursa con síntomas menores y leves, un estado emocional de especial sensibilidad, tristeza o disforia, también con irritabilidad, cansancio, ansiedad e insomnio, limitados a las dos semanas tras el parto. En lugar de la esperada alegría o bienestar pueden experimentar también decepción o desilusión. El entorno suele reaccionar banalizando la situación. La frecuencia es muy alta (30-50% de las parturientas). Normalmente evoluciona bien en 1 semana a 10 días.

En su origen se conjugan una mezcla de factores biológicos y psicológicos, junto a las influencias sociales. Hay grandes cambios hormonales a lo que se suma el estrés físico que representa el parto y puerperio. Una historia familiar de depresión, sintomatología depresiva en embarazo y cambios de humor premenstrual son factores de riesgo de los blues (48). En el plano psicológico, lo podemos poner en relación con el señalado "trabajo de embarazo" y su destino, confrontar tras el parto las imágenes y fantasías sobre el niño por venir (niño imaginario) y la realidad de la situación y del recién nacido (niño real), a lo que hay que añadir el duelo por el estado de embarazo perdido, un estado que, con todo, supone también unas vivencias muy deseadas y satisfactorias.

Otro aspecto crucial que puede subyacer en los blues es la capacidad de sintonizar con el recién nacido y adecuarse y establecer el vínculo con él. Estamos ahí en la constitución de la preocupación maternal primaria descrita por Winnicott (49) y que hace referencia a una reorganización cognitivo-emocional de la mujer que empieza antes del parto y se prolonga las primeras semanas. El nacimiento puede hacer revivir a la pareja joven, sobre todo a la mujer, los momentos conflictivos de su primera infancia y las circunstancias de organización de su apego.

El decaimiento de la madre que puede subyacer al blues se potenciaría como efecto también de esa transformación y sensibilidad, lo que explicaría su generalización.

Si el cuadro es severo y la duración es de más de 8-10 días podemos estar ante una incipiente depresión postnatal. También mujeres con historia previa de depresión mayor requerirían mayor monitorización ya que, entonces, más que signo de blues, este síndrome podría indicar inicio de recaída de un episodio depresivo clínico.

2.4.2. La depresión post-parto.

Conocida de antiguo, es un cuadro muy diferente del blues por su intensidad y duración de la evolución. Es aún, a veces, muy desconocida o negada, a pesar de tener una prevalencia en torno a un 10-15% de parturientas. Difícil por tanto de reconocer por las propias pacientes que pueden interpretar los síntomas racionalizándolos, o malinterpretar su estado en términos morales, por ejemplo considerarse una "mala madre" evitando solicitar ayuda (38). Pero más allá del cuadro clínico la entendemos como una patología de la interacción (23), lo que implica que, para entenderla y abordarla, no podemos separarla de la presencia del bebé. El aspecto encubierto dificulta la detección precoz, a lo que se suma la escasez de recursos y formación específica en estos aspectos. Su elevada incidencia, el sufrimiento que crea en las puérperas y toda la familia y el impacto sobre los hijos lo convierten en un problema de salud pública.

2.4.2.1. Clínica, diagnóstico y vulnerabilidad multifactorial.

Los síntomas serán los típicos de un cuadro depresivo, siendo el periodo en el que aparece lo que la particulariza. Un inicio de depresión en el primer año tras un parto se considera depresión post-parto desde un punto de vista clínico. Un aspecto destacado en las clasificaciones es el inicio de la depresión en las cuatro semanas tras parto (en el DSM-V se señala con inicio en el "peri-parto" como característico de los trastornos depresivos), sin embargo, muchas de estas depresiones pueden manifestarse y detectarse después, en torno al tercer mes post-parto y pueden durar hasta el año o más. El problema es que a veces sigue un curso poco claro, dura meses y, si no se reconoce, puede evolucionar a la cronicidad. La depresión post-parto se manifiesta, fundamentalmente, por síntomas más duraderos que en el blues, de mayor intensidad y con tristeza, anhedonia, ideas de sinsentido de vida o ansiedad.

2.4.2.2. Factores de riesgo.

Como en toda la patología depresiva, la existencia de antecedentes familiares y sobre todo, personales de depresión, son factores importantes. Destacan una historia previa de depresión post-parto (un 30-50% de riesgo de recaída), también

la depresión pre-natal y el blues del parto, aunque como hemos visto estos sean cuadros distintos (50).

Entre los factores de riesgo psicosocial destacan la falta de pareja, de apoyo social o familiar, la presencia de embarazo no buscado, historia de maltrato, bajo nivel sociocultural, pérdidas previas (muerte fetal o aborto, muerte neonatal) o embarazo en adolescentes. El dato previo de eventos vitales y la dificultad de la mujer para hacer frente a situaciones de pérdida (separaciones, duelos o equivalentes) serían un factor de primer orden. Por último, hay que señalar las recaídas a partir de la interrupción del tratamiento antidepresivo en mujeres que lo seguían previamente al embarazo.

Las complicaciones obstétricas o médicas también contribuyen tanto al aumento del estrés en embarazo, como, posteriormente, a una mayor vulnerabilidad a la depresión post-parto. Así, en la investigación llevada a cabo por Manzano y cols. (38) con mujeres que desarrollaron este cuadro tras el parto y sin síntomas prenatales, encontraron como factores determinantes complicaciones que originaban separación madre-bebé en postparto, junto a la mala vivencia subjetiva del parto y problemas en el recién nacido.

Tabla: Resumen factores de riesgo en la DPP (Depresión Post-Parto).

- Historia de depresión previa. DPP en parto previo. Disforia premenstrual.
- Depresión pre-natal. Ansiedad elevada en embarazo.
- Historia familiar de depresión.
- Quejas somáticas y complicaciones obstétricas. Separación madre-bebé en postparto inmediato.
- Factores sociales como precariedad, soledad, falta de compañero o de apoyo del entorno, vuelta precipitada al trabajo, destete.
- Condiciones particulares en torno al nacimiento, prematuridad, hospitalización del neonato.
- Antecedente de muerte neonatal o fetal, duelo patológico.

2.4.2.3. Despistaje y diagnóstico.

En psiquiatría la entrevista clínica es irremplazable por cualquier otro método. Junto a la adecuada técnica, ya sea de forma estructurada o semi-estructurada, recoger los ítems fundamentales en relación a la historia de la mujer, los aspectos que rodean al embarazo y los factores de riesgo referidos es lo preceptivo para sospecharla. Pero la realidad de la asistencia sanitaria puede hacer esto poco menos que imposible o al menos poco practicable, por eso son fundamentales los instrumentos de despistaje.

Entre estos instrumentos destaca el cuestionario de Edimburgo que es el más consolidado (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS). Desarrollada por Cox, Holden y Sagovsky en 1987 (51) permite su reconocimiento a partir de la 7ª-8ª semana y es la escala más validada y fiable (Anexo II). Está compuesta por 10 items para que la mujer identifique el que más refleja su estado en la última semana. Es una escala de screening de forma que puntuación de 12 o más indica depresión pero no indica la intensidad, aunque focaliza la importancia de algún ítem muy dirigido a síntomas de mayor emergencia, como la presencia de ideas de autolesionarse. Puede usarse para valorar evolución y también se ha usado en el embarazo para el diagnóstico de la depresión pre-parto.

Se investigan otras posibilidades para identificar rápidamente estos cuadros o su sospecha contando con la escasez de tiempo y recursos profesionales. El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), en base a revisiones de evidencia, recomienda a los ginecólogos un método de despistaje breve usando dos cuestiones:

1- ¿Se ha sentido decaída, deprimida o desesperanzada en las últimas dos semanas?

2- ¿Se ha sentido con poco interés o placer haciendo cualquier cosa?

Lo proponen, como forma de focalizar el estado de ánimo, como un objetivo en cada visita de seguimiento con el ginecólogo, sensibilizando a médico y paciente a investigar estos aspectos (42).

2.4.2.4. Vulnerabilidad bio-psico-social. Dinámica psicológica.

A la vulnerabilidad biológica contribuyen, al menos, dos elementos, uno el de los cambios que produce el embarazo y lo que hemos llamado la prueba de estrés que es el parto, y otro, el que viene marcado por la constitución y predisposiciones genéticas individuales como historia personal-familiar de trastornos afectivos.

También, como señalábamos, factores sociales e ideológicos y culturales pueden estar en el trasfondo, influyendo en la presentación o en el enmascaramiento y extensión de estos problemas (39). Según este enfoque, la adaptación de la mujer a sus nuevos roles sociales con el acceso a la maternidad supone un conflicto. Pueden sumarse, además, factores sociales particulares como el nivel socio-económico, factores de marginalidad, de falta de apoyos sociales, etc.

En cuanto a la dinámica psicológica que puede subyacer, el embarazo y nacimiento hace revivir a la pareja joven, sobre todo a la madre, los momentos conflictivos de su primera infancia y las circunstancias de organización de su apego.

La ambivalencia puede dominar el vínculo en construcción y esto tiene que ver con los conceptos que hemos apuntado en el capítulo anterior, como el trabajo de embarazo y el encuentro entre niño imaginario-niño real, y con la mayor vulnerabilidad de funcionamientos parentales menos ajustados a la confrontación con sus expectativas. Esto sería un mayor riesgo para mujeres con mayor fragilidad narcisista y de autoestima (52).

Otro eje importante de comprensión está en el desbordamiento de las funciones de contención para la futura madre, así, mujeres con carencias precoces se verán en dificultades en embarazo y post-parto en su contribución al proceso de vinculación. Por otra parte, aquellas madres que se encuentren ante niños que por diversas razones, como temperamento, o condiciones médicas como la prematuridad, presentan más dificultades para la sintonía en las interacciones precoces (53), tendrán más dificultad para implicarse en la relación intersubjetiva. Esto implica la urgencia de intervenir con las madres, y padres en general, en dificultad, porque el bebé no espera.

2.4.2.5. Efectos de la depresión post-parto sobre el bebé y la familia.

La falta de reacción y respuesta de la madre deprimida desencadena una respuesta depresiva en el niño, así como en la vinculación y el apego, que será más fácilmente inseguro, de forma que puede haber problemas cognitivos y emocionales en el futuro del niño, con perpetuación de mayor malestar y sufrimiento para todo el sistema familiar. Estudios recientes también muestran que un 10% de los padres pueden deprimirse en el post-parto (54,55). Lo que parece claro, de los estudios de seguimiento a largo plazo de niños con padres deprimidos, es que hay un claro aumento en el riesgo de trastorno afectivo en los hijos que parece ser mayor cuanto mayor es la duración del proceso depresivo en el progenitor y más, si ambos progenitores la sufren (52,56).

La formación del vínculo con la madre y el ambiente relacional en el que comienza el desarrollo son procesos complejos, claves en la constitución de la estructura psicológica en la que se basará todo el desarrollo posterior, pues constituyen el canal de la compleja comunicación entre madre y bebé que está en la base de la facilitación ambiental, necesaria para el desarrollo mental. Nos referimos aquí fundamentalmente al ambiente relacional que se convierte así en la matriz impulsora del desarrollo socio-emocional del niño.

Hay una gran convergencia de estudios y datos procedentes de distintas corrientes y disciplinas, tanto clínicas como experimentales (57). Por ejemplo, si lo consideramos desde la perspectiva de la formación del apego en la díada, los pri-

meros cuatro meses de vida parecen ser el periodo sensitivo para establecer un apego seguro (56). Lo que está claro también es que el tratamiento adecuado de los progenitores tiene un efecto positivo en la mejoría de los niños (52).

Tanto la depresión severa con apatía, retirada emocional, no respuesta al bebé, como la moderada con irritabilidad, fatiga, tristeza, pueden obstaculizar a la madre en esa función, interfiriendo en la constitución de las relaciones precoces. Estas madres tienen menor contacto visual con los bebés y éstos, a su vez, responden con evitación del contacto y la mirada, así como con una menor expresión de afecto positivo. Las madres hablan menos a los bebés y sus patrones vocales difieren de los de las madres no deprimidas, al mismo tiempo que hay una reducción del contacto y las caricias al bebé y menos reciprocidad en el diálogo conjunto de alternancia de turnos, en la expresión de afecto y en la conducta (58).

En correspondencia con esto están las investigaciones que muestran que hijos de madres deprimidas en puerperio expresan menor placer y se muestran menos dinámicos, lo que se interpreta como una tonalidad depresiva en paralelo con la sufrida por la madre. También muestran tendencia a presentar un patrón de apego evitativo con mayor indiferencia ante el reencuentro con la madre, vocalizando y sonriendo menos. Del mismo modo van a mostrar mayor retraso en la adquisición de la permanencia de objeto, importante para el desarrollo cognitivo y afectivo, e indicaría en ellos una imagen interiorizada de la madre menos estable que en niños de madre no deprimida (35). Esta situación tiene como consecuencia que estos niños son más dependientes de la presencia física de la madre y más vulnerables a las separaciones, comprometiéndose la propia construcción identitaria en el niño. Aquí el comportamiento de evitación actuaría como defensa.

En resumen, se da un empobrecimiento del vínculo que puede conllevar la aparición posterior de un trastorno reactivo del apego, semejante al visto en niños con graves carencias, tanto en su forma desinhibida, con familiaridad indiscriminada hacia próximos o extraños, como en la inhibida, con retirada del contacto social. La DPP puede contribuir a generar cuadros depresivos infantiles precoces, y sus efectos pueden repercutir en una mayor vulnerabilidad a patologías psicosomáticas y funcionales, como el asma, los cólicos y la irritabilidad, que además retroalimentan el estado depresivo de la madre y sus sentimientos de incapacidad (56).

Además debe considerarse que estas situaciones pueden generar efectos en la constitución de la personalidad del niño y en las condiciones de vulnerabilidad que no se manifiestan claramente en el bebé, pero pueden condicionar negativamente su desarrollo con efectos en otras etapas, de forma que habría efectos a medio y largo plazo, como por ejemplo un patrón de apego inseguro ya consolidado, con

las consecuencias que esto va a tener para su socialización y desarrollo cognitivo. Así se podrían extender a la infancia, al periodo escolar y a la adolescencia los síntomas ansio-depresivos y una mayor frecuencia de trastornos externalizados o de expresión conductual. En general, sería un factor de influencia en una mayor vulnerabilidad psicopatológica.

Pero los efectos, como decíamos más arriba, pueden dejar su huella en otros miembros de la familia, como por ejemplo en hijos previos. Nos encontraríamos en estos casos con el efecto sumatorio, en periodos sensibles, de múltiples factores.

Por otra parte hay que rechazar un reduccionismo que consideramos no objetivo y perjudicial para la mujer, como es la idea de que la depresión de la madre sería la causa de la psicopatología del hijo. Puede ser que madre e hijo estén respondiendo a factores estresantes externos o que factores del temperamento o dificultades del niño desencadenen un cuadro más fijado en la madre, como también hay hijos de madres con DPP que evolucionan bien. Lo que sí nos permiten los estudios y la experiencia clínica es identificar, con más precisión, un grupo de riesgo que puede beneficiarse de una asistencia mejor informada.

2.4.3. Las psicosis puerperales.

Ya se ha comentado en la introducción su importancia histórica en la identificación de la patología puerperal de la mujer. Son infrecuentes, 1/2000 nacimientos, pero se trata de cuadros graves y complejos en su manejo. La mayor parte de los datos sugieren la relación con los trastornos de ánimo, en concreto los trastornos bipolares y las depresiones mayores psicóticas, a lo que se añadiría lo referido sobre los factores de mayor estrés psíquico y biológico que acarrean embarazo y parto. En ambos casos hay un alto riesgo de suicidio que puede incluir agresión al bebé y el infanticidio.

Es más frecuente en mujeres jóvenes primerizas y marcan un riesgo de reincidencia en posteriores embarazos. Una gran parte tienen antecedentes familiares de trastornos del ánimo. En cuanto a las manifestaciones clínicas, son cuadros de instauración brusca que se dan en las cuatro semanas siguientes al parto y pueden presentarse con alucinaciones, agitación, delirio y cambios bruscos de humor (59). El insomnio puede ser la primera señal, agravado por los cuidados al recién nacido, con fatiga, inquietud, llanto y labilidad emocional en un principio, desarrollándose luego confusión, incoherencia, ideas irracionales de preocupación por la salud del bebé, llegando, en muchos casos, a ideas delirantes, de robo, defecto, de no reconocimiento o, incluso, muerte del bebé o de daño y perjuicio. No son raras las ideas de daño a sí mismas o al bebé.

El curso es relativamente corto, de días a semanas. Es importante el diagnóstico diferencial con el trastorno psicótico inducido por sustancias o causado por otra patología médica que también puede exacerbarse con el embarazo, el hipotiroidismo, por ejemplo. Las infecciones, toxemia y neoplasias pueden ser también responsables. Del mismo modo hay que distinguir estos cuadros de los trastornos psiquiátricos graves previos descompensados por el embarazo y parto.

La depresión postparto no psicótica no presenta delirios ni alucinaciones y está ausente la convicción delirante, aunque pueda haber ideas o preocupaciones y pensamientos reiterados de daño del bebé.

La psicosis post-parto es una urgencia psiquiátrica con implicaciones en el manejo posterior de la paciente y el cuidado del vínculo con el bebé, para lo cual, la colaboración con el equipo de salud mental infanto-juvenil representa un gran apoyo en estas situaciones graves.

2.4.4. Otras situaciones clínicas.

Para finalizar este breve panorama de la intersección de la Psiquiatría Perinatal con la atención sanitaria de embarazo y puerperio y la etapa del acceso a la parentalidad, debemos referirnos a otras situaciones aparte de los cuadros clásicos. Entre estas nos referiremos a dos:

Por un lado, la existencia de trastornos psiquiátricos en los padres previos al embarazo. Aquí sería preceptivo incorporar, junto a la continuidad de cuidados del progenitor por el equipo de adultos, al equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil en todo lo referente al apoyo en el embarazo y en la organización del seguimiento y atención al niño y su familia tras el parto, estableciendo la coordinación oportuna.

Por otro, como nos hemos referido anteriormente al hablar de los problemas de ansiedad y depresión, la realidad muestra un continuum desde el rango leve al grave, en la fase leve-moderada y donde puede estar una mayoría de la población diana. Aquí muestran su importancia las intervenciones de prevención (60,61), apoyo, seguimiento e incluso de intervenciones focalizadas con un enfoque psicoterapéutico breve (62-65) y otras medidas de apoyo (66) que tendrán un carácter más preventivo de posibles trastornos en las relaciones precoces y su impacto en el niño.

BIBLIOGRAFÍA:

1.- Winnicott DW. La familia y el desarrollo del individuo. Buenos Aires: Hormé, 1995.
2.- Brazelton TB, Cramer BG. La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial. 1 ed. castellano. Barcelona: Paidós, 1993.
3.- Stern DN. La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos. Barcelona: Paidós, 1997.
4.- Bydlowski M. La deuda de vida (Itinerario psicoanalítico de la maternidad). Madrid: Biblioteca Nueva/Asociación Psicoanalítica de Madrid, 2007.
5.- Bibring GL. A study of the psychological processes in pregnancy and the earliest mother-child relationship. Psychoanal Study Child 1961;16:9-23.
6.- Pines D. Pregnancy and motherhood: Interaction between fantasy and reality. Br J Med Psychol 1972;45:333-43.
7.- Bowlby J. Una base segura. Aplicaciones clínicas de la teoría del apego. Buenos Aires: Paidós, 1989.
8.- Sameroff AJ, Emde RN (Eds). Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach. New York: Basic Books, 1989.
9.- Ammaniti M. Répresentations maternelles pendant la grossesse et interactions précoces mère-enfant. Psychiatr Enfant 1991;XXXIV(2):341-58.
10.- Ammaniti M, Candelori C, Pola M, Tambelli R. Maternité et grossesse. Étude des répresentations maternelles. Paris: PUF, 1999.
11.- Fava Vizzielo G, Antonioli ME, Invernizzi R, Calvo V. Del embarazo a la maternidad. La estructura del cambio representativo y narrativo. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc 1998;25:117-38.
12.- Raphael-Leff J. Facilitators and regulators: Two approaches to mothering. Br J Med Psychol 1983;56(4):379-90.
13.- Raphael-Leff J. Facilitators and regulators: conscious and unconscious processes in pregnancy and early motherhood. Br J Med Psychol 1986;59:43-55.
14.- Manzano J, Palacio-Espasa F, Zilkha N. Los escenarios narcisistas de la parentalidad. Clínica de la consulta terapéutica. Bilbao: Altxa Asociación,p 1999.
15.- Breen D. Fantasia e realtà in gravidanza nel periodo postnatale. In: Ammaniti M, ed. La gravidanza tra fantasia e realtà. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1992. p. 35-46.
16.- Rascovskyy A. El psiquismo fetal. Buenos Aires: Paidós, 1971.
17.- Mazet P, Stoleru S. Psicopatología de la primera infancia. París: Masson, 1990.
18.- Mancia M. Del Edipo al sueño. Madrid: Biblioteca Nueva y Asociación Psicoanalítica de Madrid, 1996.
19.- Vincent M. Relación de la madre con el feto y de éste con ella. En: Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Tomo V. La patología en relación a la edad. Diatkine R, Lebovici S, Soulé M. Madrid: Biblioteca Nueva, 1990. p. 19-38.
20.- Piontelli A. From fetus to child. An observational and psychoanalytic study. London-New York : Tavistock/Routledge, 1992.
21.- Stern DN. El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva. 1ª reimpresión. Barcelona: Paidós, 1996.

22.- Tarragó R. Intervenciones psicoterapéuticas en un servicio de neonatología. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc 2003;35/36:169-81.
23.- Golse B. Psicopatología en la perinatalidad. Cuad Psiquiatr PsicoterNiño Adolesc 1998;26:39-58.
24.- Glover V, Bergman K, O'Connor TG. Neurodevelopment of the Child. In: Stone SD, Menken AE. Perinatal and Postpartum Mood Disorders. Perspectives and Treatment Guide for the Health Care Practitioner. New York: Springer Publishing C, 2008.
25.- Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J & Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community simple. J Affect Disord 2004;80(1):65-73.
26.- Anderson L, Sundstrom-Poromas I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Astrom M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population based study. Am J Obstet Gynecol 2003;189(1):148-54.
27.- Gotlib IH, Whiffren VE. Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. J Consult Clin Psychol 1989;57(2):269-74.
28.- Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. Obstet Gynecol 2000;95(4):487-90.
29.- Stone SD, Menken AE. Perinatal and postpartum mood disorders (Perspectives and treatment guide for the health practitioner). New York: Springer, 2008.
30.- Cornsweet C. Prelude to parenthood: the impact of anxiety and depression during pregnancy. In: Perinatal Depression, Rojas Castillo MG (Ed.), Rijeka: InTech, 2011. p. 19-38.
31.- Maccari S, Piazza PV, Kabbaj M, Barbazanges A, Simon H, Le Moal M. Adopcion reverses the long-term impairment in glucocorticoid feedback induced by prenatal stress. J Neurosci 1995;15(1):110-6.
32.- Talge NM, Neal C, Glover V. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: How and why? J Child Psychol Psychiatry 2007;48(3-4):245-61.
33.- O'Connor TG, Heron J & Glover V. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. J Am Acad Child and adolesc Psychiatry 2002;41(12):1470-7.
34.- Gold KJ, Marcus SM. Effect of maternal mental illness on pregnancy outcomes. Expert Rev Obstet Gynecol 2008;3(3):391-410.
35.- Righetti-Veltema M, Manghi E, Conne-Perréard, Manzano J. Resultados de una investigación epidemiológica sobre los signos precursors de la depresión post-parto. En Manzano J (Ed) Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos. Madrid: Necodisne, 2001. p.133-147.
36.- Bergman K, Sarkar P, O'Connor T, Modi N, Glover V. Maternal stress during pregnancy predicts cognitive ability and fearfulness in infancy. J Am Acad Child and adolesc Psychiatry 2007; 46:1454-63.
37.- Santos C. Prevención de los trastornos psíquicos del puerperio y de su repercusión sobre las funciones maternales. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc 1993;15/16:21-46.
38.- Manzano J, Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E. El síndrome de depresión preparto. Un nuevo concepto. Resultados de una investigación sobre los signos precursores de la depresión post-parto. En Manzano J (Ed) Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos. Madrid: Necodisne, 2001. p. 123-132.

39.- Rojas Castillo MG (Ed.).Perinatal Depression, Rijeka: InTech; 2011: Disponible en: http://www.intechopen.com/books/perinatal-depression
40.- Bennet HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: a systematic review. Obstet Gynecol 2004;103(4):698-709.
41.- Sirol F. Les interventions psychothérapeutiques en médicine foetale. En: Guedeney A, Lebovici S, editores. Interventions psychothérapeutiques parents-jeunes enfants. Paris: Masson, 1997. p. 17-30.
42.- Spadola AS. Perinatal mood disorders: an obstetrician's perspective. In: Stone SD, Menken AE. Perinatal and postpartum mood disorders (Perspectives and treatment guide for the health practitioner). New York: Springer, 2008. p. 169-81.
43.- Roegiers L. La grossesse incertaine. París: PUF, 2003.
44.- Ramos MI, Cardoso MJ, Vaz FJ, Fernández N, Rodríguez L, Béjar A, et al. Psychopathological differences between pregnant women who conceived naturally and through assisted reproduction. Abstract book European Psychiatry 2009;Vol 24 (Sup 1): 523. 17th EPA Congress- Lisbon, Portugal.
45.- Burt VK, Stein K. Epidemiology of depression throughout the female cycle. J Clin Psychiatr 2002;63(Suppl.7):9-15.
46.- Marcus SM. Depression during pregnancy: rates, risks and consequences – Motherisk Update 2008. Can J Clin Pharmacol 2009;16(1):15-22.
47.- Condon J. Women's mental health: a "wish-list" for the DSM V. Arch Womens Ment Health 2010;13(1):5–10.
48.- Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. Gen Hosp Psychiatry 2006;28(1):3-8.
49.- Winnicott DW. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Paidós, 1999.
50.- Misri S, Joe K. Perinatal mood disorders: an introduction. In: Stone SD and Menken AE. Perinatal and postpartum mood disorders (Perspectives and treatment guide for the health practitioner). New York: Springer, 2008. p. 65-82.
51.- Cox JL, Holden J, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Posnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 1987;150: 782-6.
52.- Knauer D, Palacio-Espasa F. Reflexiones acerca de la evolución a largo plazo (edad preescolar) de bebés tratados con psicoterapias breves madres-bebés. Estudio catamnésico clínico. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc 1993;15/16:47-71.
53.- Papousek H. Importancia del desarrollo precoz para la psiquiatría del recién nacido y del niño pequeño. (En Manzano J (Ed.) Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos. Madrid: Necodisne, 2001.p.51-74.
54.- Edhborg M, Lundh W, Seimyr L, Widstrom AM.The parent child relationship in the context of maternal depressive mood. Arch Womens Ment Health 2003;6:211-6.
55.- Paulson JF, Dauber S, Leferman JA. Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. Pediatrics 2006;1188(2):659-68.
56.- Chase-Brand J. Effects of maternal postpartum depression on the infant and older siblings. In Stone SD and Menken AE. Perinatal and postpartum mood disorders (Perspectives and treatment guide for the health practitioner). New York: Springer, 2008. p. 41-64.

57.- Gil S, Droit-Volet S, Laval V, Teissèdre F. Postnatal depression and emotion: the misfortune of mother-infant interactions. In: Perinatal Depression, Rojas Castillo MG (Ed.), Rijeka: InTech, 2011. p. 97-116
58.- Righetti-Veltema M, Bousquet A, Manzano J. Impact of postpartum depressive symptoms on the mother and her 18-month-old. Eur Child Adolesc Psychiatr 2003,12: 75-83.
59.- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsys of Psychiatry.- Ninth Edition. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
60.- Cabaleiro LF. Espacios para lo psíquico en el trabajo preventivo de un programa materno-infantil. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc 1988;6:87-111.
61.- Santos C. Prevención de los trastornos psíquicos del puerperio y de su repercusión sobre las funciones maternales. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc 1993;15/16:21-46.
62.- Moayedoddin A, Moser D, Nanzer N. The impact of brief psychotherapy centre don parenthood on the anxio-sepressive symptoms of mothers during the perinatal period. Swiss Med Wkly 2013;143:w13769
63.- Nanzer N, Sancho A, Righetti-Veltema M, Knauer D, Manzano J, Palacio F. Effects of a brief psychoanalytic intervention for perinatal depression. Arch Womens Ment Health 2012;15:259-68.
64.- Guedeney A, Lebovici S (Eds.). Interventions psychothérapeutiques parents-jeunes enfants. Paris: Masson, 1997.
65.- Palacio Espasa F, Manzano J. Intra-psychic conflicts and parent-child interactions in brief therapeutic interventions. Infant Ment Health J 1987;8(4):373-81.
66.- Ibáñez M. La prise en charge des parents en périnatalité: éléments pour une discussion. En: Marciano P (Ed). Parentalité accompagnée…Parentalité confisqué? Ramonville –France: Érès, 2004.

3. LA INTERACCIÓN ENTRE EL BEBÉ Y SUS PADRES.

Roque Prego Dorca
Agustín Béjar Trancón

3.1. Introducción.

Como señalamos en la introducción, el estudio de las interacciones parentofiliares es un área fundamental de la psiquiatría perinatal y tiene como objetivo identificar los obstáculos que puedan producirse y favorecer su adecuada armonía.

El estudio de las interacciones entre el bebé y su entorno se desarrolla, desde la perspectiva de la investigación y los estudios del comportamiento, a partir de los años 70, aportando así el enfoque experimental al intento de responder a las antiguas cuestiones sobre las relaciones humanas, la comunicación no verbal o el desarrollo del lenguaje. Estas relaciones precoces constituían ya un foco de indagación desde la perspectiva de la clínica, con el objetivo de comprender y prevenir alteraciones relacionales precoces y su posible evolución y contribución a dificultades psíquicas del adulto.

Se reunían así los aportes derivados de la observación directa del bebé, de los desarrollos de los clínicos pioneros sobre las relaciones precoces y los efectos de la separación temprana y la pérdida afectiva, impulsados más aún después de la Segunda Guerra Mundial (Klein, Spitz, Winnicott posteriormente o los trabajos de Bowlby para la OMS y el desarrollo del paradigma del apego o desde otros marcos clínicos psiquiátricos como Ajuriaguerra). Esta fertilidad de desarrollos, hizo ver, además, que el bebé no es un ser pasivo desde el nacimiento, sino que influye en el comportamiento de los padres, como estos influyen en él.

Definimos la interacción como la acción recíproca de dos procesos, uno, la acción de uno de los actores y el otro, la respuesta de aquel a quién va dirigida la primera acción. Actualmente la relación entre el bebé y su entorno se entiende

como un conjunto de procesos bidireccionales, en el cual, tanto lactante como entorno se influyen mutuamente en un proceso continuo de desarrollo y de cambio.

3.2. Características de las interacciones precoces.

Desde el nacimiento, incluso desde antes, el bebé y su entorno interactúan según una serie de modalidades de comunicación donde intervienen, sobre todo, el cuerpo, la mirada y la voz. El bebé tiene desde el nacimiento una tendencia natural a mantener contacto ojo a ojo, a organizarse y a tranquilizarse cuando un ser humano le toca, le acaricia o le mece y a mantener una atención sostenida y prolongada en relación con estímulos como la cara y la voz humana.

En relación con el cuerpo, numerosas investigaciones se han realizado con la forma en que el bebé es cogido (Holding) o es manipulado (Handling) y en cómo responde a las posturas y movimientos de sus interlocutores (1). Estos ajustes recíprocos son lo que Wallon llamó el diálogo tónico y sobre el cual Ajuriaguerra (2) hizo importantes contribuciones a partir de descripciones pioneras durante la lactancia. Esta dinámica se puede observar, sobre todo, en la forma en la que la madre/padre va a ser sensible a los estados de confort o disconfort del bebé y de responder, por ejemplo, meciendo o cambiando de postura. Los contactos piel con piel serian otro modo de interacción muy relacionado con este diálogo tónico. Desde el enfoque de Winnicott, a través del holding inicial, se daría también un proceso interactivo más complejo, mediante el cual, la madre contribuye al telón de fondo sobre el que se conformará la personalidad naciente del bebé, su emergencia más integrada desde la experimentación de impulsos, ansiedades y vivencias iniciales.

La mirada es una de las formas de comunicación más importante entre el bebé y su madre, en especial la mirada compartida o el contacto ojo a ojo. Por sus efectos en la madre y el bebé, la mirada constituye un ejemplo especialmente demostrativo de los modelos de interacción bidireccional. Señalamos como especialmente importante la duración de la mirada recíproca, verdadero precursor de la atención compartida sobre un tercer objeto como foco común de dos personas que están interactuando en el contexto afectivo y con la modificación bidireccional que implica.

La voz, los gritos y los lloros constituyen la primera forma de lenguaje del bebé. Son señales que modifican la vivencia afectiva parental y suscitan el acercamiento espacial entre el adulto y el niño. Pronto surgen otras vocalizaciones, gorjeos o sonidos más relacionados con el placer, la sonrisa social y la expresión de afecto positivo. Las diferencias individuales en frecuencia e intensidad pueden tener que ver con el temperamento, en especial en bebés considerados como difíciles o irritables.

La reacción de la madre en la modulación del lenguaje es diferente a la utilizada entre adultos. La madre utiliza de forma preferente tonos más agudos, voz cantarina y rítmica y una elocución más lenta. La mímica es más exagerada y la distancia entre ella y el bebé, más corta que en una conversación normal entre adultos. De la misma forma, las pausas son más largas y separan elocuciones en las que predominan interrogaciones, dando espacio la madre a su potencial interlocutor, adaptándose así a sus capacidades para el tratamiento de la información y la respuesta. Esto es utilizado por las madres desde los primeros instantes y juega un rol importante en favorecer la adquisición del lenguaje del bebé (3).

A nivel de afectos, dos de las más frecuentes manifestaciones emocionales por parte de los padres son la alegría y la sorpresa. La expresión de la madre busca la respuesta o el juego del bebé en una imagen especular con la madre. La expresión de los afectos en las interacciones ha sido ampliamente estudiada por Stern, quien define el proceso de la armonía afectiva producida por el emparejamiento entre madre y bebé, utilizando, por ejemplo, diferentes modalidades de expresión, como el ritmo de la voz materna, junto a determinados ritmos gestuales del bebé, de forma que esa conjunción trans-modal contribuiría, a través de cientos de interacciones repetidas, al naciente sentimiento en el bebé de un Yo, así como de reconocer al otro, es decir, el descubrimiento de tener una psique al igual que las otras personas.

Estas vías relacionales muestran la disposición mutua para entrar en contacto desde los primeros instantes después del nacimiento y muestran las vías fundamentales de la interacción que van a desarrollarse siguiendo una dinámica concreta. Desde el nacimiento, el bebé tiende a establecer ritmos previsibles en la alimentación y el sueño, en los movimientos corporales y en la regulación de sus estados de vigilia y atención en relación con las personas y los objetos de su entorno. Brazelton y Tronick demostraron (4) que el bebé y la madre describen ciclos de interacción con una alternancia entre disponibilidad y fases de rechazo por parte del bebé.

Todas estas investigaciones apuntan a entender cómo se forman los vínculos precoces y los comportamientos, mediante los cuales, se establecen y muestran. Tronick habla de la creación de estados de conciencia diádicos y de la tendencia a la coordinación de estos estados (5). Esta tarea implica a ambos interlocutores en un sistema de regulación mutua que tiene las siguientes características: Estructura temporal, sincronía, reciprocidad, contingencia, arrastre y reparación.

Para la regulación es necesario, en primer lugar, que la madre sea suficien-

temente sensible al estado del bebé para producir las respuestas adaptadas, adecuándose y ayudando así, a la armonía suficiente con el ritmo de atención y alerta propio de cada bebé. Demasiado bajo puede producir una falta de atención o una pérdida de interés, demasiado alto puede producir una retirada de atención. Con la regulación, el adulto calma las tensiones del bebé y le permite establecer, de forma progresiva, la relación con su entorno social. Ese estado de sensibilidad especial de la madre es lo que se pone en marcha desde mucho antes, como vimos, con el "trabajo de embarazo" y que se manifiesta en los términos que Winnicott definió como preocupación maternal primaria.

Esto nos lleva a considerar cómo las características señaladas de las interacciones, que describimos a continuación, desde la perspectiva de la observación y análisis de comportamientos, permiten también relacionarlas con la cuestión de las motivaciones y deseos presentes tanto en los padres como en el niño. Lo que el niño representa para los padres, lo que esperan estos de él, las necesidades del niño y como se ajusta o no al deseo de los padres. Esto pertenece ya al nivel, como veremos más adelante, que podemos denominar de las interacciones imaginarias o fantasmáticas. Esta perspectiva tiene el gran interés clínico de que hay desarrollos, como los realizados en Ginebra (5) que han permitido construir una técnica psicoterapéutica breve en el tratamiento de los trastornos precoces.

3.3. Características descriptivas de la regulación de las interacciones.

3.3.1. La estructura temporal.

Nos muestra su estructura rítmica. En la interacción con un interlocutor, el bebé de pocas semanas alterna miradas atentas a su cara con desviaciones y retiradas, para volver de nuevo, en una estructuración cíclica, aproximadamente 4 por minuto, alternando atención y repliegue o desatención (6). Esta misma estructuración cíclica se puede ver en bebés más mayores en momentos de succión o de juego libre. Es importante que el adulto respete estos movimientos de pausa y acción para alcanzar un nivel de interacción adecuado y permitir al bebé un papel activo. Esta utilización del tempo por la madre, es, muy posiblemente, la base del aprendizaje que hace el bebé de sus propios sistemas de control. La autonomía viene del reconocimiento de este control, generalmente hacia los 5 meses, y surge de la seguridad que le dan al niño las respuestas predecibles de los progenitores. La flexibilidad guarda relación con la autonomía ya que, un cierto nivel de laxitud en el

ajuste, da cabida a una independencia temporal. Si faltan ambas, se pueden generar situaciones simbióticas o de fusión.

3.3.2. La sincronía.

Lo que se produce es una experiencia subjetiva de ajuste afectivo entre los interlocutores, en la cual, el adulto reproduce los estados afectivos y señales del bebé en otra área sensorio-motora. Por ejemplo, responder con vocalizaciones gestos del bebé. Muy temprano, el bebé espera una congruencia entre mensajes gestuales, mímicas y vocalizaciones del adulto que se está dirigiendo a él y reacciona rápidamente cuando alguno de estos canales de comunicación se interrumpe. Ya hemos señalado anteriormente la importancia de este rasgo en el emparejamiento trans-modal.

3.3.3. La reciprocidad.

Lo que se pone de relieve aquí es el vínculo entre el comportamiento del bebé y el de su interlocutor. Es un elemento esencial de la interacción como se demuestra en las experiencias de ruptura en la still face (cara impasible). Tronick y col. (4), en sus investigaciones, proponen a un grupo de madres detener toda comunicación y mímica, después de conseguir la atención y el interés de un bebé de 3 meses en interacción y mantener la cara impasible durante 3 minutos, manteniendo la mirada. El bebé, después de una tentativa de búsqueda de respuesta en la madre utilizando la mímica, la sonrisa o un gesto, se retira de la interacción con cara triste y apagada. Según recoge Brazelton (7), al separar a las madres de los bebés, la mayoría de ellas refieren gran ansiedad por no poder responder a sus bebés. Al volver a juntar a las madres y los bebés, se observa que estos tienden a no responder a los intentos de comunicación iniciados por sus madres durante los primeros minutos. Un comportamiento similar se ve en algunas madres deprimidas, lo que puede dejar al bebé sumido en un estado de depresión y desesperanza. Si los esfuerzos del bebé no logran reencauzar la interacción y establecer una reciprocidad, a la larga, el resultado será un importante repliegue (7).

3.3.4. La contingencia.

Evalúa de forma precisa el ajuste de los interlocutores a partir de la percepción y la interpretación de señales y adaptación de las respuestas. Un comportamiento contingente será aquel que tenga una respuesta directa y acorde a las señales emitidas por el interlocutor. Un comportamiento no contingente estará desligado del interlocutor y diferido en el tiempo. En un comportamiento acontingente la

respuesta sería contraria en relación a las señales del interlocutor.

3.3.5. El arrastre.

Consiste en el establecimiento de un ritmo de señales que genera una expectativa en el otro, de modo que parece arrastrar a cada miembro de la díada. De esta manera, cada participante ha utilizado la imitación, los ritmos y las vocalizaciones del otro para captar, retener y guiarlo a una forma de interacción cada vez más rica siendo, por tanto, el arrastre, un poderoso factor de crecimiento del vínculo (7). Los juegos descritos por Stern (8) se basan también en el arrastre, con la particularidad de que, inicialmente, ambos toman al otro como modelo, pero, posteriormente, pueden cambiar el modo de respuesta, por ejemplo, responder con un arrullo a la sonrisa que previamente le dirige la madre. El bebé aprende así a conocerse así mismo.

3.3.6. La reparación.

Es una característica de la interacción que se basa en la imposibilidad de mantener una regulación mutua en la interacción durante todo el proceso interactivo. Diversas investigaciones han mostrado que la duración de un ajuste óptimo de la interacción, no excede el 30 % de la duración total. Los desajustes son frecuentes y producen estados emocionales negativos, sin embargo, el bebé puede disponer de comportamientos para responder a estos desajustes reparando y transformando las emociones negativas en positivas y agradables. Estos comportamientos de adaptación del bebé le permiten una experiencia de eficacia y de control de las interacciones con sus cuidadores.

3.4. Niveles de la interacción.

Cada vez más se ha ido reconociendo el papel activo del bebé (Competencias) y de una visión lineal se ha pasado a otra transaccional, donde ambiente y bebé se influyen mutuamente y en varios niveles. Distinguimos tres niveles fundamentales de las interacciones precoces:

a.- Nivel comportamental: La influencia recíproca del comportamiento de la madre y del bebé. Son las interacciones reales (9) y se definen como el conjunto de intercambios directamente observables entre la madre y el bebé siguiendo varios registros, visual, corporal, vocal.

b.- Nivel afectivo: Influencia recíproca de la vida emocional de la madre y del

bebé. En los seis primeros meses la madre y el bebé están en un baño afectivo (S. Lebovici). Todo sirve para transmitir el afecto, sin embargo, las interacciones afectivas en el primer mes de vida son más difíciles de describir debido probablemente a lo incipiente de lo afectivo en el bebé, nivel muy primario de difícil identificación por parte de los adultos. Paulatinamente se desarrolla la capacidad afectiva del bebé y se diferencia, a través de etapas intermedias, por ejemplo la sonrisa social del bebé o la ansiedad ante el extraño, a los 2-3 meses y 6-7 meses respectivamente (dos de los organizadores básicos de Spitz), de manera que se va haciendo más identificable y cercana para los padres, en correspondencia con la progresiva diferenciación y capacidad de representación del Otro por el bebé. Existen investigaciones que muestran que el comportamiento del niño en los primeros meses influye, sobre todo, en los aspectos afectivos de las adaptaciones del discurso maternal.

La interacción afectiva significa también para el bebé tener la experiencia de que su vida emocional puede compartirse, antes incluso de que aparezca el lenguaje (Armonía afectiva) (8).

Un aspecto importante de toda relación es la ambivalencia emocional, coexistencia de aspectos positivos y negativos hacia el objeto-niño, aspecto vivido con gran angustia y a veces, con extrañeza por la madre, sobre todo en situaciones de depresión postparto, con, por ejemplo, fantasías de abandono o agresión.

c.- Nivel fantasmático o imaginario (10). Está en el plano de las representaciones o fantasías inconscientes. La base para este enfoque de las interacciones radica en la psicología del desarrollo y la psiquiatría psicoanalítica, atendiendo a los deseos y motivaciones tras la interacción manifiesta con el bebé, que tendrían su comienzo en el deseo de tener un hijo y en las fantasías que se originan en la propia infancia de los padres.

Se trata de un funcionamiento muy relacionado con lo que hemos denominado el niño imaginario sobre el que la madre experimenta ensoñaciones e imaginaciones, inconscientes en gran parte, o pre-conscientes, poco accesibles al pensamiento consciente, en inter-juego con el niño real, sobre el que puede proyectar estas imágenes internas correspondientes a figuras significativas de su propia infancia (Objetos internos). Estas representaciones pueden descubrirse en relación a las asociaciones en el discurso de los padres y a través de su relación con el bebé, lo que puede permitir, en ciertos casos problemáticos, una psicoterapia breve padres-bebé.

Por la parte del bebé este nivel incide en el difícil problema del nacimiento del funcionamiento representacional de la mente, es decir, de la aparición de proto-representaciones y de la estructuración de un Yo personal que se reconoce teniendo

vida psíquica así como atribuyendo una mente a los Otros, lo cual viene guiado por estas relaciones precoces con la madre (y padre) y la subjetivación que a través de estas relaciones contribuyen a forjar éstos, reconociéndolo como alguien único.

3.5. Funciones de la interacción.

Distinguimos 4 grandes funciones:

a.- Establecer relaciones interpersonales.-

Las interacciones del bebé con sus padres o substitutos permiten en primer lugar humanizarle, hacerle un ser humano capaz de establecer relaciones interpersonales y sociales. Las interacciones precoces ayudan al bebé a aprender y a controlar los comportamientos típicos de la especie y constituyen la base de las relaciones, los vínculos y la afectividad futura.

b.- Asegurar la salud psíquica.-

Las interacciones tempranas son necesarias para la supervivencia y para el desarrollo psíquico y físico del niño como ha sido demostrado por Spitz (11) en sus estudios sobre la carencia y deprivación maternal y la importancia de las primeras relaciones objetales. La ausencia de relaciones sensibles, cálidas y continuas puede producir un síndrome de deprivación y de depresión anaclítica. Por otra parte, los síntomas funcionales del bebé como las alteraciones del sueño, la alimentación o del comportamiento, se relacionan, en la mayor parte de casos, con disfunciones en las relaciones precoces.

c.- Comunicar a través del lenguaje.-

El adulto que comunica y dialoga introduce al bebé en el diálogo y la comunicación. Poco a poco aprende la forma del diálogo antes que el control de los contenidos de la comunicación. Aprende primero los diversos roles para, poco a poco, comunicar de forma intencional y activa. Para poder desarrollar estas competencias comunicativas es imprescindible que esté en estado de alerta o vigilancia y en presencia de interlocutores sensibles a estas competencias, estados y necesidades.

Las interacciones con el adulto son indispensables para que el bebé pueda adquirir el lenguaje, instrumento fundamental de nuestra cultura.

d.- Transmitir cultura y valores.-

Las interacciones paterno-filiares son el vehículo esencial de la transmisión cultural e intergeneracional. En las relaciones cotidianas los adultos transmiten al bebé y después, al niño, los valores, las actitudes y las reglas culturales. Actitudes en relación con aspectos cotidianos de la vida del niño, tanto familiar como social. El valor de la alimentación, de la actividad y el descanso, de la higiene personal, el

sentido del bien y del mal, etc. También transmiten una cultura social con sus reglas y sus valores y una cultura familiar con sus rituales, sus tabús y sus secretos.

Es a través de las interacciones con sus dos padres que el niño construye su identidad de género como una combinación del sexo fisiológico y social integrando comportamientos y estereotipos.

3.6. Evaluación de las interacciones.

El lugar de la evaluación de las interacciones en la Psiquiatría del Bebé y la parentalidad es fundamental para el diagnóstico y la evaluación del riesgo, la intervención terapéutica y el pronóstico.

La observación multidimensional del examen psiquiátrico tiene que identificar los síntomas en el bebé y su funcionamiento mental, los fenómenos de la interacción que caracterizan la relación entre madre y niño, la personalidad de la madre y, en fin, el padre y la familia en su conjunto, así como su estructura individual y social y la economía de su funcionamiento mental (12).

La evaluación de las interacciones se usa, cada vez más, para identificar de forma precoz los riesgos en el desarrollo del niño.

La originalidad de la Psiquiatría del Bebé estaría en la capacidad para utilizar el estudio simultáneo de los tres niveles de interacción (12). En este terreno el clínico es un investigador que utiliza metodología que permite enlazar los aspectos objetivos y subjetivos de las interacciones.

Cramer y Kreisler (12) nos propone los siguientes principios que recogen también otros autores (13) (14): Padres y niño deben de ser vistos en conjunto, los aspectos formales de la interacción deben de ser registrados y descritos, los procesos de atribución de sentido, implican el registro de la producción verbal de los padres y de lo que piensan y sienten sobre su hijo y los intercambios entre ellos. Finalmente, la preocupación por la síntesis entre estos dos tipos de datos, sobre todo, en relación con la coincidencia entre la emergencia de ciertos temas en el discurso parental y su aparición en la interacción.

3.7. Situaciones e instrumentos de observación del bebé.

La observación de la interacción entre el bebé y sus referentes adultos ha sido objeto de gran interés por parte de investigadores y clínicos en las últimas décadas. Destacamos las principales aportaciones y sus características principales.

3.7.1. Observación psicoanalítica.-

Dirigida en primer lugar hacia las representaciones inconscientes y las fantasías que organizan los comportamientos de los adultos y los bebés. Los históricos trabajos de Freud (15) y Winnicott (16) abren la vía a una observación que muestra los recursos internos del niño en situaciones desfavorables y difíciles, por ejemplo, desaparición de la madre o conflictivas, deseo o temor a coger un objeto. Algunos autores han señalado la función terapéutica de la observación, así como su aplicación en la formación de psicoterapeutas de niños y en psicoanálisis, sensibilizándolos a la comprensión de la experiencia infantil pre-verbal en esas etapas precoces mediante la observación de la interacción padres-bebé y la elaboración de lo suscitado en el observador (17).

Se han desarrollado técnicas de exploración y terapéuticas que han abordado el funcionamiento de las relaciones precoces tomando en consideración el área del inter-juego de las representaciones parentales y del nacimiento de las representaciones y funciones simbólicas del bebé. El foco se sitúa, por tanto, en el mundo interno de los intervinientes y toma en consideración la díada y la tríada, es decir, el sistema en su conjunto y la intrincación de las dinámicas parentales y del bebé. Al mismo tiempo, se utilizan los elementos de exploración psicodinámicos por excelencia que implican la auto-observación del explorador, transferencia y contra-transferencia, imprescindibles para la comprensión de las situaciones y la intervención (18) (19) (20).

3.7.2. Observación etológica.

Iniciada a partir de los años 60 con los trabajos sobre el apego humano (Bowlby) y el apego en algunos mamíferos como el mono (Harlow). Inicialmente basada más en la observación y en la interpretación para hacerse posteriormente más objetivable a partir de la creación de ciertos instrumentos sistemáticos como por ejemplo la situación extraña.

3.7.3. Observación sistémica.

Sitúa la observación, no en el individuo o individuos, sino en el sistema, díada o tríada (padre-madre-bebé), familia, grupo terapéutico. Aquí la díada madre-niño es un sistema definido por una relación asimétrica, donde el adulto asume una misión de encuadre y su labor es la de organizar un contexto que favorezca la actualización de las capacidades del niño y su autonomía. En este contexto la observación tiene un objetivo terapéutico.

3.7.4. Observación basada en el desarrollo.

Explora el equipamiento de competencias innatas del recién nacido como discriminación de la madre, autorregulación y regulación del interlocutor, capacidades precoces de imitación, de tratamiento de la información visual, auditiva y la armonización afectiva. La mayor parte de las competencias relativas a la recepción y emisión de señales no son aprendidas sino que forman parte de un repertorio de comportamientos presentes desde el nacimiento. Todos los datos apuntan a una programación del recién nacido para la interacción con su entorno y para una sensibilidad aumentada, principalmente, ante todo mensaje procedente de la madre o cuidador principal, sobre todo en lo referido a expresiones de afecto y signos de angustia.

3.7.5. Sensibilidad parental y del entorno a las señales del bebé.

El mejor predictor de la calidad del apego y del desarrollo emocional del bebé tiene relación directa con la sensibilidad materna hacia las señales emitidas por él. La sensibilidad aglutina cuatro aspectos fundamentales: Accesibilidad de la madre al estado y comportamiento del bebé, interpretación adecuada de las señales, respuesta adaptada y tiempo adecuado en la respuesta. En concreto, lo que observamos es la capacidad empática del interlocutor, la contingencia de su respuesta y el ajuste temporal.

Diferentes pruebas valoran de forma específica esta sensibilidad parental:

- **Escala de sensibilidad materna:** Es un sistema dimensional de 9 puntos, desde muy sensible = 9 a insensible = 1, utilizada en diversos momentos de la vida cotidiana con un bebé: Comida, baño, cambio de pañales, juegos libres, etc., después de una observación no instrumentalizada de una duración de 10 minutos a 1 hora.
- **Still Face**: Descrita anteriormente se utiliza en bebés de 2 a 6 meses. Valora sobre todo la estructura de la interacción, las bases de la comunicación y el ajuste recíproco de los interlocutores.
- ***Patterns* de Interacción:** Se basa en el estilo de la interacción definido según el rol de cada interlocutor en lo que se refiere al reparto del peso de cada uno en la iniciación, la respuesta, el mantenimiento y finalización del proceso interactivo y el dominio en la elección del foco de atención, de la elección del juego y el contenido, en la tendencia a imitar al otro, a enseñar o aprender (21).

Se valora también el ritmo y contingencia de los comportamientos del adulto, la alternancia de las iniciativas-respuestas, además del clima o la calidad afectiva y el placer mutuo. En general, cuanto más joven es el bebé más el *pattern* es dominado

por el adulto, cambiando a medida que el niño va madurando en la relación y adquiriendo un rol progresivamente más activo.

La observación de *patterns* se realiza en situaciones cotidianas o en situaciones de juego libre y con bebés de 2 a 30 meses junto a sus interlocutores.

Existen numerosos instrumentos sistematizados de la observación de *patterns* como La escala de Seifer R (22), el Sistema de Grossmann (23), la escala experimental de la relación adulto-niño, etc.

- **Valoración del apego:** Los *patterns* de apego son estrategias que permiten al bebé encontrar un equilibrio entre la cercanía de su referente de apego y la exploración de su entorno, equilibrio entre sus lazos afectivos y su autonomía. Su evaluación se hace a partir de la observación en momentos de separación y reencuentro con las figuras de apego de referencia. Es un predictor importante del desarrollo social y cognitivo del niño y aparece alterado en diversas situaciones como la depresión materna, el maltrato o los trastornos del comportamiento.

La Situación Extraña de M. Ainsworth (24) valora la calidad del apego y se realiza a través de 8 episodios de alrededor 3 minutos de duración cada uno con dos separaciones y dos reuniones. El resultado valora el tipo de apego según las siguientes categorías:

1.- Apego tipo A: Apego seguro (60-70 % de casos).
2.- Apego tipo B: Apego inseguro-evitante (20 % de casos).
3.- Apego tipo C: Apego inseguro-ambivalente (10 % de casos).
4.- Apego tipo D: Inseguro desorganizado-desorientado (5-10 % de casos).

La Situación extraña se utiliza con bebés de 12 a 24 meses y con algunas modificaciones hasta la edad de 5-6 años. La Escala de Massie y Campbell se utiliza en pediatría y permite evaluar en la madre y el bebé comportamientos de apego en situación de consulta.

3.8. Disfuncionamiento de las Interacciones.

Las disfunciones en la interacción padres-bebé puede constituir el único signo de trastorno en fase de constitución en el niño. Por esta razón la detección precoz es un elemento de prevención de gran importancia. Para Anders (25) el examen de *patterns* y disfuncionamientos de la regulación constituye una primera etapa en la evaluación de la relación padres-bebé. Una relación, en la cual, la regulación es satisfactoria cuando está definida por el ajuste afectivo y la sincronía, la reciprocidad

y el interés mutuo, es decir, la regulación satisfactoria que, afortunadamente, tiene lugar en la mayoría de las situaciones gracias a la respuesta intuitiva y natural, habitual en las madres, y los padres, pero que en algunos casos puede estar alterada por infinidad de factores.

El disfuncionamiento de la interacción padres-bebé puede estar asociada con factores propios del bebé, como temperamento difícil o irritable, expresiones ambiguas o exageradas y especial vulnerabilidad o predisposición o con factores relacionados con los padres, patología psiquiátrica previa o perinatal o, en fin, puede estar asociada con una especial combinación de ambos, en situaciones de especial riesgo o vulnerabilidad relacional, prematuridad, daño orgánico en el niño, problemática familiar, etc.

La observación del interlocutor adulto de las respuestas del bebé y de la interacción propiamente dicha permite diferenciar diversos *patterns* de regulación: Regulación apropiada y ajustada, exceso de regulación, déficit de regulación y regulación desajustada o inapropiada.

3.8.1. Exceso de regulación.

Se caracteriza fundamentalmente porque el interlocutor de referencia actúa de forma intrusiva y no deja la posibilidad al bebé de iniciar o dirigir la interacción. No tiene en cuenta las señales del bebé, incluso las dirigidas a disminuir la intensidad de los estímulos y de acciones, como son por ejemplo el cierre de los ojos, el desvío de la mirada, de la cabeza o manifestaciones de tensión o malestar. Dicho de otra forma, las señales emitidas por el bebé no ejercen su función de regulación. En una situación de exceso de regulación podemos observar en el bebé un comportamiento de rigidez excesiva o de evitación activa. Adulto y bebé pueden entonces entrar en un círculo donde a la respuesta de evitación se añaden respuestas de mayor solicitación y estímulo por parte del interlocutor agravando la respuesta de rigidez o evitación del bebé.

3.8.2. Déficit de regulación.

Se caracteriza por una pobre acción interactiva y una reducción del diálogo. Se suele manifestar al inicio por una falta de reacción del interlocutor de referencia a las señales emitidas por el bebé y por una ambivalencia afectiva, un repliegue y aislamiento relacional y afectivo cuando se trata de un bebé de más edad. Las iniciativas del bebé no reciben respuesta por la falta de atención del adulto y puede disminuir el nivel de estimulación en la dinámica interactiva, de esta forma algunos bebés manifiestan una disminución de la acción, los gritos disminuyen su tono y se

debilitan, la mímica es poco expresiva y en brazos muestran su malestar corporal y ausencia de relajación; en el juego apenas manifiestan momentos de disfrute.

3.8.3. Regulación inapropiada.

Se trata fundamentalmente de un problema en la sincronización del intercambio relacional. La respuesta a las señales del bebé no está ajustada al estímulo que las provoca, por ejemplo, respuestas desajustadas a la edad o al nivel madurativo y necesidades del niño.

Una regulación irregular puede alternar momentos de exceso de estimulación con momentos de poca estimulación y el *pattern* interactivo es cambiante, tanto en el grado de control como en su permanencia.

La regulación o interacción caótica es una forma extrema de regulación irregular, en la cual, la regulación, durante la interacción, varía de forma extrema y el *pattern* es difícil de discernir.

Las alteraciones en las interacciones padres-bebé tienen diferentes consecuencias en el desarrollo mental del niño. Los bebés que, por ejemplo, fracasan de forma repetida en los procesos de reparación de desajustes relacionales como ocurre con frecuencia en el caso de madres deprimidas, acaban sintiéndose impotentes e interiorizando un *pattern* de adaptación que reduce el interés por su entorno social. Estos bebés corren el riesgo de desarrollar una representación de ellos mismos de impotencia o incapacidad para modificar su entorno y una representación de una madre poco fiable.

La identificación de los trastornos de la comunicación precoz padres-bebé no es fácil, pero es importante estar alerta ante algunas señales del bebé (26) como pasividad anormal, evitación de contacto, irritabilidad y llantos frecuentes, rechazo a alimentarse o trastornos del sueño, desarrollo anómalo de ciertas modalidades de comunicación, actitud temerosa ante personas nuevas, etc. Pero también hay que estar atentos a algunos comportamientos parentales como evitación de momentos interactivos relajados con el bebé, falta de juego, alteraciones como las señaladas en el nivel de estimulación con inadecuación a los límites de tolerancia del bebé o intervenciones muy racionalizadas y directivas o intentos infructuosos repetidos para mantener la atención o el juego. A veces, bebés de temperamento difícil, con o sin otros factores, pueden potenciar círculos de interacción donde las competencias parentales sufren, generando sentimientos de impotencia y culpa. Trastornos de la interacción corregidos eficazmente pueden liberar a padres y bebés de obstáculos, en fases posteriores del desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA.-

1.- Widmer-Robert-Tissot C. Les modes de communication du bébé: Postures, mouvements et vocalices. Paris et Neuchätel: Delachaux et Niestlé, 1981.

2.- Ajuriaguerra J, Anguelergues R. A propos de l'oeuvre de Henri Wallon. Evol Psychiatr 1962;27:13-25.

3.- Stern DN. Affect attunement. In: Call JD, Galenson E, Tyson L eds. Frontiers of infant psychiatry. Vol II. New York: Basic Books, 1984.

4.- Tronick E, Als H, Adamson L, Brazelton B. The infant`s response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. J Am Child Psychiatr 1978;17:1-13.

5.- Manzano J (Ed). Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos. Madrid: Necodisne, 2001.

6.- Brazelton TB, Koslowsky B, Main M. The origins of reciprocity: the early mother-infant interaction. In: Lewis M, Rosemblum L eds. The origins of behavior. I. The effect of the infant on its caregiver. New York: John Wiley, 1974.

7.- Brazelton TB, Cramer B. La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial. Barcelona: Paidos, 1990.

8.- Stern DN, Beebe B, Jaffe J, Bennet SL. The infant's stimulus world during social interaction: A study of caregiver behavior with particular reference to repletion and timing. In Schaffer HR (Ed), Studies in mother-infant interaction, London: Academic Press, 1997.

9.- Cramer B. Interaction réelle, interaction fantasmatique. Reflexions au sujet des therapies et des observations de nourrissons. Psychothérapies 1982;1(2):39-47.

10.- Palacio Espasa F. El desarrollo de las representaciones mentales y de la vida fantasmática del bebé desde el punto de vista psicodinámico. En Manzano J. (Ed). Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos. Madrid, Necodisne, 2001. p.39-50.

11.- Spitz R. De la naissance á la parole. Paris: PUF, 1971.

12.- Renard L, Raouam C. Le rôle de l'évaluation dans l'intervention psychothérapetique auprés de jeunes enfants. En Guedeney A, Lebovici S. Interventions psychothérapeutiques parents-jeunes enfants. Paris: Masson, 1997. p.115-126.

13.- Lamour M, Lebovici S. Les interactions du nourrisson avec ses partenaires. Évaluations et modes d'abord préventif et therapéutique. Psychiatr Enfant 1991;34(1):171-275.

14.- Lebovici S. los vínculos intergeneracionales (transmision y conflictos). Las interacciones fantasmáticas. En: Lebovici S, Weil-Halpern F. La psicopatología del bebé. Madrid, Siglo XXI, 1995. p. 112-118.

15.- Freud S (1920). Más allá del principio del placer. Obras completas. Madrid: Biblioteca Nueva, 1974.

16.- Winnicott DW.1941. La observación de niños en una situación fija. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona; Paidós, 1999. p. 77-100.

17.- Bick E. Notes of infant observation in psychoanalytic training. Int J Psychoanal 1964;49:484-6.

18.- Palacio Espasa F, Manzano J. Intra-psychic conflicts and parent-child interactions in brief therapeutic interventions. Infant Ment Health J 1987;8(4):373-81.

19.- Nancer N (Dir): Manuel de Psychothérapie centre sur la parentalité. Paris: PUF, 2012.
20.- Nancer N, Sancho A, Righetti-Veltema M, Knauer D, Manzano J, Palacio Espasa F. Effects of a brief psychoanalitic intervention for perinatal depression. Arch Womens Ment Health 2012;15:259-68.
21.- Call JD, Gallenson E, Tyson L. The Massie-Campbell scale of mother-infant attachement indicators during stress Massie and Campbell. In: Frontiers of infant psychiatry. Vol. I. New York: Basic Books, 1983.
22.- Seifer R. Interaction coding system. Brown University Manuscript, 1988.
23.- Grossmann KE. German chidren's behavior towards their mother at 12 months and their fathers at 18 months in Ainsworth strange situation. Int J Behavior Dev 1981;4:157-81.
24.- Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns* of attachement: a psychological study of strange situation. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Association,1978.
25.- Anders TF. Les syndromes cliniques, les troubles des relations et leur evaluation. In: Sameroff AJ, Emde RN éd.. Les troubles de relations prècoces. Paris: PUF, 1993. p.189-215.
26.- Papousek. Importancia del desarrollo precoz para la psiquiatría del recién nacido y del niño pequeño. En: Manzano J (Ed). Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos. Madrid: Necodisne, 2001. p. 61-74.

4. LAS COMPETENCIAS DEL BEBÉ. DESARROLLO Y EVALUACIÓN.

Encarnación Mollejo Aparicio.
Margarita Alcamí Pertejo.

4.1. Competencias del bebé.

Desde el nacimiento a los dos años, las interacciones y el vínculo entre el niño y los cuidadores primarios son un importante catalizador para el desarrollo cognitivo, lingüístico, socioemocional y comportamental. En esta interacción el bebé es un ser vulnerable, pero, también, un miembro de la relación dotado de una evidente competencia (1).

Para que el bebé sea completamente competente es esencial su integridad física, en cuanto a normalidad fenotípica y que todas sus funciones vitales se demuestren adecuadas (función cardíaca, respiratoria, capacidad de succión, funciones neurológicas, etc.). Por ello, cualquier tipo de patología médica compromete la evolución global armónica del recién nacido. Actualmente, para el desarrollo del bebé, se sabe que son imprescindibles las competencias del recién nacido que le permiten autorregularse e iniciar la relación con el mundo (2).

El bebé es, pues, competente porque tiene la capacidad de utilizar sus aptitudes sensoriales y motrices para actuar o tratar de actuar sobre su entorno. La tarea integradora que debe realizar el recién nacido se desenvuelve de forma jerárquica: La regulación autónoma precediendo a la motora, luego la función de regulación de estado y, finalmente, las funciones sociales interactivas. Como señala Brazelton (3), en la habilidad del recién nacido para asimilar los estímulos tempranos del entorno, encontramos ciertas agrupaciones de habilidades, como orientación, regulación y organización del estado que tienen más posibilidades de mejorar a lo largo del tiempo en un entorno adecuado. Otras agrupaciones como la motricidad y los reflejos que revelan la función del tronco cerebral, podrían cambiar menos en

respuesta a estímulos del entorno. La regulación del sistema nervioso autónomo es más indicativa de reguladores internos y posiblemente no refleje la influencia de los estímulos del entorno.

Entre un lactante y otro existen diferencias individuales extremadamente importantes como su grado de actividad motriz, la reactividad ante los estímulos, la competencia para discernir las señales recibidas y, sobre todo, la capacidad de excitabilidad o de apaciguamiento, como la irritabilidad y consolabilidad. Capacidades diferenciales que se encuentran en la base de las escalas de evaluación en edades tempranas (1).

El niño debe ser capaz de regular los procesos conductuales y fisiológicos, sensoriales, de atención, motores o afectivos y organizar un estado afectivamente positivo, de calma y alerta que le permita un adecuado encuentro con el mundo y poder desarrollar su potencial. Los patrones de cuidado pueden promover una mejor regulación y organización del niño o intensificar sus dificultades. Esos patrones de funcionamiento resultantes acabarán constituyendo parte de la personalidad en evolución del niño (4).

El cerebro en la especie humana no está completamente desarrollado al nacimiento sino que lo hace de manera intensa en los primeros años de vida. En esta etapa es más flexible la estructura cerebral, pero, también por ello, más influenciable tanto positiva como negativamente. Cuando los padres responden a las necesidades del bebé participan en procesos biológicos importantes como la maduración del sistema nervioso, la respuesta al estrés, el desarrollo del córtex orbitofrontal. Es en éste donde se alojarán las capacidades cerebrales de más alto nivel, la capacidad de almacenar información, la capacidad de refrenar los impulsos y controlar la vida emocional (5).

El desarrollo se lleva a cabo desde el nacimiento, favorecido por el intercambio relacional con el adulto que lo cuida, generando opiáceos a través de las relaciones afectuosas, que ayudan al crecimiento de esta parte del cerebro. Ciertos sistemas bioquímicos pueden construirse defectuosamente si las primeras experiencias son problemáticas, sobre todo puede quedar dañada tanto la respuesta al estrés como el metabolismo de algunos neuropéptidos que intervienen en las emociones.

El aumento del nivel de cortisol, llamada la hormona del estrés, ocurre cuando no hay cerca del niño un adulto disponible que se identifique con él y le responda de forma rápida y sensible, ayudándole a restablecer el equilibrio y a regular sus sentimientos. Si existe un aumento del cortisol de forma crónica, puede dañar sistemas corporales como el hipocampo o afectar la capacidad del córtex orbitofrontal o al sistema inmunitario.

La madre o el padre suelen ser las personas más idóneas para identificarse con las necesidades del bebé y brindarle la respuesta adecuada, en un marco estable y continuo. Las primeras relaciones o vínculos afectivos son los que sientan las bases del desarrollo psicosocial del bebé y su futura salud mental. Si el niño dispone, de modo continuado, de un adulto que le ame y se identifique con sus necesidades y que sepa proporcionarle una respuesta sensible y coherente, establecerá con éste un apego seguro, imprescindible para la salud mental y un adecuado desarrollo personal y social.

Las experiencias de relación con quienes establece el apego "crean representaciones mentales que actúan como factores organizadores" del psiquismo, con una influencia decisiva en el desarrollo de la personalidad (6).

Algunos autores plantean que el temperamento es una de las variables más sobresalientes del desarrollo infantil y uno de los componentes de la personalidad. El temperamento es una disposición de base biológica que influye en la interacción del niño y su mundo y que afecta tanto a la naturaleza como al estilo de aproximación del niño hacia los demás y su reactividad hacia ellos. Es evidente que las características temperamentales del niño provocan un acercamiento al mundo diferente. El niño que tiende al acercamiento, tendrá mayor exposición a situaciones y momentos novedosos y experimentará afectos positivos durante estas experiencias, mientras que el niño temeroso evitará la novedad, buscará familiaridad y experimentará afectos negativos en situaciones nuevas. Consecuentemente, el desarrollo representacional de sí mismo, de los otros y de su mundo será diferente. Algunos estarán alerta al peligro, lo verán donde otros ven emoción y se verán a sí mismos como vulnerables en vez de competentes y aceptados (7).

Recientemente se ha puesto de relieve cómo, en los primeros años de vida, una experiencia de estrés dañino puede dejar una huella cerebral y efectos negativos a largo plazo en la conducta, los aprendizajes y la salud mental. En virtud de ello, se recomienda que al establecer las políticas de atención a la infancia se tengan en cuenta las necesidades biológicas, de salud, desarrollo y bienestar de los niños, prestando especial atención al establecimiento de relaciones personales estables que ofrezcan al niño una respuesta adecuada, soporte y nutrición apropiada (8).

4.2. Desarrollo normal del niño de 0-3 años.

Convencionalmente se considera el desarrollo psicomotor (DPM) normal cuando el niño alcanza las habilidades correspondientes a su edad. La normalidad

estadística nos indica que cuanto más lejos del promedio se encuentre un niño en cualquier aspecto, es menos probable que sea normal. La adquisición de funciones normales es progresiva y no se realiza según un programa secuencial, rígido y estereotipado, sino que una de sus características es la variabilidad en ritmo y modo.

El conocimiento de las características normales del desarrollo es básico para todos los profesionales involucrados en los cuidados del niño. Presentamos determinados indicadores que pretenden mostrar la evolución del niño en las diferentes edades de 0 a 3 años **(Anexo III),** para lo cual y por criterios eminentemente prácticos, consideramos oportuno agruparlos en tres aspectos del desarrollo: Desarrollo psicomotor y autonomía personal, desarrollo de la relación con el entorno social y físico y desarrollo de la comunicación y el lenguaje. El proceso de desarrollo es un continuo y sólo se separan las edades de manera didáctica, aunque las etapas se solapan unas a otras.

Los pediatras de Atención Primaria tienen un papel fundamental en el seguimiento del niño sano y en la detección precoz de las alteraciones del desarrollo. Realizan una valoración y observación longitudinal del desarrollo de todos los niños. En los primeros 6 años de vida prestan atención a todas las áreas del desarrollo, motor, neurosensorial, cognitivo, comunicación y lenguaje, desarrollo social, emocional y adaptativo. Exploran las desviaciones de la normalidad y la presencia de señales de alerta. A través del programa de salud infantil (9), realizan actividades de educación sanitaria orientadas a la promoción de la salud, realizando intervenciones preventivas de detección precoz, cribado y fomento del auto-cuidado.

La prevención de los trastornos del desarrollo infantil debería iniciarse con la atención a las embarazadas por parte de médicos de familia, obstetras y matronas, con programas de información, apoyo y orientación a los futuros padres, así como la detección de situaciones de riesgo.

El establecimiento de un vínculo adecuado de apego entre la madre o persona cuidadora estable, con el niño, es fundamental para el desarrollo de la salud física y psíquica de este. Por este motivo, la Sociedad Española de Neonatología establece un decálogo de recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido (RN) sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento, entre las que incluye, enfocar los cuidados primando el bienestar del RN, interferir lo menos posible en la adaptación a la vida extrauterina, facilitar y promover la aparición del vínculo madre-hijo, no separar al RN de su madre favoreciendo el contacto piel con piel, promocionar, fomentar y apoyar la lactancia materna, aconsejar a los padres sobre los cuidados del RN y vigilar los signos de alarma (10).

4.3. Detección precoz de los trastornos del desarrollo.

La detección precoz de los trastornos del desarrollo tiene por objeto dar una respuesta rápida a las necesidades que presenten y disminuir su impacto sobre el funcionamiento del niño y su familia. Sabemos que se identifican menos del 50% de los niños con trastornos del desarrollo psicomotor (DPM) antes de ingresar en educación infantil. Las causas son muy heterogéneas, aunque alrededor del 20% son evitables.

La prevención de los trastornos mentales es una prioridad de salud pública y, si ésta es efectiva puede reducir el riesgo de desarrollo de trastornos mentales. La prevalencia de los trastornos del DPM es del 1-2% en los dos primeros años de vida, del 8% entre los 2 y los 6 años y del 12-17% cuando consideramos el tramo de edad entre 0 y 22 años.

La prevención de los trastornos mentales tiene como objetivo "reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, su familia y la sociedad" (11).

La prevención de los trastornos mentales se enfoca hacia aquellos determinantes que tienen una influencia causal, predisponiendo a la aparición de trastornos mentales. **Los factores de riesgo biológico, psicológico o social (Anexo IV)** están asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud. Los factores de riesgo y de protección, ya sean biológicos, psicológicos, sociales o de la sociedad, así como sus interacciones, han sido identificados en diferentes etapas de la vida, incluso en la etapa fetal. Muchos de estos factores son maleables y, por lo tanto, son objetivos potenciales en las medidas de prevención y promoción.

La asociación o acumulación de varios factores de riesgo psicológico, biológico o social, puede comprometer, según los niveles de gravedad, el desarrollo psicoafectivo del niño. Por tanto, detectar, diagnosticar e intervenir precozmente sobre ellos puede disminuir su impacto sobre aspectos cognitivos, emocionales, comportamentales y relacionales del niño.

Algunos de estos factores de riesgo psicopatológicos, sociales o biológicos, están presentes desde el embarazo y pueden ser detectados, por lo que es importante tenerlos en cuenta en los programas de preparación al parto y consultas prenatales, ya que pueden comprometer la capacidad para los cuidados y el adecuado

establecimiento del vínculo. El embarazo y el puerperio se consideran períodos vitales y fundamentales para la estructuración de la vinculación entre padres e hijo. La calidad de esta vinculación va a influir, de manera fundamental, en el desarrollo tanto físico como psicoafectivo del niño.

Las actividades de promoción de la salud mental implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Dichas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr una salud mental positiva, de mejorar la calidad de vida y de reducir las diferencias en las expectativas de salud entre países y grupos (12). La salud mental positiva actúa como un poderoso factor de protección contra las enfermedades mentales y disminuye su incidencia.

Los factores de protección se refieren a las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y sus trastornos. Han sido definidos como aquellos factores que modifican, aminoran o alteran la respuesta de una persona a algunos peligros ambientales que predisponen a una inadaptación (13). En su mayoría, los factores individuales de protección, son idénticos a las características de salud mental positiva, es decir, autoestima, fortaleza emocional, pensamiento positivo, destrezas sociales y de resolución de problemas, habilidades para el manejo del estrés y sentimientos de control. Por ello, las intervenciones preventivas que fortalecen los factores de protección, como estimulación cognitiva temprana, una buena crianza o crianza saludable, apego positivo y lazos afectivos tempranos, interacción positiva entre padres e hijos, apoyo social de la familia y amigos, integración de minorías étnicas, apoyo social y redes comunitarias disponibles, se superponen en gran medida con la promoción de la salud mental (14).

Las intervenciones encaminadas a prevenir los problemas de salud mental pretenden compensar los factores de riesgo y reforzar los factores de protección a lo largo de la vida de la persona con el fin de interrumpir esos procesos que contribuyen a la disfunción mental humana.

Los pediatras de Atención Primaria tienen un papel fundamental en la detección de factores de riesgo biológico y psicosocial. A través de la anamnesis, de la observación directa y de los exámenes de salud del niño, así como de la información que ofrecen los padres o cuidadores y de los métodos de screening, pueden detectar signos de alerta o señales de alarma en el desarrollo.

Las preocupaciones de los padres sobre el desarrollo de su hijo han de ser especialmente consideradas, ya que suelen ser los primeros en sospechar la presencia de un trastorno. **Los signos de alerta (Anexo V)** no presuponen la existencia de un problema, pero obligan a un examen minucioso y un seguimiento estrecho.

La existencia de un signo aislado es poco valorable, ya que los trastornos de los que puede ser expresión se manifiestan por un conjunto semiológico más amplio. En el Anexo III se pueden ver las señales de alerta por edades de 3 a 24 meses.

Generalmente es el efecto acumulado de la presencia de múltiples factores de riesgo, de la falta de factores de protección y de la interacción de situaciones de riesgo y protección lo que predispone a los individuos a cambiar de una condición mentalmente saludable a otra de una mayor vulnerabilidad, para pasar después a un problema mental y, finalmente, a un trastorno mental con todas las características.

Se consideran **señales de alarma psicopatológica (Anexo VI)** cualquier dato de observación clínica que puede ser manifestación de una alteración evidente en ese momento o que puede aparecer en una etapa posterior de la evolución del individuo. Se debe derivar al especialista de Salud Mental siempre que se observen signos de sufrimiento emocional en el niño y/o señales de alarma psicopatológica que precisen realizar una exploración más amplia.

Debido a la gravedad de los trastornos del espectro autista (TEA), su aparición en las primeras edades de la vida y la necesidad de una intervención precoz, para paliar las importantes repercusiones que tiene en el desarrollo evolutivo del niño (15), es imprescindible tener presentes los **signos o señales de alarma de TEA (Anexo VII)** que nos hacen sospechar su presencia y que requieren un seguimiento más cercano del niño y una evaluación diagnóstica (16).

Cuando se observen retrasos en alguna de las áreas del desarrollo evolutivo del niño hay que valorar la afectación a nivel emocional, de él y de su familia, especialmente, cuando se observan dificultades importantes en las relaciones padres-niño y sintomatología en el desarrollo psicomotor o en el área somática (alimentación, sueño, control esfinteriano). Desde el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil se realizará una evaluación psicopatológica y evolutiva del niño con entrevistas familiares, individuales, pruebas psicométricas e interconsultas con otros profesionales. Se evaluará también el funcionamiento familiar y psicosocial, estableciendo un diagnóstico y el tipo de intervención necesaria.

4.4. Evaluación del desarrollo del niño.

En la valoración del niño la evaluación del desarrollo se convierte en la pieza esencial. Podemos diferenciar en la evaluación sistematizada del desarrollo, varios tipos de pruebas:

A. Pruebas de "screening" o cribado

- DDST-II (Denver Developmental screening test).
- Escala de desarrollo Haizea-Llevant.
- M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers).
- ADBB (Alarm Distress Baby Scale).
- La escala PEDS (Parent´s Evaluation of development Status).

B. Escalas de desarrollo.

- Inventario de desarrollo Battelle.
- Prueba de Gessell.
- Escala de Bayley de desarrollo infantil (BSID).
- Escala de Brunet-Lezine.
- Escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal (NBAS).

La Academia Americana de Pediatría recomienda la utilización de pruebas estandarizadas, para detectar problemas de desarrollo, como parte sistemática de las visitas preventivas de salud. Consideran que la identificación de los trastornos del desarrollo, basándose solamente en la impresión subjetiva del médico es insuficiente. Se ha demostrado que utilizando solo el juicio clínico se detectarían, antes de la edad escolar, menos del 50% de los niños con retraso mental, retraso de lenguaje u otros problemas de desarrollo.

Los test de cribado deben utilizarse como un instrumento de apoyo, y nunca pueden sustituir la observación minuciosa y longitudinal de la evolución del DPM del niño, realizada por su pediatra (9).

4.4.1. Pruebas de "screening" o cribado.

Las pruebas de cribado o de screening son un instrumento útil para la detección de los trastornos del desarrollo. Si se detecta algún problema se debe hacer un examen cuidadoso del niño y decidir si se planifica un seguimiento en un intervalo de tiempo, para repetir la evaluación o se lo deriva al especialista que corresponda.

Las pruebas de screening se basan en la edad de aparición de logros y de las diferentes conductas, motora, coordinación, social y lenguaje. La edad de aparición de los diferentes logros que se describen en la literatura es bastante similar cuando las muestras estudiadas tienen las mismas exigencias, es decir, niños nacidos a término con peso adecuado y sin factores de riesgo biológico y ambiental. Para este fin, necesitamos contar con herramientas que se puedan aplicar en la consulta de seguimiento y nos permitan detectar con facilidad cualquier indicador de problemas en el desarrollo.

DDST-II (Denver Developmental screening test).

El test de Denver es el más utilizado, investigado y revisado por los autores de forma periódica. Actualmente, esta escala, está considerada como la más adecuada para el cribado de niños de 3 meses a 4 años de edad. Explora cuatro áreas del desarrollo: motricidad fina, motricidad gruesa, personal-social y lenguaje. Tiene 55 ítems. Es un test evolutivo y todas las conductas a evaluar están de acuerdo a la edad cronológica del niño (17).

Escala de desarrollo Haizea-Llevant

El test de Haizea-Llevant utiliza áreas de valoración muy similares a las del DDST-II, con la ventaja de haber sido realizado con niños del área mediterránea y País Vasco por lo que es más recomendable emplear éste. Es un instrumento que permite comprobar el nivel de desarrollo cognitivo, social y motor de los niños y niñas de 0 a 5 años de edad (18).

Se ha diseñado una tabla donde se muestra la edad de adquisición habitual de determinados hitos fundamentales del desarrollo infantil en nuestro medio, indicando, en cada uno de sus elementos, la edad en que lo ejecutan satisfactoriamente. Consta de 97 elementos que valoran el desarrollo en el área de socialización, lenguaje y lógica matemática, postural y de manipulación e incluye adicionalmente 13 signos de alerta. El examinador al evaluar la falta de adquisición de dichos elementos en todas o en algunas de las áreas de desarrollo y/o descubrir la presencia de señales de alerta, determinara la necesidad de realizar otras pruebas diagnósticas (19).

El M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers)

El M-CHAT es una herramienta útil para aplicar cuando existe sospecha clínica de Trastorno del Espectro Autista en niños de 16 a 30 meses. Contiene 23 ítems y los padres deben responder si es o no es el comportamiento habitual de su hijo (20).

ADBB (Alarm Distress Baby Scale)

La ADBB, llamada escala de evaluación del retraimiento relacional, se aplica en niños de 0 a 2 años. Elaborada por A. Guedeney es una escala de evaluación para la detección de situaciones de riesgo de evolución hacia el retraimiento relacional y emocional. Es muy útil para la consulta pediátrica, ya que detecta los primeros signos de alarma que hacen necesaria una exploración más profunda y detallada del bebé, para precisar el diagnóstico e instaurar el correspondiente y adecuado tratamiento.

En total, la escala mide 8 ítems: la expresión facial, el contacto visual, la actividad corporal, los gestos de autoestimulación (chuparse el pulgar, tocarse el cabello

o mover los dedos y las manos), la vocalización (manifestaciones de agrado, desagrado, ansiedad o dolor), la vivacidad de las respuestas a la estimulación, la relación (con el pediatra y un tercero ajeno al cuidador) y el atractivo, es decir, el interés que genera en otros para seguir en contacto con él (21).

La escala PEDS (Parent´s Evaluation of development Status)

Esta escala sirve como método previo de cribado, ya que permite una selección rápida de los niños que requieren una mayor valoración. Se puede pasar en cualquier visita de seguimiento con el pediatra y consta de 10 preguntas exploratorias en las que se consulta a los padres sobre las preocupaciones o problemas respecto al desarrollo de sus hijos (22).

4.4.2. Escalas de desarrollo.

A las pruebas convencionales también se las puede llamar semicuantitativas, porque evalúan variables cualitativas a las que se les asigna una puntuación. A continuación se suman estas puntuaciones y se obtiene un dato cuantitativo. Existen muchas y se aplican para edades específicas o son selectivas para determinadas áreas, como lenguaje, memoria, cálculo, etc. Para realizar estas pruebas se requiere un entrenamiento previo muy riguroso y cada grupo de trabajo tiende a utilizar aquella con la que tiene más experiencia y considera más adecuada al caso. Algunas de las más conocidas en nuestro medio son:

Inventario de desarrollo Battelle

Se puede aplicar desde el nacimiento hasta los 8 años. El objetivo es evaluar el desarrollo del niño sin deficiencias e identificar a los que presentan retraso o discapacidad en las áreas del desarrollo. Uno de los propósitos fundamentales es proporcionar información sobre los puntos fuertes y débiles en diferentes áreas del desarrollo del niño, para facilitar la creación de programas de intervención individualizados.

La aplicación es individual y tipificada. El número total de ítems es 341 y 96 de screening y se considera un inventario bastante completo. En cuanto a los procedimientos para la obtención de datos, utiliza la observación, el examen estructurado y recoge información de personas relevantes en la vida del niño. Su formato de aplicación y puntuación posee mayor objetividad y rigor que los utilizados en la mayoría de los inventarios de desarrollo.

Explora: área motora (control muscular, coordinación corporal, locomoción, motricidad fina y perceptiva), adaptativa (atención, comida, vestido, responsabilidad personal, aseo), comunicación (receptiva y expresiva), cognitiva y personal-

social (interacción con el adulto, expresiones de sentimientos o afecto, autoconcepto, interacción con los compañeros, colaboración, rol social) (23).

Prueba de Gessell

Se aplica de 1 a 36 meses de edad y evalúa la conducta motriz, adaptativa, personal social y el lenguaje. El objetivo es descubrir precozmente defectos y desviaciones del desarrollo que, de otra manera, pasan desapercibidos o se retrasan en el diagnóstico. Sirve para revelar lesiones, defectos y retrasos en la organización del sistema nervioso. Permite ofrecer un mejor consejo orientador en aspectos prácticos del tratamiento, del cuidado infantil y de las relaciones paterno-filiales, ya que nos aporta un mayor conocimiento de las características significativas de la personalidad del niño (24).

Permite calcular el Cociente de Desarrollo Específico para cada uno de los cuatro campos de conducta y el Cociente de Desarrollo General que incluye a todos. El Cociente del Desarrollo suministra una estimación objetiva del estado evolutivo del niño (25).

Escala de Bayley de desarrollo infantil, BSID (Bayley scales infant development).

Es una de las pruebas de desarrollo más usada para la evaluación de la primera infancia. Se aplica de forma individual a niños entre 1 mes y 3,5 años y el tiempo empleado es de 45 minutos. Recoge información cualitativa sobre la conducta del niño en interacción con la madre y extraños (evaluador) en varias situaciones (26).

La prueba consta de tres escalas diferenciadas que contribuyen a evaluar el desarrollo mental y psicomotor en la edad temprana:

- Escala Mental: Preparada para apreciar la agudeza sensorio-perceptiva, la discriminación y la capacidad de respuesta a los estímulos, la adquisición temprana de la permanencia de objeto" y la memoria, el aprendizaje y la capacidad de resolución de problemas, las vocalizaciones al comienzo de la comunicación verbal y la capacidad para generalizar y clasificar, base del pensamiento abstracto.

- Escala de Psicomotricidad, evalúa el grado de coordinación corporal, así como habilidades motrices finas en manos y dedos.

- Registro de Comportamiento ayuda a evaluar la naturaleza de las orientaciones sociales y objetivas del niño hacia su entorno, expresadas en actitudes, intereses y emociones, energía, actividad y tendencias de aproximación o evitación de los estímulos (27).

Escala de Brunet-Lezine.

Se aplica a niños de 1 a 30 meses. La escala consta de dos partes, una parte experimental por medio de la cual el psicólogo aplica las pruebas al niño y la otra

de observación del comportamiento del niño en la vida cotidiana y cuyos datos proporciona la madre por medio de las preguntas que le formulamos. Explora cuatro sectores del desarrollo, el control postural, la coordinación óculo-motriz, el lenguaje y comunicación y sociabilidad y autonomía.

Esta escala nos permite obtener la Edad de Desarrollo (ED) y el Cociente de Desarrollo (CD) del niño en cada una de las cuatro áreas evaluadas y nos informa sobre su ritmo de desarrollo en relación con los de su misma edad cronológica (EC) (28).

Escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal (NBAS Neonatal Behavioral Assessment Scale)

Desarrollada por T. B. Brazelton constituye la sistematización de un examen clínico muy detallado del neonato. La parte esencial es la evaluación del comportamiento, sin dejar a un lado la valoración neurológica del mismo. Describe una amplia variedad de conductas, incluyendo competencias y potencialidades, así como, también, permite descubrir áreas de dificultad o desviación.

La escala describe el estado de los sistemas autónomo, motor, estado de conciencia y atención social del niño, así como la manera en que estos sistemas interactúan unos con otros y llegan a integrarse durante el período neonatal. Proporciona una evaluación funcional de la habilidad para asimilar los estímulos tempranos del entorno y los esfuerzos de la persona que lo cuida para ayudarle en esta reorganización. La capacidad del RN para atender, diferenciar y habituarse a los complejos estímulos que le presenta la persona que lo examina puede ser un factor pronóstico importante de la futura organización del SNC, así como del temperamento individual.

La NBAS evalúa la capacidad de respuesta del RN a estímulos humanos, la voz, el rostro, tocar y mecer al bebé y a estímulos inanimados, un cascabeleo suave, una campana, una pelota de color rojo fuerte, una luz brillante, la manipulación y los cambios de temperatura. Se hacen estimaciones del vigor y la excitación, así como de la clase de actividad motriz, el tono muscular y los cambios de color a medida que el bebé pasa de un estado a otro (29).

El método que se utiliza para puntuar esta escala se basa en la agrupación de ítems propuesta por Lester (1984). En ella, se reducen los ítems conductuales y los de reflejos a las siguientes siete agrupaciones:

- Habituación: Alude a la habilidad del neonato para responder e inhibirse frente a estímulos perturbadores mientras duerme.

- Orientación: Se refiere a la capacidad del bebé para atender a estímulos visuales, auditivos y a la calidad global de sus estados de alerta.

- Motricidad: Evalúa la actuación motora, la calidad del movimiento y el tono.

- Variabilidad de estados: Valora la activación del neonato y la labilidad de estados.

- Regulación del estado: Constituye una valoración de la habilidad del niño para regular su estado ante el incremento de los niveles de estimulación.

- Estabilidad del sistema nervioso autónomo: Evalúa los signos de estrés en relación a los ajustes homeostáticos del sistema nervioso central.

- Reflejos: Valora el número de reflejos anormales.

Toda evaluación debe considerarse en el contexto de una curva de recuperación del esfuerzo, por lo que ningún examen aislado basta para predecir la futura adaptación del bebé estudiado.

Aunque la escala NBAS fue ideada en su origen como examen clínico detallado del neonato, los profesionales encontraron una gran utilidad al emplearla como forma de intervención y trabajo con los padres ya que se comparte con ellos la mirada del evaluador sobre la conducta del niño, intentando demostrar las capacidades y limitaciones interactivas del bebé y enseñando a los padres la mejor forma de vincularse con su hijo durante ese período (3).

BIBLIOGRAFÍA:

1.- Ajuriaguerra J, Marcelli D. Manual de psicopatología del niño. 2 ed. Barcelona: Masson, 1987.

2.- Beá N. Primeras relaciones, base del desarrollo. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc 1998;26:131-50.

3.- Brazelton TB, Nugent JK. Escala para la evaluación del comportamiento neonatal. Barcelona: Paidós Ibérica 1997.

4.- National Center for Clinical Infant Programs. Zero to three. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-3R). Washington DC: Zero to three Press, 2005.

5.- Gerhardt S. El amor maternal. La influencia del afecto en el desarrollo mental y emocional del bebé. Barcelona: Albesa, 2008.

6.- Marrone M. La teoría del apego. Un enfoque actual. Madrid: Psimática, 2009.

7.- Kernberg P, Weiner AS, Bardenstein KK. Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes. México DF: El Manual Moderno, 2002.

8.- Shonkoff J, et al. The lifelong effects of early chilhood adversity and toxic stress. Pediatrics 2012;129:232-46.

9.- Programa de Salud Infantil / AEPap /2009: Disponible en: https://aepap.org/sites/default/files/psicomotor.pdf

10.- Sánchez Luna M, et al. Recomendaciones para el cuidado y atención del RN sano en el parto y en las primeras después del nacimiento. An pediatr (Barc) 2009;71(4):349-61.

11.- Mrazek PJ, Haggerty RJ, eds. Reduciendo los riesgos para los trastornos mentales: Fronteras para la investigación de intervención preventiva. Washington: National Academy Press, 1994.
12.- Hosman C, Jané-Llopis E. Retos políticos 2: salud mental. En: Unión Internacional para la Promoción de Salud y Educación. La evidencia de la efectividad de la promoción de la salud: forjando la salud pública en una nueva Europa. Bruselas: ECSC-EC-EAEC 1999. Pp 29-41.
13.- Rutter M. Fortaleza contra la adversidad. Publicación Británica de Psiquiatría. 1985;147:598-61.
14.- Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado / un informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. Ginebra: Organización Mundial de la Salud: 2004.
15.- Ferre F, Palanca I, Crespo MD, coord. Guía de diagnóstico y tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista. La atención en la Red de Salud Mental. Madrid: Cogesin, 2008.
16.- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Comunidad de Madrid: 2009.
17.- Frankenburg WE, Dodds JB. The Denver Development Assessment (Denver II). Denver: University of Colorado Medical School, 1990.
18.- Fernández Álvarez E, Fernández Matamoros I, Fuentes Biggi J. Tabla de desarrollo de Haizea-Llevant. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco: 1991.
19.- Grupo de Trabajo del Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales. Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales. 2013. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
20.- Robins D, et al. Modified Checklist for Autism in Toddlers. 2001
21.- Guedeney A, Charron J, Delour M, Fermanian J. Lévaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de lexamen pédiatrique par lÉchelle dalarme détresse bébé (ADBB). Psychiatr Enfant 2001; VXLIV(1):211-31.
22.- Traducción del Instrumento PEDS (Parent´s Evaluation of development Status). Glascoe FP. Como utilizar la evaluación de los padres del nivel de desarrollo para detectar y tratar problemas del desarrollo y el comportamiento en Atención Primaria. MTA-Pediatría 2001;22:225-243.
23.- Newborg J, Stock JR, Wnek L. Inventario del Desarrollo Batelle. Madrid: TEA,1998.
24.- Gessell A, Amatruda C. Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Buenos Aires: Paídos, 1981.
25.- Gessell A. Gessell Development Test Materials. Houston: INC, 1980.
26.- Bayley N. Escalas Bayley de Desarrollo Infantil (BSID). Madrid: TEA, 1969/1977.
27.- Bayley N. Bayley Scales of Infant Development. Second Edition (BSID-II). San Antonio: Hartcourt Brace &Company, 1993.
28.- Brunet O, Lezine I. El desarrollo psicológico de la primera infancia. Madrid: Pablo del Rio, 1980.
29.- Brazelton TB, Cramer BG. La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial. Barcelona: Paidós, 1993.

5. PSICOPATOLOGÍA Y CLÍNICA DEL NIÑO DE 0 A 3 AÑOS.

Margarita Alcamí Pertejo
Encarnación Mollejo Aparicio

Las Clasificaciones Internacionales de los trastornos mentales (CIE (1) y DSM (2,3)) carecen de entidades diagnósticas específicas para muchas de las dificultades y trastornos que pueden aparecer en los tres primeros años de vida. Por otra parte, la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA-R-2000) que incluyó en su cuarta revisión (4) un Eje I del Bebé y la Clasificación 0-3 (National Center for Clinical Infant Programs (0-3 (5) y 0-3R (6) intentan hacer una aproximación diagnóstica específica de los tres primeros años de vida.

Ya que, como plantea la Clasificación Francesa (CFTMEA-R-2000) (4), algunas categorías de la psicopatología del bebé aún no han logrado un consenso entre los clínicos, los autores de este documento hemos preferido presentar la psicopatología desde la manifestación en las diferentes áreas y no tanto como entidades diagnósticas propuestas por las distintas clasificaciones. En este recorrido de la psicopatología del niño pequeño no podemos olvidar que la mirada semiológica debe centrarse a la vez en el bebé y en la naturaleza del vínculo con el adulto a cargo de su cuidado y con el entorno del niño (4).

No sólo los patrones de cuidado pueden promover una mejor regulación y organización del niño, disminuyendo así sus dificultades (5), sino que las primeras relaciones suministran el contexto en el cuál se adquieren y desarrollan ciertas funciones psicológicas esenciales como la función simbólica.

A continuación detallamos las diferentes áreas de expresión psicopatológica y clínica en el niño de 0-3 años.

5.1. Discapacidad intelectual. Retrasos del desarrollo.

El desarrollo designa el conjunto de fenómenos evolutivos de orden neuropsíquico que se establecen desde el nacimiento. Se exterioriza mediante adquisiciones que se producen en una forma y cronología determinada y cuyas anomalías definen los trastornos (7). La Discapacidad intelectual o el retraso mental (RM) se define como una condición de desarrollo detenido o incompleto de la mente que se caracteriza, sobre todo, por deterioro de las habilidades que se manifiestan durante el período de desarrollo y que contribuyen al nivel general de inteligencia, nivel cognitivo, de lenguaje, motor y de habilidades sociales (8).

La etiología de la discapacidad intelectual es heterogénea. Las lesiones, infecciones y toxinas se han convertido en causas menos frecuentes debido a la mejora de la atención perinatal y, en contraste, las causas genéticas tienden a mostrarse como más prominentes. Hasta en un 40 % de los casos, particularmente en RM leve, no se encuentra una etiología específica. Las influencias ambientales, la desnutrición, la privación emocional y social que se sufre, por ejemplo, en los orfanatos mal administrados, pueden también causar o agravar la deficiencia intelectual. (9).

Durante los primeros años de la vida del niño y, hasta que no se confirman las repercusiones fijas en el desarrollo intelectual, estas dificultades suelen categorizarse como retrasos del desarrollo. Sin embargo, el concepto de retraso del desarrollo es un concepto más amplio que el de deficiencia intelectual ya que indica que el niño tiene dificultades en una o más áreas del funcionamiento adaptativo, lo que no implica necesariamente que tenga alteraciones significativas en las capacidades cognitivas. Es decir, aunque los sujetos con discapacidad intelectual también muestran retrasos del desarrollo, no todos los niños con retrasos del desarrollo tienen una discapacidad intelectual.

Una de las condiciones que debe contemplarse en el diagnóstico diferencial de la deficiencia intelectual en el niño son los trastornos específicos del desarrollo que repercuten en una o varias áreas del aprendizaje académico (lectura, aritmética, etc.). Estos aspectos no son aún valorables en las edades a las que nos estamos refiriendo, pero no podemos olvidarlo en la edad escolar. Los trastornos del aprendizaje constituyen un constructo dimensional, pero existe una aproximación categorial para comprender las dificultades de aprendizaje, pues dan lugar a un conjunto de comportamientos reconocibles.

Los autores de este documento animamos a realizar la comprensión de los retrasos del desarrollo desde la perspectiva de Misés (10) y planteada por la (CFTMEA-

R-2000) (4) de deficiencias armónicas y disarmónicas. En las evoluciones disarmónicas, la perturbación presentada, aunque pueda ser severa, no es total, pudiendo combinarse capacidades o discapacidades en la habilidad para comprometerse en una relación emocional o social, en la facultad para establecer o desarrollar algunas formas de comunicación, o en la integración de estímulos sensoriales.

La preocupación por los retrasos del desarrollo atañe no sólo a las limitaciones que pueden verse implicadas en las habilidades y capacidades adaptativas y de aprendizaje en el niño y adolescente o posteriormente en la vida adulta, sino a las repercusiones que pueden tener para que el niño se comprometa en una relación emocional o social que hemos visto constituye un elemento imprescindible para el desarrollo del cerebro humano. A este respecto, los retrasos en el desarrollo prelingüístico y en los diferentes dominios del lenguaje ponen en especial riesgo la importante tarea de los bebés y niños pequeños de aprender a comunicarse.

5.2. Trastornos de las funciones básicas.

Los trastornos en los que se ven afectadas la regulación de las funciones básicas (dormir, comer) se acompañan, frecuentemente, de problemas en la relación madre-hijo.

5.2.1. Psicopatología del sueño.

La mayor parte de los insomnios habituales son debidos a una hiperestimulación del sistema del despertar, ya sea por condiciones exteriores inadecuadas o por excitación psíquica (11). El sueño está sometido a modificaciones evolutivas rápidas y profundas a lo largo del desarrollo.

El sueño del recién nacido es inicialmente polifásico y fraccionado a lo largo del día, evolucionando poco a poco a un predominio nocturno. En el establecimiento del ritmo circadiano, la edad es, por tanto, un modulador del componente biológico del sueño. En los tres primeros meses el ciclo sueño-vigilia está íntimamente ligado a las necesidades de hambre y saciedad, la tensión se apacigua gracias a la saciedad y la succión y, de forma mas o menos perdurable, mediante el contacto corporal, el sonido de la voz, el acunamiento, los pasos al caminar.

Los conocimientos nuevos relacionados con las capacidades del lactante enriquecen la comprensión de los mecanismos de algunos insomnios precoces. Los estadíos intermedios entre el sueño profundo y la vigilia, descritos por Brazelton (12), responden a grados diferentes de receptividad ante las incitaciones y solicitaciones

del mundo exterior. La importancia de los padres, capacitando y potenciando la capacidad de regulación del niño ha sido señalada en capítulos previos.

El diagnóstico de las diferentes alteraciones del sueño es fundamentalmente clínico y la información recogida por las familias en las agendas/diarios de sueño suele ser una herramienta valiosa para la evaluación (13).

Insomnio Precoz.

Frente a un insomnio precoz, la primera preocupación del médico debe ser la de investigar la posibilidad de una afección orgánica, aguda o crónica, general, respiratoria o neurológica, capaz de provocar el insomnio, ya sea por dolor, por la propia enfermedad o por una perturbación directa de la función. El sueño puede verse también perturbado por condiciones adversas, siendo las más frecuentes las dietéticas, la incoherencia de cuidados, el ruido y las condiciones de habitabilidad. Por ello diferenciaremos:

- *Insomnio común:* normalmente cede cuando se corrigen las condiciones desfavorables que facilitaron su aparición.
- *Insomnio precoz grave:* Puede presentarse como insomnio agitado o tranquilo. La forma agitada es la que acude a consulta por la afectación en la convivencia familiar pues el niño grita, llora, se mueve y no se calma más que en los breves momentos de agotamiento y puede acompañarse de movimientos rítmicos, balanceos o conductas autoagresivas. En la forma tranquila, el niño permanece en su cama con los ojos abiertos tanto de día como de noche, sin reclamar nada.

Los niños con insomnio presentan síntomas característicos. Suelen mantener una actitud hipervigilante, captando con gran intensidad los fenómenos que existen a su alrededor, ansiedad- inseguridad / tranquilidad- seguridad. Suelen tener un sueño superficial durante el cual se muestran inquietos y con facilidad para despertarse con pequeños estímulos externos. Durante el día suelen ser irritables mostrando gran dependencia hacia la persona que los cuida. El recuento de los tiempos de sueño totales a lo largo de 24 horas es claramente inferior al número de horas normales para su edad (13).

Dificultades en la conciliación del sueño del niño.

En el segundo año el niño tiene gran necesidad de conocer el mundo que le rodea, despierto y siempre en movimiento. El niño está, en esta edad, excitado. Al mismo tiempo, la angustia de separación es inherente a esta fase del desarrollo y el niño se debate entre la inquietud, la oposición, el deseo de autonomía y la dependencia. Dormirse le resulta con frecuencia difícil y surgen toda una serie de

incidentes, como el recurso a actividades autoeróticas y a objetos transicionales o los rituales a la hora de acostarse.

Muchos insomnios ligeros de este período forman parte de las variaciones de la norma. Podemos distinguir distintos estilos de insomnio: el insomnio alegre del niño que quiere levantarse y jugar, el insomnio huraño, de oposición con el entorno y el insomnio ansioso. La angustia frente a la separación se intensifica por separaciones reales como el inicio a la guardería, alejamientos circunstanciales, hospitalización, etc. Puede tratarse de un insomnio accidental inducido por circunstancias episódicas o inscribirse en una perturbación, cuya cualidad es importante precisar (11).

Parasomnias.

Las parasomnias son trastornos del sueño que no implican una alteración de los procesos responsables de los estados de vigilia y sueño en sí mismos, sino la aparición de fenómenos físicos o conductas no deseables, molestas, que ocurren, predominante o exclusivamente, durante el sueño. Muchas de ellas son manifestaciones de la actividad del SNC y las características más destacadas son la aparición de actividad musculoesquelética y cambios en el sistema nervioso autónomo. Incluyen diversas conductas que reflejan episodios agudos que interfieren con el sueño y que son recogidas habitualmente como angustias nocturnas, aunque se pueden diferenciar, ya que suceden en distintas fases del sueño. Mencionaremos aquellos trastornos que ocurren con mayor frecuencia en edades tempranas.

Los terrores nocturnos suelen aparecer en la segunda mitad del primer año y pueden mantenerse hasta los 4-5 años (14). Constituyen episodios recurrentes de despertar desde la fase de sueño profundo durante el primer tercio de la noche. El comienzo es brusco y el niño se muestra asustado, semeja un estado de confusión alucinatoria, no reconoce su entorno y parece inaccesible a cualquier razonamiento. Suele observarse palidez, sudores y taquicardia. La crisis dura algunos minutos y posteriormente el niño se duerme, presentando amnesia del episodio.

El sueño de angustia o pesadilla es frecuente. Son ensoñaciones aterradoras que ocurren durante el sueño REM en la segunda mitad de la noche. El niño gime, grita, llora o pide auxilio. Generalmente provocan que el niño se despierte y, como recuerda lo sucedido, le cuesta volver a dormirse. Los episodios suelen iniciarse entre los 3 y 6 años, con una máxima prevalencia entre los 6 y 10 años, disminuyendo progresivamente a partir de esa edad. La descripción de la ensoñación es simple y corta en niños pequeños e incluyen, frecuentemente, monstruos y otras criaturas imaginarias terroríficas, mientras que los niños mayores suelen describir argumentos más complejos. Se considera adaptativo si sucede tras un episodio traumático,

pero si se repite de forma regular todas las noches o se asocia a otros síntomas, debe ser atendido.

Los automatismos motores o ritmias del sueño: En la mayoría de los casos estos movimientos se inician antes del año de edad y son muy frecuentes hasta los nueve meses. Posteriormente, la prevalencia disminuye paulatinamente. Tienen una aparición muy precoz pero silenciosa al principio y se convierten en motivo de consulta cuando el niño empieza a hacer ruido. Son comportamientos motores rítmicos, recurrentes, estereotipados y repetitivos. Los movimientos se realizan con la cabeza, cuello, tronco, extremidades o con todo el cuerpo. Se observan sobre todo en estadios ligeros del sueño lento y se considera, que tienen relación con las ritmias de la fase de conciliación y que son análogas en el plano clínico y con carácter autoestimulatorio, favoreciendo el adormecimiento. Por lo general, estos comportamientos son benignos y no se consideran un trastorno a menos que haya evidencia de consecuencias clínicas significativas, por interferir en la calidad del sueño, por afectar a las actividades diarias o porque el niño se autolesione a causa de los movimientos rítmicos El bruxismo y la somniloquia son considerados por algunos autores como automatismos motores especiales, aunque no se ha estudiado su relación con las distintas fases del sueño.

Otros Trastornos del sueño.

Aunque se trata habitualmente de trastornos propios de niños de mayor edad, incluimos tres trastornos del sueño que están teniendo una mayor relevancia en la literatura actual.

- *Síndrome de Retraso de fase (SRF):* Existe una dificultad mantenida y crónica para dormirse y levantarse en el momento adecuado, socialmente, para la edad. Sin embargo, muestran en realidad una calidad y duración del ciclo de sueño estable, pero retrasada. Se suele apreciar retraso en otros ritmos circadianos como la temperatura o inicio de secreción nocturna de melatonina. Aunque no se ha demostrado la evidencia científica de tratamientos, se recomiendan medidas de higiene del sueño básicas para reducir los factores que precipiten el SRF y, en los casos que no hay respuesta con dichas medidas, se sugiere la posible utilidad de la melatonina, aunque no existe la indicación por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) (13).

- *Síndrome de piernas inquietas (SPI):* Se considera un trastorno neurológico crónico sensitivo-motor, caracterizado por la necesidad urgente de mover las piernas en situaciones de reposo, asociándose a una sensación desagradable. Los síntomas aparecen o empeoran al final del día y se alivian con el movimiento. Repercute

en la calidad de vida del niño, entre otros aspectos, por el insomnio que se produce al dificultarse la conciliación del sueño, por la fatiga diurna, por la disminución de la atención e hiperactividad paradójica en niños y adolescentes y, en casos graves, por una somnolencia diurna excesiva. Existen unos criterios específicos para el diagnóstico en niños entre 2 y 12 años. El diagnóstico es clínico e implica diagnóstico diferencial con entidades tan diferentes como, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), el disconfort posicional, dolores del crecimiento, tics motores, dolores musculares, calambres musculares, patología ósea, y otras enfermedades, como enfermedades dermatológicas, reumatológicas, polineuropatía periférica, radiculopatía o miopatía, mioclono hípnico, crisis mioclónicas o parasomnias (13).

- *Síndrome de apnea-hipopnea durante el sueño (SAHS):* Es un trastorno respiratorio que se produce durante el sueño. Se caracteriza por una obstrucción total o parcial de la vía aérea superior, intermitente y que altera la ventilación normal durante el sueño y los patrones normales del mismo. Se asocia habitualmente con síntomas que incluyen el ronquido y otros trastornos del sueño. El SAHS infantil tiene una entidad clara con perfiles muy diferenciados con respecto al del adulto en lo referente a etiología, presentación clínica y tratamiento. La prueba de referencia para el diagnóstico es la polisomnografía nocturna, pero será el pediatra de Atención Primaria quien debe realizar el diagnóstico de sospecha y las evaluaciones pertinentes antes de derivar su tratamiento a las Unidades de Sueño y/o los especialistas correspondientes.

Actitud terapéutica ante los trastornos del sueño:

Como hemos planteado existen diferentes trastornos con aspectos específicos a considerar en cada uno. Es una realidad que diferentes familias de fármacos son empleados, como antihistamínicos, benzodiazepinas, neurolépticos, melatonina, aunque no existe evidencia científica para el empleo de los mismos. Las recomendaciones que se siguen habitualmente respecto a su uso es que éste irá precedido de la aplicación de medidas de higiene del sueño y siempre, en combinación con intervenciones no farmacológicas, como apoyo psicológico a los padres en relación al manejo de los síntomas y estableciéndose previamente, junto con la familia, unos objetivos de tratamiento claros. Además, la medicación debe ser usada sólo a corto plazo, seleccionándose el fármaco, en función del problema que presenta el niño. Siempre hay que considerar que dormirse requiere calma, silencio, oscuridad, hábitos de regularidad y condiciones ambientales favorables. Las características de regulación del niño son importantes, pero la capacidad de contención de los padres y las características del vínculo son también un elemento imprescindible a valorar.

5.2.2. Psicopatología de la alimentación.

Alrededor de la alimentación gira el eje de interacción más precoz entre la madre y el niño (15). La sociedad interviene también en el intercambio alimenticio madre-hijo, ya que, además del simbolismo cultural ligado a la alimentación, por ejemplo, el papel social de las comidas y la valoración de la función materna en base al éxito en alimentar adecuadamente al bebé, la puericultura ejerce a su vez presión en función de los modelos dietéticos que establece.

Uno de los grandes logros que el niño adquiere durante los primeros años es la diferenciación somato-psicológica, comprender y diferenciar sensaciones somáticas como el hambre, la saciedad o el cansancio, de sentimientos emocionales como el enfado, la frustración y la necesidad de afecto.

Dificultades propias del niño pueden entorpecer esta capacidad de diferenciación, pero también respuestas inadecuadas a las claves del niño, pueden disminuir su capacidad para diferenciar entre hambre y emociones. Chatoor (16) elaboró una categorización que nos permite matizar diferentes aspectos psicopatológicos y que encontramos reflejada en la clasificación 0-3 R (6). Podemos considerar diferentes trastornos (9) que para ser considerados como tales, estas diferentes dificultades para alimentarse, deben repercutir en el crecimiento ponderal.

Trastorno para ser alimentados por alteraciones en la regulación de estados.

Denominado previamente trastorno de la homeostasis. Surge en el periodo neonatal y está muy condicionado por características físicas, gran prematuros, enfermedades neurológicas, cuadros sindrómicos, etc., que limitan la alimentación oral en el niño. Son bebés vulnerables que tienen dificultades para alcanzar un estado de alerta calma que permita una alimentación exitosa.

Trastorno de la alimentación por alteraciones en la reciprocidad cuidador-infante.

Aparece entre los 2 y los 8 meses y responde a una psicopatología en el entorno que determina una incapacidad y negligencia en relación a los cuidados emocionales del niño. Característicamente es detectable un empobrecimiento de la reciprocidad diádica durante la alimentación. No implica, necesariamente, negligencia o trastornos mentales severos en la madre, ya que, también, puede surgir por situaciones vitales estresantes que motivan preocupación y afecto depresivo que acaba determinando una pérdida de sensibilidad de la madre a las claves del niño.

Anorexia infantil precoz, anorexia del segundo semestre.

Aparece entre los 6 meses y los 3 años. Chatoor (16) planteaba que el trastorno surge en el paso a la alimentación a cuchara, coincidiendo con el trabajo psíquico propio de la fase de separación-individuación descrita por Mahler (17). El niño rechaza comer, en un intento de conseguir autonomía y control sobre su madre y predomina la motivación, en la propia asertividad y en la afirmación del sí mismo, sobre las necesidades de apego o de hambre.

Esta dinámica conduce a una indiferenciación somatopsíquica, pues el niño no sabe diferenciar su hambre de sus necesidades emocionales (18). La comida se convierte en una batalla y causa gran ansiedad a los padres que pueden llegar a realizar maniobras extremas para que el niño coma. Ello favorece que se intensifiquen las maniobras de rechazo del niño hacia la comida.

Trastorno por aversión sensorial a la comida.

Se suelen hacer evidentes en la transición a nuevos tipos de alimentos. El niño rechaza ciertos sabores, texturas, olor y apariencia de alimentos. Come sin dificultad cuando se le ofrecen los alimentos que prefiere y todo ello conduce a una dieta restrictiva.

Trastorno de alimentación asociado con condición médica concurrente.

El trastorno médico provoca malestar cuando el niño come y rechaza seguir comiendo. El manejo médico del trastorno puede mejorar el problema, pero no alivia completamente el problema de alimentación.

Trastorno de alimentación asociado a traumatismo en el tracto gastrointestinal.

El rechazo del niño a la comida aparece tras un evento traumático mayor o traumatismos menores repetidos en orofaringe o tracto gastrointestinal que provocaron un intenso estrés en el niño. Puede rechazar líquidos, sólidos o todo tipo de alimentación oral. Revivir el evento traumático causa estrés, lo que se manifiesta por una conducta anticipatoria de ansiedad frente a los alimentos o por resistencia intensa a tragar. Este rechazo puede poner en peligro la nutrición del niño de forma aguda o a largo plazo.

No podemos olvidar que existen circunstancias temporales, separaciones, traumas, etc., que pueden provocar, además de otros síntomas emocionales, dificultades en mantener patrones adecuados de alimentación. También encontramos

dificultades para establecer patrones regulares y normalizados de alimentación en niños con Trastorno del Espectro Autista. Reservaríamos, sin embargo, el diagnóstico de los trastornos primarios y específicos de la alimentación, a los diferentes trastornos mencionados previamente.

5.3. Trastornos de expresión somática.

Los trastornos de expresión somática, trastornos funcionales o trastornos psicosomáticos, son frecuentes en el niño pequeño. Cuanto más pequeño es el niño, la expresión sintomática de sus tensiones psíquicas tiende a realizarse, en mayor grado, a través de manifestaciones corporales. Es esencial que el médico sepa reconocer el sufrimiento psíquico del niño y precisar las circunstancias de su aparición (11).

En ocasiones, el trastorno es puramente subjetivo y se atiende a una queja sin sustrato orgánico y sin manifestación clínica asociada. Puede tratarse de un sufrimiento psíquico, angustia o depresión, expresado por el niño mediante su cuerpo, el niño pequeño no tiene aún medios para describir un sufrimiento psíquico o, ni siquiera, para distinguirlo de un sufrimiento somático. De esta manera, en ocasiones, la aparición de un trastorno de este tipo es la traducción somática de un conflicto.

Frecuentemente los padres se dan cuenta de que sus hijos a veces pueden experimentar síntomas somáticos si están preocupados por algo, la mayoría de ellos minimizan la importancia de estos síntomas y encuentran el motivo que lo ocasiona. Esta táctica ayuda a que los niños aprendan a manejar el estrés cotidiano (9).

Una variedad de factores individuales, familiares y ambientales pueden predisponer, precipitar o perpetuar las expresiones somáticas como somatización. Entre los factores familiares que pueden predisponer se señalan las familias ansiosas, sobreprotectoras, emocionalmente desbordadas o aquellas con problemas de salud o con alta frecuentación de consultas médicas.

Muchas manifestaciones somáticas tienden a surgir en edades específicas, lo que nos muestra hasta qué punto los trastornos deben relacionarse con la maduración del funcionamiento de los distintos órganos y con las características del desarrollo psicológico. Algunos autores plantean que se podría trazar esquemáticamente una especie de calendario en función de la edad (15). A continuación, revisaremos algunos de estos trastornos.

5.3.1. Patología de la esfera digestiva.

Cólicos del lactante.

Este frecuente trastorno se caracteriza por llantos de evolución paroxística. El comienzo es precoz y el horario vespertino y nocturno. La mímica, la gesticulación, el tono del llanto, recuerdan un hambre dolorosa o un malestar digestivo (7). El examen muestra una distensión del abdomen que es timpánico y la expulsión de gases es frecuente. Los llantos son el resultado de un dolor visceral por disfuncionamiento intestinal y, por sus características, genera una gran ansiedad en los cuidadores. En ocasiones, los padres lo viven como una prueba de su propia incompetencia o de rechazo del niño. Es importante que en esta interacción se respeten los ritmos propios del niño y que se consiga una progresiva adaptación entre el cuidador y el niño.

Vómitos del primer semestre.

El vómito es un síntoma muy frecuente, sobre todo en el recién nacido. La distinción entre la regurgitación banal y fisiológica y el auténtico vómito a veces no es fácil. Descartadas la existencia de episodios intercurrentes, como infecciones, deshidrataciones, etc., o anomalías fisiológicas que requieren tratamientos específicos, algunos lactantes vomitan con una facilidad desconcertante. Hay que saber distinguir, entre los bebés vomitadores, aquellos en los que la dimensión psicopatológica parece hallarse en el primer plano con alternancia de vómitos con episodios anoréxicos y graves alteraciones en las dinámicas de interacción durante la alimentación, de los que padecen un simple trastorno funcional. (15).

Vómitos del niño mayor.

La edad, la diversificación de alimentos y la adquisición de la autonomía alimenticia favorecen que los vómitos se vayan extinguiendo progresivamente durante el segundo año. Sin embargo, en algunos niños que presentaron estos vómitos precoces, en contextos claros de ansiedad, encontramos, con frecuencia, una persistencia de los mismos en años posteriores. En estos casos, parece que el vómito se convirtió en una vía privilegiada para la descarga de tensiones.

5.3.2. Patología de la esfera respiratoria

Asma infantil.

El componente psíquico del asma infantil fue clásicamente considerado un factor esencial. Los trabajos modernos han demostrado la importancia de las afec-

ciones alérgicas e infecciosas como origen del mecanismo del bronco-espasmo, sin embargo, el proceso desencadenante de la crisis asmática no puede considerarse de forma unívoca, ya que pueden intervenir muchos factores, entre ellos, hay que considerar, en ocasiones, la existencia de factores afectivos precipitantes. Se suele describir al niño asmático como un niño bueno, tranquilo, en exceso dependiente, sumiso y fácilmente ansioso. El asma infantil aparece habitualmente en el tercer año y persiste durante toda la infancia. En la pubertad desaparecen muchas de estas afecciones, aunque en algunos persisten hasta la edad adulta.

Espasmo de sollozo.

Se denomina así a un episodio breve de pérdida del conocimiento por anoxia cerebral en niños entre 6 y 18 meses. Según las condiciones en que aparecen se distinguen dos formas, la Forma Azul que es la más frecuente y donde el episodio aparece en un contexto de llanto, habitualmente por frustración o dolor. El niño solloza acelerando su respiración hasta bloquearse en una inspiración forzada que se acompaña de cianosis y de pérdida de conocimiento durante unos segundos. Los niños suelen ser enérgicos, coléricos, activos y dominadores. Y la Forma Pálida donde se produce un síncope tras un acontecimiento, a menudo, desagradable como miedo, dolor súbito o emoción intensa. El niño emite un breve grito, palidece y cae. Los niños suelen ser pasivos, miedosos y dependientes.

La evolución es benigna, no hay signos neurológicos ni secuelas. Hacia los 3 años las crisis suelen desaparecer.

5.3.3. Patología de la esfera cutánea.

La piel constituye una zona de privilegiada de contacto con el mundo circundante, barrera contra las agresiones exteriores, envoltura que limita y contiene, por tanto, un órgano cuyas funciones fisiológicas son ricas y diversificadas. Las manifestaciones cutáneas de rubor, palidez, sudoración, etc., tienen orígenes tanto fisiológicos como psicológicos. No es de extrañar que las manifestaciones en esta área sean frecuentes (15).

Eczema del lactante.

En su forma típica, se inicia en el curso del segundo trimestre. Empieza en mejillas y cuello y, progresivamente, puede extenderse a todo el cuerpo. A menudo remite a los dos años. Se ha descrito también el eczema de los pliegues, forma en la que la irritación local parece desempeñar un importante papel. Los niños mayores con eczema suelen ser sumisos, sensibles y ansiosos.

5.4. Trastornos de expresión motriz o comportamental vs trastornos de la regulación.

El comportamiento motor es, junto con la desorganización somática, la otra gran vía de expresión de la patología precoz a través del cuerpo. Sin embargo, en la actualidad, y especialmente en relación al niño pequeño, la manifestación de los trastornos comportamentales no se entiende como patrones aislados, sino inscrita en un proceso global que incluye dificultades sensoriales, motrices, de procesamiento, de organización o integración.

La Clasificación 0-3 R (6) los denomina Trastornos de la regulación del procesamiento sensorial, presentando el niño dificultades para organizar un estado afectivamente positivo, calma y alerta, lo que afecta a sus interacciones y relaciones y a su capacidad de adaptación. Se pueden diferenciar cuatro tipos:

- **Trastornos de la regulación Tipo I:** Hipersensible, experimentan los estímulos sensoriales como aversivos y el input sensorial tiende a tener un efecto acumulativo, por lo que, quizás, el niño no se siente molesto al principio, pero tiene una dificultad significativa al final del día. Pueden manifestarse como Temeroso y cauto o Negativo y desafiante.
- **Trastornos de la regulación Tipo II:** Hiporreactivo, requieren un input sensorial alto para ser capaces de responder. Pueden manifestarse como "Retraimiento y dificultad para el compromiso" o "Ensimismamiento".
- **Trastornos de la regulación Tipo III:** presentan un control pobre de la conducta, junto con un anhelo vehemente de input sensorial. Algunos parecen agresivos y temerarios, otros, simplemente impulsivos y desorganizados.
- **Trastornos de la regulación Tipo IV:** Otras formas externalizantes.

En estos trastornos de la regulación se entiende que existe una base constitucional o madurativa en los niños, pero los patrones del cuidador resultan un elemento esencial para la evolución del trastorno.

5.5. Trastornos de la interacción. Bebé de riesgo autístico.

Los **Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD)** constituyen uno de los trastornos más graves de la primera infancia. La denominación actualmente más extendida de Trastornos del Espectro Autista (TEA) para este grupo de trastornos ya está reflejada en la nueva edición de la clasificación americana DSM-V (3).

Se han descrito por la afectación en tres áreas principales: la interacción social, la comunicación y la existencia de intereses restringidos o respuestas inusuales al

entorno. Aunque la última edición DSM V ha reducido a dos las áreas afectadas, ello se debe a la unificación de las alteraciones en la interacción social y la comunicación como un problema conjunto, por lo que, en realidad, las alteraciones en esas áreas siguen constituyendo ítems requeridos para el diagnóstico. Por el contrario si implica una gran modificación la desaparición de los subtipos reconocidos previamente.

Como plantearon Wing, Gould y Gillberg en su crítica a los criterios del borrador de la DSM-V, los criterios diagnósticos para el TEA, manejados por las clasificaciones, son poco aplicables para la infancia y primeros años (19). No debemos olvidar, además que en la valoración de los síntomas psiquiátricos debemos tener siempre en cuenta la perspectiva evolutiva. En lo que respecta a este trastorno, debemos ser capaces de evaluar las capacidades que el bebé va desarrollando en la interacción y comunicación y el uso que realiza de los movimientos y comportamientos estereotipados.

El concepto de signos de alarma creemos que es una de las herramientas que nos pueden ayudar a la detección precoz de niños con TEA. Remitimos al anexo V de signos de alarma en el que se recogen los aspectos a evaluar según la edad para poder realizar una detección precoz.

Aunque a partir de los dos años es posible el diagnóstico de TEA, la clasificación 0-3 nos animaba, en su primera edición (5), a considerar siempre si los factores de maduración y funcionamiento desiguales del sistema nervioso central del niño están limitando la integración sensorial y motriz que se requiere para establecer el patrón de relación, emocional y social y la comunicación correspondientes a la edad. Recomiendan por ello la utilización del término **Trastorno Multisistémico del Desarrollo (TMSD)** y consideran que, en estos niños, el déficit relacional no es primario sino secundario a sus grandes déficits.

Por otra parte, este diagnóstico no requiere el mismo nivel de dificultades relacionales y de comunicación exigibles a niños con un trastorno autístico. No se utilizan criterios, sino que se trata de un diagnóstico descriptivo y basado en cuatro grupos de características:

- Alteración significativa en la capacidad para establecer una relación emocional y social con el cuidador primario, aunque pueden evidenciarse formas sutiles de relación o de relacionarse afectuosamente de manera intermitente.
- Alteración significativa en la comunicación gestual pre-verbal y en la comunicación simbólica.
- Disfunción significativa en el procesamiento sensorial, incluyendo hiper e hiporreactividad a los estímulos sensoriales.
- Disfunción significativa en la planificación motora, movimientos secuenciales.

Los autores destacan que estas áreas de dificultad pueden ir modificándose a medida que el niño avanza en su desarrollo (20) y no estarían afectados de un déficit permanente y relativamente fijado, como se describe en el TEA, sino abiertos al cambio y al crecimiento. Al mismo tiempo plantean que habría que trabajar específicamente con esta población ofreciendo estímulos sociales tolerables y ampliando secuencias interactivas, además de abordar sus disfunciones de base.

A pesar del mejor pronóstico que ello implica respecto al autismo infantil, se trata de niños en los que existe un riesgo muy alto de no poder complementar sus dificultades, procesamiento de sensaciones, planificación motriz, etc., y de conseguir el compromiso relacional que se precisa para el desarrollo de patrones normalizados de interacción y comunicación (21).

Muchos autores desestiman la utilización de este diagnóstico de Trastorno Multisistémico del Desarrollo y, de hecho, la revisión de la Clasificación 0-3 (0-3R) restringió su empleo para los niños menores de 2 años. Los autores de este documento consideramos, sin embargo, que es una conceptualización interesante a tener en cuenta para la comprensión de los trastornos de la interacción.

5.6. Trastornos afectivos.

Spitz (22) y, posteriormente, Bolwby (23), partiendo de la constatación clínica de reacciones específicas de los niños a situaciones de separación, realizan sus elaboraciones teóricas sobre depresión anaclítica, hospitalismo y las distintas fases que se producen ante la separación (protesta, desesperación y desapego). Estos planteamientos han sido claves en la discusión sobre las respuestas de niño ante el sufrimiento y en la comprensión de la reacción afectiva depresiva como una de las respuestas posibles, pero no la única, pues, el rechazo, la evitación, el retraimiento, la cólera o la rabia, son también posibles.

Dadas las características especiales que la depresión puede tener durante el primer año de vida, recogemos los síntomas que la clasificación francesa (CFTMEA-R-2000) (4) reconoce para las depresiones del bebé:

- Atonía psíquica: falta del tono vital que impregna normalmente el funcionamiento psíquico del bebé, con ausencia de curiosidad o apertura hacia el mundo de los objetos y hacia su propio cuerpo.
- Disminución en la interacción que corresponde a una ausencia de compromiso en el intercambio vincular.
- Enlentecimiento psicomotor, movimientos repetitivos y parciales que se interrumpen antes de haber alcanzado su objetivo y enlentecimiento predominan-

te en la raíz de los miembros, en tanto que las extremidades conservan una motricidad fina.

- Ausencia de estructuración de la angustia frente al extraño.
- Trastornos psicosomáticos de demanda o de agotamiento. Al principio del episodio depresivo se tiene la sensación de que los diversos trastornos funcionales del niño buscan hacer reaccionar al entorno y llamar su atención, mientras que, tras un cierto período de evolución, las defensas instaladas se ven sobrepasadas y los trastornos funcionales traducen un desborde y un desmoronamiento del equilibrio psicosomático del niño.

A medida que el niño crece, la expresión sintomática se va ampliando con enlentecimiento psicomotor e inhibición psicomotriz o, al contrario, inquietud, irritabilidad. Hay pérdida de interés en actividades lúdicas previas, desvalorización que se expresa como negativa a realizar tareas o dudas sobre si se le quiere o es capaz de hacer las cosas, dificultades para mantener la atención, pérdida de apetito y alteración del ritmo de sueño. Será la conjunción de varios de estos síntomas, la permanencia en el tiempo y la modificación que supone del funcionamiento previo del niño, lo que nos pondrá en alerta sobre el estado de sufrimiento depresivo en un niño pequeño.

Una de las consecuencias de los trastornos afectivos, si persisten en el tiempo, serán los estancamientos en el desarrollo o incluso la pérdida de adquisiciones previas.

Existe una escasa descripción en la literatura respecto a sintomatología afectiva de carácter hipomaníaco en los primeros años de vida (24, 25) y se contempla como un mecanismo de defensa psíquico ante la angustia depresiva o la depresión ansiosa, más que como un estado patológico en sí mismo.

5.7. Situaciones carenciales. Distorsiones del vínculo.

Los trastornos reactivos de la vinculación son reconocidos en las clasificaciones internacionales y describen las enormes dificultades de estos niños para establecer relaciones sociales adecuadas y, especialmente, para crear vínculos selectivos apropiados. Su origen es una crianza patogénica. Se diferencian varios subtipos, inhibido, desinhibido y mixto. Recogemos los criterios para su diagnóstico por la Clasificación 0-3 R ya que se ajustan mejor a los síntomas en la infancia (6).

Trastorno reactivo de la vinculación Patrón inhibido o de retracción emocional:

Los niños presentan tres de los síntomas siguientes:

- Raramente busca que se le tranquilice en situaciones de stress.
- Responde mínimamente cuando se le intenta tranquilizar en situaciones de stress.
- Escasos afectos positivos y niveles excesivos de irritabilidad, tristeza o miedo.
- Ausencia o escasa reciprocidad social y emocional como compartir afectos, contacto ocular, etc.

Trastorno reactivo de la vinculación Patrón desinhibido o indiscriminado:

Los niños presentan dos de los síntomas siguientes:

- Comportamiento excesivamente familiar y ausencia de reticencia hacia adultos no conocidos.
- Incluso en entornos no conocidos no confirma la presencia del adulto antes de aventurarse a irse.
- Acepta irse con adultos desconocidos sin preocupación.

Sabemos que los patrones interactivos tempranos entre el niño y el cuidador se convierten en estilos individuales para la regulación del afecto en el niño (26). El tipo de apego desarrollado por los progenitores en los primeros años condicionará la calidad de las relaciones interpersonales, la autoestima, la salud emocional y, especialmente, el vínculo afectivo con los hijos (27).

Los estudios están demostrando que los traumas aislados no modelan el futuro del niño tanto como las relaciones en proceso con personas significativas (28). Por ello, las distorsiones en los patrones vinculares que algunos cuidadores establecen con sus hijos, son factores de riesgo de psicopatología posterior.

Por otro lado, tanto en la realidad clínica como en los estudios realizados sobre poblaciones de niños institucionalizados en situaciones de privación afectiva grave, encontramos importantes repercusiones afectando a varios aspectos del desarrollo (29). Como ejemplo recordamos que la Clasificación 0-3 R (6) señala, como comportamientos que pueden estar presentes en los niños con patrón inhibido vincular, la disminución o la ausencia de reciprocidad social y emocional, disminución de afecto compartido, referencia social y contacto ocular.

La nueva edición de la clasificación americana DSM-V (3) recoge tanto para el Trastorno de apego reactivo como para el Trastorno de relación social desinhibi-

da como características asociadas que apoyan el diagnóstico: la concurrencia de retrasos del desarrollo, especialmente con retrasos en la cognición y el lenguaje, estereotipias y otros signos de negligencia grave, por ejemplo la desnutrición o signos de déficit de atención".

Inicialmente se consideró que el cambio del niño a un entorno que realizara una crianza adecuada permitía la desaparición del trastorno del vínculo. Sin embargo, los estudios actuales sobre neurodesarrollo muestran como, al faltar los cuidados "somatosensoriales" que permiten el desarrollo del cerebro de forma positiva, las consecuencias pueden ser devastadoras y, en algunos casos, hasta tal punto que posteriores experiencias positivas no son suficientes para superar la desorganización de los sistemas neuronales que median el funcionamiento socio-emocional en estos niños (30, 31).

5.8. Psicopatología del niño prematuro.

El avance médico de las últimas décadas se ha reflejado en la disminución de la mortalidad de los grandes prematuros, sin embargo y, consecuentemente, ha implicado un aumento de la morbilidad de trastornos tanto médicos como del desarrollo en esta población de sobrevivientes.

No podemos dejar de señalar los largos períodos de hospitalización de estos bebés, así como la intensidad de las actuaciones médicas que determinan dolor o situaciones de stress, ante las que es frecuente encontrar reacciones de irritabilidad o, contrariamente, disminución de los estados de vigilia. Diversos estudios han demostrado que los problemas de salud mental de estos niños tienen un impacto mayor en su vida cotidiana que los controles nacidos a término y a pesar de los avances en los cuidados neonatales, la incidencia de problemas de salud mental permanece alta (32). Estudios recientes plantean, también, una mayor prevalencia de TEA en prematuros (33).

La constatación tanto clínica como investigadora de la frecuencia de trastornos emocionales en los recién nacidos de alto riesgo biológico (RNARB) y sus familias, hace necesario plantearse un trabajo más amplio y dirigido a la detección precoz, al diagnóstico y al seguimiento de los RNARB que considere, no sólo, la evolución biológica y del desarrollo psicomotor, sino, también, factores emocionales del niño, de su entorno familiar y/o de la relación entre ambos que pueden incidir de forma negativa en las anteriores.

El proceso de adaptación de los padres a una situación de crianza con dificultades no anticipadas, implica la activación de conflictos anteriores que no fueron ade-

cuadamente elaborados. A esto hay que sumar las reacciones afectivas frecuentes ante la prematuridad en los padres, como vivencias de culpa, impotencia y depresivas. Se ha descrito en estos niños una falta de armonía evolutiva que se manifiesta en una organización vincular ambivalente o desorganizada y una dificultad de las madres en establecer una interacción al principio y favorecer, después, el proceso de separación-individuación.

Respecto a las características específicas de los niños prematuros destacamos la progresión en el tiempo y la calidad de los estados de vigilia y calma son más lentos y, con mayor frecuencia, aparece irritabilidad, presentan dificultad para regularse, para acomodarse a los estímulos externos y para mantenerse en estado de alerta-calma, se fatigan más, dan respuestas menos claras y resultan más difíciles de interpretar para los padres que están en peores condiciones para llevar a cabo la crianza.

Por otra parte e inicialmente están menos abiertos a la interacción y presentan déficits interactivos que se manifiestan en que es difícil consolarlos y les cuesta entrar en "diálogo tónico" con el cuidador, en que utilizan con frecuencia comportamientos de evitación que van a exigir una gran sensibilidad y capacidad de respuesta de su entorno para que las maniobras que utilicen para estimular la interacción no sean vividas como intrusivas y, por lo tanto, rechazadas, sino que sean tolerables y que potencien su respuesta a estímulos y el desarrollo del entonamiento afectivo.

Todas estas dificultades tempranas son, pues, determinantes en la aparición de dificultades posteriores en todo el desarrollo psicoafectivo del niño.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento. 10a ed (CIE-10). Ginebra: Meditor, 1993.

2.- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª ed (DSM-IV). Barcelona: Masson, 1995.

3.- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed (DSM-V). Madrid: Médica panamericana, 2014.

4.- Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y el Adolescente (CFTMEA-R-2000). Classification Française des Troubles Mentaux de lEnfant et de lAdolescent (CFTMEA-R-2000). Versión castellana de la AFAPSAM. Buenos Aires: Editorial Polemos, 2004.

5.- National Center for Clinical Infant Programs. Cero a tres. Clasificación Diagnóstica de la salud mental y los desórdenes en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana. CD: 0-3. Buenos Aires: Paidós, 1997.

6.- National Center for Clinical Infant Programs. Zero to three. Diagnostic classification of mental

health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-3R). Washington DC: Zero to three Press, 2005.
7.- Levobici S, Diatkine R, Soulé M. Tratado de psiquiatría del niño y adolescente. Madrid: Biblioteca Nueva, 1990.
8.- World Health Organization, WHO, 1992.
9.- IACAPAP textbook of Child and Adolescent Mental Health: Disponible en: http://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health
10.- Misés R. Disarmonías evolutivas, patologías límite y trastornos de los aprendizajes. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc 1991;11/12:59-76.
11.- Levobici S, Diatkine R, Soulé M. Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Madrid, Biblioteca Nueva;1990.
12.- Brazelton TB, Nugent JK. Escala para la evaluación del comportamiento neonatal. Barcelona: Paidós Ibéricai, 1997.
13.- Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria:Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/TSuenoinfado/completa/apartado07/definición.html
14.- Alvarez L, Beauquier-Maccotta B, Golse B. Approche Clinique du bébé en pédopsychiatrie. París: Elsevier Masson, 2012.
15.- Marcelli D. Psicopatología del niño. 7ª ed. Barcelona: Elsevier Masson, 2007.
16.- Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2002;11:163-83.
17.- Mahler M. Estudios 2. Separación-individuación. Buenos Aires: Paidós, 1984.
18.- Dio Bleichmar E. Anorexia/bulimia. Un intento de ordenamiento desde el enfoque Modular-Transformacional. Aperturas psicoanalíticas Revista de Psicoanálisis 2000;4: Disponible en: http://www.aperturas.org/revistas.php?n=7
19.- Wing L, Gould J, Gillberg C. Autism spectrum disorders in the DSM-V: Better or worse than the DSM-IV? Res Dev Disabll 2011;32:768–73.
20.- Comunidad de Madrid. Ferre F, Palanca I, Crespo MD, coords. Guía de diagnóstico y tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista. La atención en la Red de Salud Mental. Madrid: Cogesin, 2008.
21.- Mollejo E, coord. Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia Ponencia al XXV Congreso de Salud mental AEN. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid: AEN/Estudios, 2012.
22.- Spitz R. The anaclitic depression. Psychoanalitical Study Child 1945;2:313.
23.- Bowlby J. La separación afectiva. Barcelona: Paidós, 1985.
24.- Palacio-Espasa F. Trastornos del aprendizaje y depresión. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc 1991;11-12:87-108.
25.- Rojtenberg S. Depresiones y antidepresivos: De la neurona y de la mente, de la molécula y de la palabra. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2001.
26.- Main M. The organized categories of infant, child, and adult attachment: Flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. Journal of the American Psychoanalytic Association 2000; 48,4:1055- 1127. Disponible traducido en: Aperturas Psicoanalíticas Revista de Psicoanálisis

Julio 2001 - No.8. http://www.aperturas.org
27.- Fonagy P. Teoría del apego y psicoanálisis. Barcelona: Espaxs, 2004.
28.- Kernberg P, Weiner AS, Bardenstein KK. Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes. Barcelona: El Manual Moderno, 2002.
29.- Rutter M, Kreppner J, O´Connor T. Specificity and heterogeneity in children´s responses to profound institutional privation. Br J Psychiatry 2001;179:97-103.
30.- Perry B. The Neuroarcheology of Childhood Maltreatment. The Neurodevelopmental Costs of Adverse Childhood Events: Disponible en: www.ChildTrauma.org
31.- Schore AN. The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation & Infant Mental Health. Infant Mental Health J 2001;22:201-69.
32.- Johnson S, Marlow N. Growing up after extremely preterm birth: Lifespan mental health outcomes, Seminars in Fetal & Neonatal Medicine 2013: Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.siny.2013.11.004
33.- Kuzniewicz M, Wi S, Qian Y, Walsh E, et al. Prevalence and Neonatal Factors Associated with Autism Spectrum Disorders in Preterm Infants. J Pediatr 2014;164:20-5.

6. INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN PSIQUIATRÍA PERINATAL.

Luis León Allué

Fernando González Serrano

6.1. Introducción

Las intervenciones terapéuticas en Psiquiatría y Salud Mental en el embarazo y en la franja de edad objeto de este documento, deben, en nuestra opinión, intentar organizarse de manera integrada y coordinada entre todos los profesionales y recursos que se movilizan en torno al niño y su familia. Idealmente debería estar organizada a modo de Unidad Funcional de Atención Materno-Infantil de carácter multidisciplinar (1).

Se trataría, "ya no de acudir a la urgencia para ayudar al personal cada vez que un niño o su familia les causara problemas sino poner en marcha una forma de atención sistemática para los niños y sus padres. No se "atendería" aisladamente a cada una de las madres enfermas por haber sido separadas de sus bebés o a niños enfermos por haber sido separados de sus madres; se elaboraría conjuntamente un proyecto común que permitiera no sólo salvar la vida de los lactantes sino también salvar el deseo de vivir y la capacidad de amar de los padres" (2).

No obstante sabemos que la intervención temprana sobre los progenitores y el bebé está organizada de muy diversas formas en nuestro país. Los recursos son muy heterogéneos y también existen notables variaciones entre qué dispositivos específicos intervienen o no, desde qué enfoque y con qué objetivos concretos, en estas fases tempranas del desarrollo del bebé y de la interacción padres-bebé.

No es objetivo de nuestro trabajo el desarrollar la intervención concreta sobre cada una de las situaciones descritas en los apartados previos, sino tratar de esclarecer el papel de la Psiquiatría y de la Salud Mental en este período del desarrollo, demasiadas veces ausente en la actualidad.

El objetivo, por tanto, de este trabajo, es tratar de organizar y de orientar hacia una atención integrada y multidisciplinar en estas etapas, haciendo especial hincapié en la intervención psiquiátrica que se puede realizar de forma multidisciplinar entre los diferentes profesionales del ámbito hospitalario y los equipos de Salud Mental de niños y adolescentes del ámbito comunitario, en coordinación imprescindible con otros recursos comunitarios, en especial, la Pediatría de Atención Primaria.

Vamos a intentar proponer unas líneas directrices que sirvan para organizar las diversas intervenciones que pueden aplicarse en función de las necesidades de los pacientes atendidos y las particularidades de cada equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.

La primera dificultad con que nos encontramos es la infradotación de los diferentes equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil en muchas comunidades autónomas y el escaso nivel de desarrollo de las intervenciones tempranas desde Salud Mental en nuestro país. Lo que, antes que resultar un insalvable escollo, sirve de acicate para buscar la manera de optimizar y desarrollar la labor de estos equipos en esta crítica etapa del desarrollo, tanto del bebé como de las interacciones progenitores-bebé.

En el último periodo se viene observando una tendencia a dar prioridad a una visión de los trastornos del desarrollo psíquico desde un origen genético y neurológico, en algunos casos con la influencia de factores exógenos de tipo metabólico, alimenticio, ecológico, pero relegando a un segundo plano la posible influencia de los aspectos relacionales, la importancia de los factores emocionales y de estrés durante el embarazo y las interacciones padres-bebé marcadas por diferentes factores, cruciales para el desarrollo del niño. A este respecto hemos constatado que existe una muy desigual participación según las diferentes comunidades autónomas de los equipos de Salud Mental en la atención a los niños menores de 3 años y durante el período perinatal.

Esta visión más centrada en los aspectos orgánicos lleva aparejada, en algunos casos, la noción de déficit y discapacidad, por lo que la tendencia actual es la intervención de diversos profesionales fundamentalmente desde la óptica de la estimulación y la rehabilitación de funciones, retrasando o evitando, en algunos casos, la valoración, el diagnóstico y la intervención terapéutica por parte de los diferentes profesionales de Salud Mental.

Hemos asistido a la intervención, de forma desigual en cada comunidad autónoma y según los diferentes dispositivos, de Atención Temprana, tanto en los

niveles anteriormente citados como, pretendidamente, en aspectos directamente relacionados con la Salud Mental, principalmente desde un enfoque estimulador y rehabilitador, llegándose en algunas ocasiones a excluir a los padres del proceso terapéutico o a no incidir, lo suficiente, en los aspectos relacionales que son de importancia capital para el desarrollo del niño y de una sana relación padres-bebé.

Para ello tenemos en cuenta las siguientes afirmaciones de Brazelton y Cramer: "Los factores combinados de la constitución del bebé y las reacciones y fantasías de los progenitores interactúan, unos con otros, en una continua realimentación. Por consiguiente, es necesario aplicar un enfoque interdisciplinario y debemos tomar en consideración la etapa de desarrollo del bebé, las fantasías de los padres y la compleja interacción de éstas".

Teniendo en cuenta, además, que "Las tendencias auto-correctoras y la energía para la adaptación probablemente sean más fuertes, en este período temprano y a principios de la parentalidad que lo que jamás volverán a serlo (Brazelton). Es por esto por lo que creemos que la primera infancia es un período ideal para la intervención breve" (3). A este respecto son muy reveladores los estudios sobre la plasticidad del desarrollo cerebral en la primera infancia, pudiendo intervenirse sobre la noxa causante del problema, siendo posible, en ocasiones, su reversibilidad completa y, en otras, la minimización de secuelas.

Vamos a organizar la descripción de las "intervenciones precoces" sobre el bebé y sus progenitores en relación al ámbito donde los diversos profesionales realizan su labor asistencial, básicamente en ámbito comunitario y ámbito hospitalario, aún a riesgo de que algunas no se circunscriban a uno sólo de los ámbitos.

Proponemos una intervención global sobre la díada madre (padres)-bebé no solo centrada en la problemática más destacable. La proponemos desde un enfoque centrado en la interrelación de los padres y el bebé y en cómo se retroalimenta esta relación, en función de los conflictos y la calidad de las respuestas que expresan en esta interacción cada uno de los miembros de la díada.

Por último, dedicaremos un apartado específico a las tareas de coordinación tanto entre profesionales de la medicina y la salud mental como de otros recursos.

Desde Salud Mental se plantean varias líneas de actuación con características propias y que se concretan en los siguientes apartados:

- La importancia de favorecer la prevención primaria, a través de los aportes básicos, físicos, psicosociales o socioculturales, siendo esencial el trabajo de los recursos sociosanitarios (matronas, toco-ginecólogos, enfermeras puericultoras, pediatras, educadores, trabajadores sociales). Los dispositivos de Salud Mental

del Niño y del Adolescente deben, en este campo, sensibilizar, informar y contribuir a la formación de los distintos profesionales, favoreciendo espacios de reflexión y de elaboración sobre el mundo psíquico infantil. (4).

- La necesidad de dar una respuesta a los niños con problemas del desarrollo, basada en una visión global, desde modelos clínicos psicopatológicos, teniendo en cuenta la gran variabilidad clínica, ampliando la visión actual imperante en algunas zonas que tiende a basar el problema, principalmente, en un déficit, trabajando, sobre todo, en estimulación y reeducación. Por tanto, a tener en cuenta, sólo aspectos parciales, por lo que es necesario insistir y potenciar un abordaje centrado en las fortalezas del niño y la familia. Sobre todo en aquello que afecta a las dificultades en la relación con los otros y en la simbolización.
- En todos los casos donde exista o puedan existir problemas del desarrollo es imprescindible un trabajo centrado en la familia, en principio para ayudar a elaborar la situación a aquellas familias que pueden estar desbordadas, pero también para atender la gran variabilidad de trastornos que en la actualidad se están detectando en los primeros años de vida (5).

6.2. Ámbito comunitario.

6.2.1. Actividades relativas a la prevención (con objetivo preventivo, prevención primaria o promoción de la salud).

Distinguimos las siguientes situaciones:

- En situaciones de riesgo o traumáticas durante el embarazo, desde Salud Mental se trabaja, por poner algunos ejemplos, con la resolución de los duelos previos que puedan estar afectando el estado anímico de la madre durante la gestación; también sobre la angustia generada en los casos en que se dan abortos de repetición o bebés mórula o polimalformados, duelo del bebé ideal y afrontamiento de la dificultad real para llevar a término una gestación viable y sobre las dificultades socio-familiares, en general, que puedan dificultar el trabajo mental de la madre durante el embarazo o la crianza. De especial interés son los antecedentes de fetos muertos periparto o bebés que fallecen en las primeras horas o semanas de vida, así como los antecedentes de hijos con patología mental grave. En cualquier caso, son muchas las situaciones subsidiarias de intervención como se ha venido señalando en el presente documento.
- Seguimiento en el Programa del Niño Sano, con el Denver o Haizea-Llevant u otras escalas de desarrollo, pudiéndose aplicar la EECN/NBAS de Brazelton

(6) y la Encuesta del Bebé en apuros también en Atención Primaria, si no se ha aplicado antes (ver capítulo 4 de este trabajo). Especial seguimiento en poblaciones con factores de riesgo, por ejemplo en padres con patología psiquiátrica, hijos de familias monoparentales con otros factores de riesgo añadidos, económicos, pocos apoyos sociales, etc., niños nacidos de alto riesgo o niños donde en las evaluaciones periódicas realizadas se observen desviaciones o alteraciones en su desarrollo. Es importante mantener reuniones periódicas de coordinación con Atención Primaria que permitan el planteamiento y la orientación de la problemática de los niños y sus familias.

- Derivación a los dispositivos especializados de Salud Mental Infantil en el caso en que las intervenciones para promocionar la salud estén encontrando dificultades severas. También como continuación ambulatoria del seguimiento ya iniciado en el Programa de Salud Mental Materno-Infantil sobre los padres-bebé a nivel hospitalario siempre que sea necesario. Detección temprana de factores de riesgo, signos de alarma y alteraciones del desarrollo, mediante entrevistas con la familia, test de desarrollo y cuestionarios.
- Intervención precoz sobre situaciones de acumulación de factores de riesgo y desamparo potencial del bebé o en el caso de entregar al recién nacido en acogimiento o adopción.
- Programa de asistencia a adolescentes embarazadas en especial seguimiento con el apoyo a la familia extensa.
- Seguimiento de bebés en riesgo en colaboración con Pediatría de Atención Primaria, programa de seguimiento de díadas madres-bebé o familias de riesgo, en domicilio en estrecha coordinación y colaboración con Servicios Sociales.
- Programas de Promoción de la Salud con los progenitores acerca de aspectos que favorecen el adecuado desarrollo de la psicomotricidad, de la autorregulación y de la interacción precoz padres-bebé y del bebé con su medio interno y externo. Especialmente útil a este respecto es la Escala de Evaluación del Comportamiento Neonatal de Brazelton (EECN/NBAS) (6), aplicada en presencia de los progenitores, que puede realizarse en Atención Primaria, por parte de la enfermería pediátrica.

6.2.2. Detección Precoz e Intervenciones propiamente asistenciales (Prevención Secundaria, Intervención precoz) (7,8,9).

Con las siguientes intervenciones:

- Creación de un circuito de evaluación-derivación-seguimiento con Pediatría de Atención Primaria, con Atención Temprana y con Servicios Sociales. Valoración

de alteraciones o desviaciones en el desarrollo por parte de Enfermería y Pediatría de Atención primaria.

- Colaboración de Salud Mental en programas de seguimiento durante el embarazo cuando confluyen factores de riesgo y de seguimiento de bebés en riesgo o que presentan alteraciones, tanto de tipo biológico como funcionales.
- Detección y seguimiento de riesgos en el embarazo colaborando, en interconsulta, con Medicina de Familia de Atención Primaria y Ginecología/matronas, por ejemplo, en los diagnósticos de malformaciones o problemas en el feto.
- Derivación a Salud Mental Infantil, con la concurrencia de Salud Mental de Adultos en los casos en que sea preciso, cuando confluyen signos de alarma psicopatológica en los padres o en el bebé o alteraciones del desarrollo, alteraciones funcionales o presencia de psicopatología franca en los padres o en el bebé.

Modalidades de Intervención en Centro/Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

1.- Evaluación e intervención precoz desde el Programa de Salud Mental Materno-Infantil o desde la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil donde no se disponga del programa, mediante consultas de seguimiento y consultas psicoterapéuticas con el bebé y los padres/cuidadores (1). En los casos indicados se hará abordaje grupal de enfoque relacional, interviniendo tanto sobre los niños, psicoterapia de juego, psicomotricidad relacional, logopedia en los niños más mayores, como sobre los padres. En los casos en que éstos, por su propia psicopatología, precisen de un espacio propio para un abordaje terapéutico, intervención por parte de las Unidades de Salud Mental de Adultos de forma coordinada.

2.- Evaluación e inclusión en los Programas específicos de atención a Trastornos Graves del Desarrollo a nivel ambulatorio-comunitario. Niños con diagnóstico de Trastorno Multisistémico del Desarrollo, Trastorno de Espectro Autista, Trastornos graves del vínculo o riesgo de evolución hacia ellos. Propuesta de Plan de Atención Individualizado que incluya niño y familia, con evaluaciones periódicas trimestrales durante el primer año de vida y, al menos, semestrales a partir del segundo año. Incluye intervenciones de psicoterapia individual, grupal, observación de juego, de relación padres-niño, consultas familiares y grupos multifamiliares. Coordinación individualizada para cada niño si está siendo atendido por Atención Temprana, Servicios Sociales y Educativos, así como con las Asociaciones de Familiares.

3.- Centros y Hospitales de Día Psiquiátricos de Niños en los casos en que se precise una intervención más intensiva.

4.- Programa específico de asistencia a niños tutelados, con intervenciones coordinadas con los Servicios de Protección a la Infancia.

6.3. Ámbito Hospitalario.

6.3.1. Actividades relativas a la prevención en el entorno y el personal hospitalario Prevención Primaria (11,13).

- Acondicionamiento ambiental de los nidos de toco-ginecología, de neonatología y UCI neonatal, en aspectos tales como condiciones de iluminación y ruido, contacto físico y verbal con el bebé, tratando de no distorsionar la adquisición de la autorregulación y los ritmos circadianos, intentando para ello realizar las maniobras exploratorias e intervencionistas de forma agrupada en el tiempo. Se deben tener en cuenta, a este respecto, las particularidades específicas de la prematuridad tales como la imposibilidad que tienen los bebés prematuros de sustraerse de un estímulo ambiental, mediante la acomodación a dicho estímulo, al no haberse completado la maduración del córtex cerebral.
- Facilitar el contacto padres-bebé, "piel con piel", método canguro, con horarios flexibles de visitas. Accesibilidad para los padres al personal sanitario y las instalaciones. Observación de la interacción de los padres y el bebé durante la hospitalización, frecuencia de las visitas, actitud de los padres hacia el bebé y hacia el personal sanitario, prestando especial atención a las inseguridades en los cuidados, ansiedades parentales, actitudes evitativas o fóbicas, culpabilidades, reacciones defensivas graves de tipo paranoide o dificultades para comprender las respuestas del bebé (Escalas de Observación Fuertes-León, Anexo VIII). Al tratarse de un período donde los padres son especialmente sensibles a los mensajes recibidos por parte del personal hospitalario, se debe ser particularmente cuidadoso a la hora de transmitir información diagnóstica y pronóstica que debe hacerse mediante mensajes claros, sencillos y con una actitud de escucha de las angustias parentales y asegurándose de que han comprendido correctamente la información que se les ha facilitado. Así mismo, a la hora de guiar o instruir a los padres en el cuidado del bebé, evitando en todo momento dar mensajes desvalorizadores.
- Formación Continuada del personal hospitalario en los aspectos relativos a la Salud Mental durante el embarazo y a las interacciones de la díada madre-bebé.

- Exploración de antecedentes ginecológicos de índole traumática, así como de los aspectos relativos a duelos previos no resueltos y al apoyo social con que cuenta la familia.
- Durante el embarazo, asesoramiento y orientación a los padres en aspectos relativos a su propia salud mental y al desarrollo del bebe, haciendo especial hincapié en las interacciones precoces.
- Evaluación de Factores de Riesgo Biológico y Psicosocial tanto del bebé como de la familia.
- Diagnóstico pre y postnatal y evaluación de Signos de Alarma.
- Intervenciones para ayudar a la elaboración de duelos previos o recientes, abortos del primer trimestre o tardíos, "embarazo bioquímico" en reproducción asistida, y muertes neonatales que pueden influir en la vivencia de los padres de cara al futuro bebé y a lo que éste representa para ellos.
- Tras el parto, utilización de la EECN como método de evaluación y "como un modo de demostrarles a los padres la conducta del recién nacido a efectos de que puedan entender mejor al bebé, así como su propia tarea desde el principio" (Brazelton y Cramer, 1990) (6). Puede aplicarse por los profesionales de Salud Mental o Enfermería de Toco-ginecología o de Neonatología formados al respecto.

6.3.2. Detección Precoz e Intervenciones asistenciales (prevención secundaria) (11,13).

De especial interés para la valoración y organización del seguimiento ulterior sería la puesta en marcha de una Unidad Funcional de Atención en Salud Mental Materno-Infantil constituida por pediatra, médico rehabilitador, psiquiatra o psicólogo y si fuera preciso, contar con el concurso de trabajador social y ginecólogo (1). Se llevaría a cabo mediante reuniones periódicas de valoración y seguimiento para las siguientes intervenciones:

- Intervención a través de la Interconsulta con Ginecología durante el embarazo o el puerperio en situaciones de embarazo de alto riesgo, de psicopatología materna, ya sean trastornos psiquiátricos previos severos o que presentan descompensación durante el embarazo y de aquellos trastornos desencadenados durante el embarazo o postparto, incluyendo los reactivos al embarazo. Se realiza en coordinación con el Equipo de Salud Mental de Adultos o, preferiblemente, dentro del Programa Materno-Infantil. Se puede contar con el Trabajador Social Hospitalario en los casos en que sea necesario.

- Interconsulta desde Neonatología, por parte del Programa de Salud Mental Materno-Infantil y con el concurso del Trabajador Social si fuera preciso en las siguientes situaciones:
  a.- Prematuridad severa, muy bajo peso (ver tablas de Factores de Riesgo y Signos de Alarma en los Anexos IV, V, VI, VII al final del documento).
  b.- Riesgo o gravedad somática en el RN. Enfermedades hereditarias o congénitas, con especial atención a las que, potencialmente, hacen peligrar la supervivencia del bebé o pueden dejar secuelas graves, así como las malformaciones. Bebés hospitalizados en UCI neonatal, madres hospitalizadas en otras Unidades y, por tanto, separadas del bebé, favoreciendo el acercamiento entre ambos lo más tempranamente posible.
  c.- Bebés con trastornos de la regulación, trastornos funcionales, alimentación, ganancia ponderal, sueño, etc.; bebés hiper e hiporreactivos, favoreciendo la comprensión por parte de los padres y ayudando a modular los modos de contacto y adecuando el nivel de estímulos al que los bebés puedan soportar.
  d.- Dificultades importantes en el vínculo madre (padre)-recién nacido, atendiendo tanto las dificultades que presenten los padres como las vivencias y respuestas del bebé.

- Consultas de seguimiento en el Programa de Salud Mental Materno-Infantil o en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil en su defecto, con la colaboración de Salud Mental de Adultos en los casos en que sea necesario que también se pueden prolongar o iniciar, en el ámbito comunitario:
  a.- Embarazos con alteraciones hereditarias o patología materna, alteraciones congénitas y problemática psicosocial.
  b.- Psicopatología del bebé y exploración del desarrollo, tono muscular, reflejos, ritmos circadianos, nivel de regulación del bebé (hiper/hipoexcitabilidad, irritabilidad, insomnio o hipersomnia), alteraciones en la alimentación y en la relación madre-bebé, frecuentación de visitas al bebé hospitalizado y calidad de las mismas, pudiendo emplearse la EECN. El seguimiento por Psiquiatría y Salud Mental se realizará cuando confluyan varios factores de riesgo biológico y/o psicosocial o presenten algún factor de especial gravedad.
  c.- Patología Mental o dificultades psíquicas en los progenitores e intervención en colaboración con Psiquiatría-Salud Mental de Adultos en los casos en que excede a la problemática estrictamente perinatal: Trastornos afectivos desencadenados por el embarazo, parto o puerperio, por ejemplo signos de depresión

preparto en el último trimestre (Cuestionario DAD-P de Ginebra de despistaje de depresión prenatal Anexo I). Toxicomanías, cuadros depresivos o trastornos afectivos previos, trastornos de ansiedad específicos (Tocofobia) o temores de pérdida del feto o malformación. Duelo por pérdidas de feto previas o fallecimiento perinatal del bebé. Embarazos de alto riesgo para la salud materna o del bebe. Trastornos maternos del puerperio como depresión o psicosis postparto (Escala de Depresión de Edimburgo).

Modalidades de Intervención Precoz Intrahospitalaria.

- Intervención en crisis (Trastorno por stress agudo materno).
- Apoyo psicoeducativo individual, familiar o en grupo.
- Observación guiada de la interacción vincular e intervención psicoterapéutica: verbal o a través de video-filmación.
- Programa de seguimiento de lactancia en madres que toman psicofármacos o con dificultades severas en la alimentación o en el manejo del bebé.
- Programa de seguimiento de los prematuros de muy bajo peso.
- Psicofármacos, de segunda elección, si es posible y complementarios a las medidas psicoterapéuticas.

En el caso de los niños, recomendamos intentar en lo posible evitar el empleo de psicofármacos por los efectos que pueden tener en el desarrollo y animamos a aplicar las medidas higiénicas de cuidado del bebé correspondientes, así como trabajar con los padres una actitud comprensiva hacia las señales que les dirige el bebé y un manejo adecuado de las dificultades de éste.

En el caso de la mujer embarazada, valorar riesgo-beneficio del empleo de psicofármacos en base a la gravedad del trastorno primario en la madre, intentando evitarlos en el primer trimestre por el alto riesgo de teratogenia en el desarrollo del Sistema Nervioso Central y en el Sistema Cardiovascular, recurriendo a aquellos psicofármacos que presenten menor evidencia de alteraciones fetales.

A estos efectos, la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos ha elaborado progresivamente, a partir de 1979, una categorización de fármacos según su potencial teratogénico o capacidad eventual de causar daño fetal, que va desde la categoría A, la de menor riesgo, no existe ningún psicofármaco en esta categoría, hasta la categoría X de contraindicación absoluta.

En mujeres lactantes, seguir los mismos criterios a la hora de decidir la necesidad de uso o no de psicofármacos así como el psicofármaco a emplear. Existen guías de psicofármacos en la lactancia, como por ejemplo la base de datos e-lactancia.org.

Subrayamos de nuevo la necesidad, en todos los casos de tratamientos farmacológicos, de una intervención complementaria psicoterapéutica o de otro tipo.

6.4. Minimización de secuelas y promoción de las competencias del bebé (Prevención terciaria) (13).

Se incluye la derivación a Atención Temprana tras un diagnóstico médico ya establecido que incluya los aspectos interrelacionales y vinculares o a Fisioterapia o Rehabilitación en caso de alteraciones neurológicas, respiratorias o malformaciones congénitas si lo precisan. También hay que tener en cuenta la derivación a Salud Mental Infantil en caso de alteraciones del desarrollo, alteraciones funcionales, presencia de psicopatología en los padres o en el bebé. Si fuera necesario se debe contactar con los Servicios de Protección a la Infancia, en casos de patología social y desprotección grave.

En todo caso, nos encontramos en nuestra realidad asistencial con la gran disparidad de los modelos de intervención actuales, por lo que consideramos que la atención al niño debe incluir siempre a los padres, así como que el enfoque debe ser siempre multidisciplinar y orientado por un diagnóstico médico, por lo que la coordinación entre Atención Temprana, Salud Mental Infantil, Neonatología, Pediatría y Rehabilitación es imprescindible.

6.5. El trabajo en red en Perinatalidad. Coordinación.

El intercambio de información relativa a los casos atendidos, así como los aspectos formativos, en relación al abordaje de la díada madre-hijo y al desarrollo inicial del niño, es uno de los aspectos fundamentales del trabajo en red. Al ser un momento de gran importancia en el desarrollo del bebé y en el establecimiento del vínculo madre-hijo, la coordinación entre los diferentes dispositivos que intervienen sobre el bebé y sobre la madre (14,15) es una prioridad absoluta. Al tratarse de un problema médico debe mantenerse en todos los casos el seguimiento médico y la orientación al resto de dispositivos, en los aspectos relacionados con la salud o enfermedad y con el desarrollo.

1.- Servicios Sanitarios: Interviene Toco-Ginecología hospitalaria, Pediatría hospitalaria, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Neonatal, en algunos casos, Salud Mental Infanto-Juvenil o de Adultos y Rehabilitación. Y a nivel ambulatorio, Gine-

cología y matronas, Pediatría de Atención Primaria y Salud Mental. En las siguientes situaciones:

- Toco-ginecología Hospitalaria: Especial interés merecen los embarazos de alto riesgo, abortos de repetición, antecedentes de prematuridad, enfermedad física o psíquica en la madre, abortos, en especial los que ocurren en avanzado estado de gestación o muertes periparto, así como la detección precoz de problemáticas en el feto.
- Pediatría Hospitalaria y/o UCI Neonatal: Detección de factores de riesgo biológico y psico-social e intervención precoz.
- Salud Mental, para la detección de posibles alteraciones del vínculo y del desarrollo, tanto a nivel de Salud Mental Infanto-Juvenil, durante el tratamiento de otro hermano, o padres-bebé derivados al Programa de Salud Mental Materno-Infantil, como de adultos, el padre o la madre en tratamiento. Intervención precoz sobre los aspectos del desarrollo del psiquismo y del vínculo. Intervención sobre la díada madre-bebé y sobre el niño menor de tres años en Programa de Salud Mental Materno-Infantil, en Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) o en Hospital de Día Psiquiátrico de Niños y Adolescentes, según proceda.
- Rehabilitación, para los bebés y los niños con alteraciones físicas, principalmente neurológicas.
- A nivel ambulatorio: consultas de Ginecología y Pediatría de Atención Primaria a través del Programa del Niño Sano (Denver y escalas de desarrollo).

2.- Servicios Sociales. Interviene:

- Centro Base para valoración previo informe médico de valoración del caso, con un diagnóstico médico ya establecido.
- Atención Temprana para bebés y niños pequeños derivados allí para tratamiento. Es necesario realizar un adecuado seguimiento médico por el pediatra o psiquiatra infantil de forma periódica. En caso de detectar alteraciones vinculares o trastornos funcionales o de la relación o del desarrollo, derivación a Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Protección del Menor, en los casos de alto riesgo psicosocial.

3.- Educación: Valoración mediante dictámenes de Necesidades Educativas Especiales, de forma coordinada con los demás dispositivos intervinientes en el caso.

4.- Asociaciones de Familias y Afectados que cumplen en algunas comunidades una labor compleja de atención y apoyo a familias y que además disponen de recursos terapéuticos, por ejemplo de Atención Temprana.

5.- Actividades de investigación epidemiológica con estudios longitudinales de bebés o niños con alteraciones graves del desarrollo o psicopatología grave a lo largo de la infancia y adolescencia. Estudios de prevalencia de la cronicidad psiquiátrica en la infancia. Unificación de la recogida de datos y la utilización de clasificaciones diagnósticas.

BIBLIOGRAFÍA:

1.- Jiménez AM, León L, Fuertes MP. Programa Materno-Infantil: Detección en Intervención precoz desde el embarazo de Factores de Riesgo bio-psico-social y posibles alteraciones en el Desarrollo. 2008. Complejo Hospitalario Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

2.- Mathelin C. La sonrisa de la Gioconda. Clínica psicoanalítica con bebés prematuros. Buenos Aires:Nueva Visión SAIC, 2001.

3.- Brazelton TB, Cramer BG. La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial. Barcelona: Paidós Ibérica, 1993.

4.- Cabaleiro LF. Algunas consideraciones preventivas en el desarrollo afectivo del niño y del adolescente. Cuad Psiquiatr Psicoterap Niño Adolesc 1993;15-16:137-64.

5.- Moro MR. Nuevos tipos de familias, nuevos tipos de niños. Aspectos antropológicos y clínicos. Cuad Psiquiatr Psicoterap Niño Adolesc 2009;48:21-9.

6.- Brazelton TB, Nunget JK. Escala para la evaluación del comportamiento neonatal. Barcelona: Paidós Ibérica, 1997.

7.- Manzano J, Palacio-Espasa F, compiladores. Las terapias en psiquiatría infantil y psicopedagogía. Barcelona: Paidos, 1993.

8.- Peille F, Golse B. Prévention et modes d´intervention chez le nourrison et le jeune enfant jusq´à trois ans. Editions Techniques-Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Psychiatrie, 37205 A, 4-1990, 4p.

9.- Tizón JL, San-José J, Nadal D. Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental. Vol II. Atención a la infancia. Técnicas grupales. Programas preventivos. Barcelona: Herder, 1997.

10.- Jiménez Pascual AM. Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2002; 22(82):115-26.

11.- Olza I, Palanca I. La experiencia del programa del Hospital Universitario Puerta de Hierro. C Med Psicosom 2012;101:55-64.

12.- Grupo de Trabajo del Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales. Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales. 2013. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

ANEXO I

CUESTIONARIO DE GINEBRA. DAD-P *(Dépistage Anténatal du risque de Dépression du Postpartum- Despistaje prenatal del riesgo de depresión post-parto).*

Responda a las cuestiones siguientes lo que le parezca más apropiado en relación con su embarazo actual. Solo una respuesta por pregunta.

ESCALA

1. ¿Tiene picores?
   Sí, muchos. _____ (1 punto)
   Sí, medianamente. _____ (0 puntos)
   Sí, algo. _____ (0 puntos)
   No, en absoluto _____ (0 puntos)

2. ¿Se reprocha usted cosas?
   Sí, muchas. _____ (1 punto)
   Sí, medianamente _____ (0 puntos)
   Sí, algo. _____ (0 puntos)
   No, en absoluto _____ (0 puntos)

3. ¿Tiene dolores en la parte inferior de la espalda?
   Sí, muchos. _____ (1 punto)
   Sí, moderadamente. _____ (0 puntos)
   Sí, poco. _____ (0 puntos)
   No, en absoluto. _____ (0 puntos)

4. ¿Tiene sentimiento de soledad?
   Sí, mucho. _____ (1 punto)
   Sí, moderadamente. _____ (0 puntos)
   Sí, algo. _____ (0 puntos)
   No, en absoluto. _____ (0 puntos)

5. ¿Tiene la impresión de que los otros no la comprenden o que no le muestran simpatía?
   Sí, mucho. _____ (1 punto)
   Sí, moderadamente. _____ (0 puntos)
   Sí, algo. _____ (0 puntos)
   No, en absoluto. _____ (0 puntos)

6. ¿Le cuesta dormirse o mantener el sueño?
   Sí, mucho. _____ (1 punto)
   Sí, medianamente. _____ (0 puntos)
   Sí, algo. _____ (0 puntos)
   No, en absoluto. _____ (0 puntos)

Puntuación: _____ puntos
La escala es positiva si la puntuación es igual o superior a 3.

CUESTIONES SUPLEMENTARIAS.

7. ¿Llora con facilidad ?
   Sí, mucho. _____ (1 punto)
   Sí, medianamente. _____ (1 punto)
   Sí, algo. _____ (0 puntos)
   No, en absoluto. _____ (0 puntos)

8. ¿Sigue o piensa hacer los cursos de preparación al parto en este embarazo?
   Sí. _____ (0 puntos)
   No, pero lo hice en
   un embarazo previo _____ (1 punto)
   No. _____ (1 punto)

Puntuación: _____ puntos
La escala suplementaria es positiva si las dos respuestas son positivas: puntuación igual a 2.

Riesgo de depresión post-parto:

El DAD-P es positivo si la escala es positiva (puntuación igual o superior a 3) O si las dos cuestiones suplementarias son positivas (puntuación igual a 2).
Si el DAD-P es positivo, la mujer tiene riesgo de sufrir una depresión en el post-parto.
CUESTIÓN SUPLEMENTARIA
Destinada únicamente a las mujeres que no tienen aún hijos
(ningún embarazo previo llegó a término).

7. Desde que usted está embarazada, sus relaciones con su madre son:
   Más calurosas _____ (1 punto)
   Más difíciles _____ (1 punto)
   Se han roto _____ (1 punto)
   Sin cambios _____ (0 puntos)
   Ya no tengo madre _____ (1 punto)

Puntuación: _____ puntos
La cuestión suplementaria es positiva si la puntuación igual a 1.

Riesgo de depresión post-parto:
Para las mujeres multíparas (que han tenido ya uno o varios hijos): el DAD-P es positivo si la escala es positiva (puntuación igual o superior a 3).
Para las mujeres primíparas (que esperan su primer hijo):
Para que el DAD-P sea positivo es preciso que la escala sea positiva Y que la cuestión suplementaria sea positiva.
Si el DAD-P es positivo la mujer tiene el riesgo de desarrollar una depresión post-parto.

Juin 2008. Dr Nathalie Nanzer, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, 41 ch des Crêts de Champel, 1206 Genève. Dr Dr Marion Righetti, 18 Bvd des Philosophes, 1205 Genève.

ANEXO II

Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo
(Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS)

Instrucciones: Como usted ha tenido un bebé recientemente, nos gustaría conocer cómo se siente ahora. Por favor, SUBRAYE la respuesta que considere más adecuada a cómo se ha sentido durante la semana pasada.

EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS:

1. **He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas**
   Igual que siempre
   Ahora, no tanto como siempre
   Ahora, mucho menos
   No, nada en absoluto

2. **He mirado las cosas con ilusión**
   Igual que siempre
   Algo menos de lo que es habitual en mí
   Bastante menos de lo que es habitual en mí
   Mucho menos que antes

3. **Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal**
   Sí, la mayor parte del tiempo
   Sí, a veces
   No muy a menudo
   No, en ningún momento

4. **Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo**
   No, en ningún momento
   Casi nunca
   Sí, algunas veces
   Si con mucha frecuencia

5. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo
Sí, bastante
Sí, a veces
No, no mucho
No, en absoluto

6. Las cosas me han agobiado
Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas
Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre
No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien
No, he afrontado las cosas tan bien como siempre

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir
Sí, la mayor parte del tiempo
Sí, a veces
No muy a menudo
No, en ningún momento

8. Me he sentido triste o desgraciada
Sí, la mayor parte del tiempo
Sí, bastante a menudo
No con mucha frecuencia
No, en ningún momento

9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando
Sí, la mayor parte del tiempo
Sí, bastante a menudo
Sólo en alguna ocasión
No, en ningún momento

10. He tenido pensamientos de hacerme daño
Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
En ningún momento

British Journal of Psychiatry, June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky.

	0 a 3 meses	3 a 6 meses	6 a 9 meses	9 a 12 meses
Desarrollo psicomotor y autonomía personal	- Mantiene la cabeza erguida cuando está en brazos. - Fija la mirada y la mueve siguiendo movimientos de un objeto o persona. - Sostiene objetos con presión involuntaria y los agita. - Descubre y juega con manos y pies.	- Levanta y mueve la cabeza cuando está boca abajo. - Gira desde la posición de boca arriba a la posición de lado y viceversa. -Coge y agita objetos cercanos.	- Se mantiene sentado sin apoyo. - Se arrastra por el suelo. - Se sostiene de pie con apoyo. - Sonríe ante su imagen en el espejo, la acaricia y parlotea. -Tira los objetos para ver como caen y oír el ruido que hacen. -Se lleva alimentos y objetos a la boca. -Coge objetos y los golpea.	- Se sienta y se levanta con apoyo. -Gatea. -Descubre objetos ocultados en su presencia. -Mete y saca objetos de un recipiente. -Da sus primeros pasos con ayuda. -Juega con la cuchara y se la lleva a la boca. - Colabora en juegos de imitación. - Obedece a una orden simple cuando va acompañada de ademanes o gestos
Desarrollo de la relación con el entorno social y físico	- Sonríe en respuesta a un estímulo. - Reconoce visualmente a la madre. - Responde positivamente, emite gorgoritos y ríe cuando juegan con él.	- Sonríe o patalea ante personas conocidas. - Reconoce a quienes lo cuidan.	- Acaricia objetos suaves y personas. -Se altera y llora cuando se va la madre o ante personas extrañas. - Imita palmas y movimientos de "adiós".	- Abraza y besa al adulto y a otro niño. - Responde cuando se le llama por su nombre.
Comunicación y lenguaje	- Localiza sonidos laterales moviendo la cabeza. - Realiza balbuceos y sonidos guturales.	- Emite sonidos para atraer la atención del adulto. - Realiza reduplicaciones (ma-ma; gu-gu; ta-ta...) repitiendo cadenas silábicas de consonante mas vocal.	- Localiza sonidos procedentes de diferentes direcciones. - Muestra agrado y realiza movimientos ante canciones infantiles.	- Emite las primeras palabras con significado

	12 a 18 meses	18-24 meses	24-30 meses	30-36 meses
Desarrollo psicomotor y autonomía personal	- Se pone de pie y da pasos sin apoyo. - Hace rodar una pelota, imitando al adulto. - Comienza a comer con cuchara derramando un poco. - Comienza a admitir comida sólida. - Manipula libremente con juegos de construcción. - Reconoce partes del cuerpo (cabeza, manos, pies).	- Bebe en taza sosteniéndola con las dos manos. - Comienza a comer con cuchara derramando un poco. - Reconoce algunos útiles de higiene personal. - Reconoce algunas partes del cuerpo (ojos, nariz, boca...). - Dobla la cintura para recoger objetos sin caerse. - Se reconoce a sí mismo en fotografías.	- Salta con ambos pies. - Lanza la pelota con las manos y los pies. - Se quita los zapatos y pantalones desabrochados. - Utiliza cuchara y tenedor y bebe en taza sin derramar. - Completa un tablero de tres formas geométricas (redonda, cuadrada y triangular) en tablero inverso. - Conoce el orinal, el wc y los utiliza por indicación del adulto.	- Realiza actividades de enroscar, encajar y enhebrar. - Es capaz de correr y salta con cierto control. - Pide ir al baño cuando lo necesita. - Copia el círculo, la línea vertical y la línea horizontal. - Come de forma autónoma todo tipo de alimentos. - Identifica algunos conceptos espaciales (aquí-dentro-encima-debajo- lejos...) y temporales (de día-de noche).
Desarrollo de la relación con el entorno social y físico	- Reconoce a personas no familiares que pertenecen a su entorno cotidiano. - Reconoce los objetos de uso habitual (cuchara, toalla, esponja, juguetes...). - Imita en el juego los movimientos del adulto. - Acepta la ausencia de los padres, aunque puede protestar momentáneamente. - Repite las acciones que provocan risa o atraen la atención. - Explora y muestra curiosidad por los objetos familiares.	- Reconoce los espacios básicos de su entorno habitual (casa, centro infantil, etc.) - Toma parte en juegos con otro niño durante periodos cortos. - Comparte objetos con otros niños cuando se le pide. - Reconoce algunos elementos propios de la estación del año en la que estamos: ropa y calzado. - Participa habitualmente en las actividades que se le proponen. - Comienza a reproducir acciones reales con juguetes (comidita, coches, etc.).	- Se mueve con soltura por los espacios habituales (casa, centro infantil, etc.). - Identifica algunos cambios en la naturaleza correspondientes a las diferentes estaciones del año. - Reconoce en fotografías a las personas más cercanas. - Juega junto a dos o tres niños de su edad. - Diferencia en imágenes algunos de estos términos: persona, animal y planta. - Saluda a niños y mayores conocidos, si se le indica.	- Comienza a mostrar preferencias personales entre iguales. - Muestra afecto hacia niños más pequeños y animales domésticos. - Va conociendo normas y hábitos de comportamiento social de los grupos de los que forma parte. - Contribuye al orden de sus cosas en casa o centro infantil cuando se le indica. - Comienza a identificar y distinguir diferentes sabores y olores (dulce- salado, buen-mal olor, etc.). - Identifica lugares de visita frecuente dentro de su entorno: casa de un familiar, parque, panadería, . . .

Comunicación y lenguaje	-Repite sonidos que hacen otros. -Obedece ordenes simples acompañados de gesto. - Combina dos silabas distintas. - Identifica entre dos objetos el que se le pide. - Le gusta mirar cuentos con imágenes. - Atiende a su nombre.	- Emplea una o dos palabras significativas para designar objetos o personas. - Disfruta con la música e imita gestos y ritmos. - Comienza a entender y aceptar órdenes verbales (recoger, sentarse, ir a la mesa, etc.). - Comienza a juntar palabras aisladas para construir sus primeras "frases" (mamá pan). - Atribuye funciones a los objetos más familiares y comienza a nombrarlos. - Imita sonidos de animales y objetos conocidos (onomatopeyas)	- Hace frases del tipo sustantivo + verbo ("papá ven"). - Emplea el "no" de forma oral y no solo con el gesto. - Responde a preguntas del tipo: ¿qué estás haciendo?, ¿dónde? - Conoce los conceptos "grande" "pequeño". - Presta atención durante algún tiempo a música o cuentos cortos. - Entona algunas canciones aprendidas y se mueve a su ritmo.	- Dice su sexo cuando se le pregunta. - Emplea el gerundio, los plurales y los artículos. - Articula correctamente los sonidos: b, j, k, l, m, n, ñ, p, t. - Es capaz de comunicarse a través de los gestos y la mímica, además del lenguaje oral. - Habla de sí mismo en primera persona utilizando "yo", "mi" y "me" en lugar de su nombre. - Utiliza el lenguaje oral para contar lo que hace, lo que quiere, lo que le pasa, etc.

* *Tomado de Garrido Eguizábal M, Rodríguez Ruiz A, y R, Sánchez Rodríguez A. El niño de 0 a 3 años. Guía de Atención Temprana para Padres y Educadores. Logroño: Gobierno de la Rioja. Consejería de Educación, Cultura y Deporte; 2008.*

ANEXO IV.- FACTORES DE RIESGO

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO*

Factores de riesgo neurológico

- Recién nacido con peso < p10 para su edad gestacional o con peso < 1500 g. Prematuridad, especialmente edad gestacional < 32 semanas.
- Test Apgar < 3 al minuto o < 7 a los 5 minutos.
- Requerimiento de ventilación mecánica más de 24 horas.
- Hiperbilirrubinemia que precise exanguinotransfusión.
- Convulsiones neonatales.
- Sepsis, meningitis o encefalitis neonatal.
- Disfunción neurológica persistente >7 días.
- Daño cerebral evidenciado por pruebas de imagen.
- Malformaciones del sistema nervioso central.
- Neurometabolopatías.
- Cromosomopatías y otros síndromes dismórficos.
- Madre con patología mental, infecciones o drogas que pueden afectar al feto.
- Recién nacido con hermano afectado por patología neurológica no aclarada o riesgo de recurrencia.
- Hermanos de niños con trastornos en el neurodesarrollo: trastornos del espectro autista, síndrome X frágil, síndrome de Prader-Willi, síndrome de Angelman, Parálisis cerebral, síndrome de Gilles de la Tourette y todos aquellos que conllevan discapacidad intelectual.
- Gemelo, si el hermano presenta riesgo neurológico.

Riesgo sensorial visual

- Ventilación mecánica prolongada.
- Gran prematuridad.
- Recién nacidos con peso inferior a 1500 g, < 32 semanas.
- Hidrocefalia.
- Infecciones congénitas del sistema nervioso central.
- Patología craneal detectada en pruebas de imagen.

- Síndrome malformativo con compromiso visual.
- Infecciones postnatales del sistema nervioso central.
- Asfixia severa.

Riesgo sensorial auditivo

- Hiperbilirrubinemia en rango de exanguinotransfusión.
- Gran prematuridad <1500 g., <32 semanas.
- Infecciones congénitas del sistema nervioso central.
- Dosis prolongadas de aminoglucósidos o niveles plasmáticos elevados en el embarazo.
- Antecedentes familiares de hipoacusia.
- Infección postnatal del sistema nervioso central.
- Asfixia grave.

** Tomado del Libro blanco de Atención Temprana. 2000. Madrid. Real Patronato sobre Discapacidad. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.*

FACTORES DE RIESGO SOCIAL***

- Estatus socioeconómico muy desfavorable.
- Deficiencias en la vivienda, carencia de higiene y falta de adaptación a las necesidades del niño.
- Familias nómadas, es decir familias que han cambiado en múltiples ocasiones de domicilio.
- Falta de apoyos familiares y sociales.
- Dificultad social (prostitución, delincuencia, narcotráfico, mendicidad, privación de libertad).
- Padre/madre con problemas de alcoholismo, drogadicción.
- Situaciones de violencia intrafamiliar.
- Antecedentes de retiro de tutela, guardia o custodia de otros hijos.
- Nacimiento en el seno de familia desestructurada.
- Padres muy jóvenes (menores de edad).
- Familia con muy bajo nivel de instrucción, siempre que influya en su capacidad o habilidad para afrontar y resolver los problemas de cuidados al niño.

- Menor cuyos padres presentan algún tipo de enfermedad que conlleve o pueda conllevar la ausencia de cuidados al niño (enfermedades mentales, discapacidades, enfermedades crónicas).
- Embarazo en preadolescentes/ adolescentes.
- Embarazos no controlados/ocultados.
- Familias que incumplen repetidamente los controles de salud o hiperfrecuentadoras de servicios sanitarios.
- Inmigración: factores derivados de situación administrativa irregular; hacinamiento; dificultades idiomáticas y culturales, etc.

*** Tomado de: Grupo de Trabajo del Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales. Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales (PAINNE). Guía 2013. Osakidetza. Servicio Vasco de Salud. Vitoria-Gasteiz. 2013*

FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICO ***

Circunstancias de la concepción y del embarazo

- Madre adolescente.
- Embarazo no aceptado, accidental y traumatizante (violación).
- Hijo adoptado.
- Embarazo de riesgo.
- Abortos o muertes de hijos anteriores.

Circunstancias perinatales.

- Diagnóstico perinatal o postnatal de posible discapacidad física o psíquica, enfermedad grave o malformación.
- Prematuridad.
- Separación prolongada madre-lactante.
- Hospitalización de la madre.

Características temperamentales difíciles del niño.

- Irritabilidad importante.

- Irregularidades en hábitos alimenticios, sueño y evacuación.
- Reacciones excesivas a los estímulos
- Dificultades de adaptación a cambios.
- Apatía, inhibición o pasividad excesivas.

Cambios ambientales o hechos concretos de riesgo

- Muerte del padre, madre o hermano.
- Ruptura familiar y/o situaciones críticas.
- Larga ausencia de uno o ambos padres.
- Cambios escolares o ambientales importantes.
- Institucionalización.
- Antecedentes y situaciones de maltrato.

Características de los padres.

- Muy jóvenes o muy mayores.
- Trastornos psicopatológicos graves.
- Desestructuración familiar.
- Situaciones desfavorables en la relación de apego afectivo madre/padre-recién nacido.
- Negligencia/abandono de cuidados propios del desarrollo.
- Dificultades en la crianza.
- Depresión prenatal y/o postnatal.

**** Tomado de: Generalitat de Catalunya. Departamento de Salut. Protocolo de actividades preventivas y de la promoción de la salud en la edad pediátrica. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2008.*

ANEXO V.- SIGNOS DE ALERTA

SIGNOS DE ALERTA POR EDADES [1]

3 meses

- Dificultad para la succión a cualquier edad.
- No gira la cabeza al sonido de la voz.
- No responde o lo hace de forma inconsciente a la voz o los sonidos.
- Ausencia de sonrisa social.
- Ausencia de seguimiento ocular o pobre contacto ocular, evitación de la mirada, "vacía".
- Ausencia de sostén cefálico.
- No se apoya sobre antebrazos en prono.
- Manos cerradas, empuñadas. Pulgar aducido.
- Respuesta al ser cogido en brazos: hipotonía o hipertonía, rechaza activamente el contacto corporal, inquieto, rígido.
- Poca actividad y escasa demanda de atención o gran irritabilidad y dificultad para tranquilizarse.
- Irritabilidad persistente.
- Problemas con la aceptación de los alimentos y más adelante con cambios de texturas y sabores.
- Trastornos precoces de la alimentación: anorexia, vómitos, regurgitaciones repetidas.
- Trastornos del sueño. Insomnio agitado o tranquilo.

6 meses

- Alteración de la motilidad (asimetrías).
- Persistencia de reflejos arcaicos primitivos.
- Ausencia de sedestación con apoyo.
- Ausencia de balbuceos o gritos y vocalizaciones interactivas, sin ausencia de comunicación o gritos monocordes, monótonos, sin intencionalidad comunicativa.
- Ausencia de prensión voluntaria, no alcanza objetos a los 5-6 meses.

- No orientarse hacia sonidos tipo campanilla.
- Indiferencia, desinterés por el entorno.
- Pobre coordinación visomanual.
- Espasticidad.

9 meses

- Hipotonía axial.
- Mala calidad prensora: ausencia de pinza.
- No sedestación sin apoyo.
- Ausencia de sonidos mono o bisílabos.
- Ausencia de la instauración de la angustia frente a extraños alrededor del 8º- 9º mes.
- No reconoce a sus cuidadores.
- Ausencia de desarrollo del "involucramiento emocional conjunto".
- Ausencia de conductas imitativas (de sonidos, gestos o expresiones).

12 meses

- Ausencia de bipedestación.
- Movimientos involuntarios o anormales y aparición de conductas estereotipadas (balanceo, aleteo de manos, repetición de un sonido o movimiento, etc.).
- No repite los sonidos que oye ni balbucea.
- No entiende órdenes sencillas.
- Ausencia de gestos comunicativos apropiados.
- Exploración de los objetos inexistente o limitada y repetitiva.
- Ausencia de la "intencionalidad interactiva y la reciprocidad".
- Ausencia de imitación directa.
- Deambulación acompañada de una inquietud extrema difícil de regular.
- No responde a "no" ni a "adiós" a los 15 meses.

18 meses

- Ausencia de marcha autónoma.
- No sube escaleras gateando.
- No señala objetos.
- No construye torres con cubos.
- No emite palabras, y si hay lenguaje no existe un uso funcional.

- Incapacidad para reconocer los nombres de algunos objetos comunes.
- No conoce partes de su cuerpo.
- No se reconoce en el espejo.
- No comprende órdenes sencillas.
- Ausencia de "comunicación representacional/afectiva".
- Solo dice mamá y papá.

24 meses

- No corre.
- No chuta una pelota.
- No construye torres de más de 2 cubos.
- Uso estereotipado de los objetos sin aparición de juego.
- No asocia dos palabras.
- Ausencia de palabras simples "pan", "agua"(o aproximaciones de palabras) o excesiva ecolalia y jerga alrededor de los 2 años (50 % del habla debe ser inteligible a esta edad).
- Escaso desarrollo del lenguaje o lenguaje no funcional.
- No comprende instrucciones simples sin gestos.
- No pide de comer o de beber.
- Desinterés por las personas y especialmente por los otros niños, ausencia de los comportamientos de "atención conjunta".
- Tendencia al aislamiento.
- Desarrollo de temores intensos.
- Adherencia de tipo compulsivo a rutinas o rituales con gran irritabilidad al cambio.

SIGNOS DE ALERTA SEGÚN EL ÁREA EVALUADA [1]

Motor

- Dificultad de succión.
- Ausencia de sostén cefálico.
- Pulgar en aducción en mayores de 2 meses.
- Ausencia de prensión voluntaria con 5-6 meses.

[1] Modificado de Programa de Salud Infantil AEPap 2009

- No sedestación sin apoyo a los 9 meses.
- No inicio de la marcha autónoma a los 16-18 meses.
- Uso predominante de una mano en menores de 2 años.

Comunicación y lenguaje

- No gira la cabeza al sonido de la voz.
- Falta de balbuceo imitativo a los 12 meses.
- Ausencia de gesticulación a los 12 meses.
- No dice ninguna palabra a los 16 meses.
- No dice frases a los 30 meses.
- Menos de dos frases espontáneas a los 24 meses.
- Lenguaje incomprensible a los 36 meses.
- No comprende instrucciones simples sin gestos a los 2 años.
- En presencia de lenguaje: ausencia del carácter funcional del mismo, no siendo útil en la comunicación a los 2 años.
- Alteración de las funciones pragmáticas y de comunicación social del lenguaje. Cualquier pérdida de lenguaje a cualquier edad.

Social y afectiva

- Ausencia de sonrisa social a los 3 meses.
- Falta de interés por el entorno a los 6 meses.
- No se reconoce en el espejo a los 18 meses (aparece entre los 6 y los 18 meses).
- No reconoce a sus cuidadores a los 7-8 meses y/o indiferencia ante el extraño o por separación de la madre a los 9-12 meses.
- Ausencia de signos de representación mental a partir de los 18 meses.
- Ausencia de juego simbólico a los 3 años.
- Mirada indiferente o evitación de la mirada del adulto.
- Autoagresividad.
- Apatía, desinterés, pasividad.

Otros

- Trastornos precoces de la alimentación: anorexia, vómitos, regurgitaciones repetidas, pica.
- Trastornos del sueño: insomnio agitado o tranquilo.

- Manifestaciones subjetivas de la madre: expresiones de insatisfacción, desacierto, tristeza, desbordamiento.
- Aparición precoz de fobias masivas, por ejemplo: temor intenso a determinados ruidos (aspiradora, etc.).

ANEXO VI.- SEÑALES DE ALARMA PSICOPATOLÓGICA

SEÑALES DE ALARMA PSICOPATOLÓGICA EN EL RECIÉN NACIDO, LACTANTE Y PRESCOLAR [1]

Trastornos de la alimentación y/o deglución

- Inapetencia persistente
- Rechazo de sólidos
- Vómitos o regurgitaciones reiterados funcionales
- Mericismo y pica*
- Trastornos digestivos de origen funcional
- Estreñimiento y diarreas crónicas
- Niño que habitualmente es forzado a alimentarse
- Problemas importantes alrededor de la comida (relación padres-bebé)

Trastornos del sueño

- Insomnio acompañado de llanto (más de 4 semanas)
- Miedos intensos o pesadillas duraderos
- Insomnio agitado (acompañado de rechazo al contacto, desvinculación) o silencioso.*
- Hipersomnia y poca reactividad

Trastornos de la regulación (dificultades para autocalmarse después de cambios, problemas o alteraciones)

- Niño hipersensible
- Niño hiporeactivo
- Desorganizado motóricamente e impulsivo

[1] Modificado de Jiménez Pascual A. Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2002: 82

Trastornos de la relación y la comunicación

- Retraimiento intenso
- No ríe/no mira/no habla* (dentro de lo que corresponde a su edad)
- Ausencia de sonrisa o infrecuente después de los 2-3 meses*
- No respuesta a los estímulos relacionales familiares
- Difícil de calmar, baja tolerancia a la frustración
- Alternancia apego excesivo y falta de contacto

Anomalías en el juego

- Inhibición del juego
- No aparición del juego simbólico a partir de 3 años

Retraso en el desarrollo psicomotor cognitivo y/o del lenguaje

- Anomalías en el ajuste postural del bebé en brazos*
- No actitudes anticipatorias para que lo cojan en brazos*
- Movimientos estereotipados y repetitivos*
- Inhibición conductual
- Retrasos significativos en el desarrollo del habla (expresivos, receptivos o mixtos).*
- Lenguaje peculiar: ecolalia, inversión pronominal, verborrea*

Circunstancias relativas a los cuidados de los padres

- Conductas inadecuadas respecto a los cuidados de alimentación, sueño y control de esfínteres

** Señales más importantes que hacen referencia a datos de TEA*

ANEXO VII.-SEÑALES DE ALARMA DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)*

SEÑALES DE ALARMA INMEDIATA

Las señales de alarma para el autismo y que indican la necesidad de proceder a una evaluación diagnóstica más amplia de forma inmediata son, según Filipek et al (1999):

- No balbucea, no hace gestos (señalar, decir adiós con la mano) a los 12 meses.
- No dice palabras sencillas a los 18 meses.
- No dice frases espontáneas de dos palabras (no ecolálicas) a los 24 meses.
- Falta de atención conjunta y juego simbólico a los 24 meses.
- Cualquier pérdida de habilidades del lenguaje o a nivel social a cualquier edad

SEÑALES DE ALARMA DE TEA SEGÚN PERIODOS DE EDAD

En cualquier edad se pueden presentar los signos establecidos en las etapas previas. Estos factores de forma aislada no indican TEA. Deben alertar a los profesionales del riesgo de TEA, de forma que la derivación dependerá de la situación en su conjunto.

Del nacimiento a los 3 meses

En el desarrollo normal, el niño en este período suele iniciar el control de la mirada, el control cefálico, la sonrisa, los sonidos guturales y las conductas anticipatorios ante los cuidados. Debemos tener en cuenta si observamos algunos signos que indiquen dificultades en estas adquisiciones, no para hacer un diagnóstico, pero sí para realizar un seguimiento más cercano:

- Inadaptación al ser cogido en brazos: hipotonía o hipertonía.
- Escasa actividad o demanda o, en menor frecuencia, gran irritabilidad y dificultad para tranquilizarse.
- Pobre contacto ocular: ausencia o evitación de la mirada. Ausencia de resonancia afectiva con el cuidador.
- No surgimiento de la sonrisa social.
- Dificultades en el sueño y esfera oroalimenta

Alrededor de los 6 meses

El bebé ya suele controlar el ambiente, interactuando con él, con capacidad para calmarse a sí mismo y para captar la atención de sus cuidadores. Comienza la diferenciación entre el niño y su madre y el desplazamiento de la atención hacia otras personas y objetos. Si no se va produciendo esta madurez, pueden observarse signos de alarma como:

- Gritos monótonos, monocordes y sin intencionalidad comunicativa.
- No surgen conductas imitativas (de sonidos, gestos o expresiones).
- No vocalizaciones interactivas, ausencia de comunicación.
- Escasas respuestas de orientación (parece sordo).
- Ausencia de conductas de anticipación (echar los brazos cuando se le va a coger, etc.).
- Ausencia de la instauración de la angustia frente a extraños hacia el noveno mes.
- Problemas en la aceptación de alimentos y a los cambios de texturas y sabores.
- No hay desarrollo del "involucramiento emocional conjunto".

Alrededor de 1 año

El niño que ha logrado la diferenciación se empieza a relacionar con la personas y con los objetos de otra manera. La deambulación y el lenguaje le ayudan a comenzar el proceso de autonomía. Pueden aparecer signos de alarma como:

- Aparición de conductas estereotipadas (balanceo, aleteo de manos, repetición de un sonido o movimiento, fascinación por un estímulo determinado, etc.).
- Exploración de los objetos nula o limitada.
- Ausencia de intencionalidad interactiva y reciprocidad.
- Ausencia de gestos comunicativos apropiados. Ausencia de lenguaje oral o lenguaje sin funcionalidad.
- Inquietud motriz exagerada e impulsividad de difícil contención externa.
- Ausencia de comunicación representacional o afectiva a partir de los 18 meses.
- Persistencia de trastornos de la alimentación (dificultad para aceptar ciertas texturas, negativa a masticación, etc.).

Entre los 18-24 meses

- No señala con el dedo para "compartir un interés" (protodeclarativo).
- Dificultades para seguir la mirada del adulto.
- No mirar hacia donde otros señalan.
- Retraso en el desarrollo del lenguaje comprensivo y/o expresivo.
- Falta de juego funcional con juguetes o presencia de formas repetitivas de juego con objetos (ej. alinear, abrir y cerrar, encender y apagar, etc.).

- Ausencia de juego simbólico.
- Falta de interés en otros niños o hermanos.
- No suele mostrar objetos.
- No responde cuando se le llama.
- No imita ni repite gestos o acciones que otros hacen (ej.: muecas, aplaudir).
- Pocas expresiones para compartir afecto positivo.
- Antes usaba palabras pero ahora no (regresión en el lenguaje).

Alrededor de los 2 años

El desarrollo cognitivo y la simbolización permiten al niño de esta edad acceder al lenguaje expresivo y al juego, facilitando el progreso hacia la individuación. Empieza a tolerar la separación y la frustración. También le permite un mayor interés por los iguales, accediendo a la socialización. Ya se pueden observar signos más evidentes de alarma.

- Desinterés por las personas y especialmente por otros niños.
- Escaso desarrollo del lenguaje comprensivo y/o expresivo, detención o retroceso del mismo.
- Lenguaje extraño (ecolalias, inversión de pronombres...) y no funcional.
- Intensificación de la tendencia al aislamiento (no interés en la exploración del entorno).
- Persiste el uso estereotipado de los objetos (no aparece el juego funcional).
- Adherencia compulsiva a rutinas o rituales, con rabietas intensas ante el acercamiento o intentos de cambios.
- Desarrollo de temores intensos, sin desencadenante aparente.

** Modificado de:*
Ferre Navarrete F, Palanca Marisa I, Crespo Hervás MD (coords.). Guía de diagnóstico y tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista. La atención en la Red de Salud Mental. Salud Madrid, Comunidad de Madrid; 2008.

Grupo de Trabajo del Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales. Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales (PAINNE). Guía 2013. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza. Servicio Vasco de Salud; 2013

ANEXO VIII
PROTOCOLO DE OBSERVACION MATERNO INFANTIL (Fuertes, M.P., León, L.)

Nombre y Apellidos del Niño:.....

VISITAS RECIBIDAS MADRE (M), PADRE (P), OTROS (O)	1ª día fecha:			2ª día fecha:			3ª día fecha:			4ª día fecha:			
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	
Diaria													
Frecuente > 3 semanas													
Ocasionales < 3 semanas													
Horarios inusuales (por la noche)													
Casi ausentes (llamadas tlf)													
Abandono – No existen													

ACTITUDES DE LOS PADRES HACIA EL NIÑO.		
Cariñosa y afectiva		
Pasiva (No le tocan ni le hablan)		
Brusquedad al contacto con el niño		
Inmadura (Respecto al aprendizaje del manejo del niño)		
Ansiosa y Angustiada (Preocupación excesiva)		
Exceso de Interés		
Agresiva (Respecto a la pareja, al niño o al personal).		
Colaboran en la alimentación		
Le tocan, arrullan, esperan su reacción		
Le dan significado a sus gestos		

OTROS COMPORTAMIENTOS PATERNOS QUE SE OBSERVAN PRÓXIMOS AL ALTA		
Se sobresaltan con frecuencia y piden ayuda en exceso		
Relajados y confiados en su capacidad.		
Apoyo mutuo entre la pareja		
Persiste la falta de interés (permanecen poco tiempo con él)		
Desconfiados, violentos.		

DESCRIBA COMPORTAMIENTOS DEL NIÑO: Activo Buen comedor Irritable Muy Pasivo

Etc.....

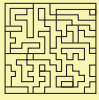
CREE QUE SE ADAPTARÁ AL HOGAR: Bien Con dificultad Necesita muchos cuidados

Etc.....

FACTORES DE RIESGO SOCIAL		Observaciones
Factores Socio-económicos:		
Familias con problemas económicos (precariedad económica, carencia de domicilio...)		
Aislamiento social (emigración, falta de apoyos familiares y sociales...)		
Otros hijos con medidas de protección (guarda/tutela).		
Dificultad social (prostitución, delincuencia.....)		
Factores Familiares:		
Padre/madre con problemas de drogadicción, alcoholismo		
Familias con historia de violencia y/o maltrato infantil		
Padres muy jóvenes (menores de edad)		
Situación de ruptura familiar o familias monoparentales.		
Padre/madre con enfermedad crónica orgánica.		
Padre/madre con minusvalía física o psíquica		
Padre o madre con historia de enfermedad mental.		
Madre sin domicilio familiar fijo, aspecto de abandono físico, suciedad.		
Emigrantes, marginados, con aislamiento social		
Niño abandonado por los padres o remitido de otra institución.		
Padres con ausencia de situación laboral		
Embarazos problemáticos:		
Embarazos no controlados/ocultados o no deseados.		
Embarazos en preadolescentes y adolescentes.		
Embarazos no suficientemente espaciados y/o familias con elevado número de hijos.		
Relación Madre-padre/Hijo-a:		
Desinterés por el Recién Nacido (estar con él, alimentarle, vestirle...)		
Padres con actitudes intolerantes, indiferentes o con excesiva ansiedad ante las responsabilidades de crianza de los hijos/as.		
Padres/madres con comportamientos extraños (llanto, gran tristeza, excitación, continuas preguntas, incomunicación total, contradicciones, ocultamientos...)		
Escasas visitas cuando el niño/a está ingresado o éstas son inconsistentes y con escaso interés.		

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO		Observaciones
Peso al nacimiento < 1500gr. Gran prematuro		
Niños con peso < -2 DT para su edad gestacional (CIR)		
Más de 7 días con exploración neurológica anormal.		
Perímetro cefálico < ó > 2 DT para su edad gestacional (Macro/Microcefalia)		
Bilirrubina > 25 mg/dl en Recién Nacido a término		
Distress Respiratorio que precisa ventilación mecánica. Intubación > 24 h		
Convulsiones		
Test de Apgar < ó = 4 a los 5 minutos		
Infección del Sistema Nervioso Central. Sepsis.		
Patología cerebral en Ecografía o TAC. Neuroimagen patológica		
Recién nacido de madre alcohólica o toxicomanía.		
Recién nacido con hermano afectado de patología neurológica no aclarada, o con riesgo de recurrencia.		
Hermano gemelo, si el otro reúne algún criterio de inclusión.		
Niños afectados de enfermedades congénitas del metabolismo, susceptibles de ocasionar déficit neurológico.		

ISBN: 978-84-95287-78-6



A. E. N. DIGITAL