

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica

Volumen
Volume 7

Número
Number 1-4

Enero-Diciembre
January-December 1999

Artículo:

El llanto en el recién nacido y lactante

Derechos reservados, Copyright © 1999:
Sociedad Mexicana de Cardiología

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)



www.medigraphic.com

El llanto en el recién nacido y lactante

Ma. del Rocío Herrera Pérez,* Rebeca Becerril Rocha,*
Graciela Montesinos Jiménez,* Maricela Cruz Corchado*

* Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

INTRODUCCIÓN

El ser humano es por naturaleza muy desvalido al nacer y durante bastante tiempo, viéndose en la necesidad de pedir que se cubran sus necesidades de: alimento, aseo, abrigo, cambios de posición, caricias, compañía, etc.; de acuerdo a esto, no es sorprendente el que un niño pueda, deba o se espere que lllore 2 horas al día a las 2 semanas de vida, 3 horas a las seis semanas, 1 hora a los 3 meses y posteriormente lllore durante más tiempo.

La intensidad o fuerza con la que el niño lllore, depende de su vigor y temperamento, pero también del de la persona que lo perciba; así pues, puede ser percibido desde con agrado hasta con fastidio y angustia, según la sensibilidad y los conocimientos que tenga al respecto quien lo percibe.

La persona que cree que el niño debe permanecer "calladito" y desconoce hasta lo más elemental sobre la interpretación de su llanto, se sorprenderá conforme conozca algo sobre éste, ya que lo percibirán más intensamente con desazón e inseguridad y

comenzará a cometer errores capaces de convertir lo fisiológico en anormal y desesperante.

Por lo que el identificar las causas y características del llanto en el niño es muy importante. De acuerdo con Adler, el primer llanto representa una abrumadora sensación de inferioridad que experimentan de pronto aquellos que se enfrentan por vez primera a los problemas de la realidad; esta sensación de inferioridad sirve, cuando menos para activar la función respiratoria de los pulmones; otro psicólogo refiere que el llanto al nacer representa la pérdida del paraíso para el niño; Rank (1924), conceptualiza el primer llanto del recién nacido como la asfixia al nacer, que obliga a reemplazar la circulación fetal por la respiración pulmonar. Lo primero que necesitamos saber de antemano, es que "el llanto es el único medio de comunicación que el niño tiene en los primeros meses de vida, antes de aprender a usar la mímica y las palabras".

También hay que tomar en cuenta que "el llanto casi siempre es la representación de una necesidad".

Ya que las frustraciones insistentes de sed y hambre obliga al infante a volverse activo, a buscar e incorporar el alimento (en lugar de recibirlo pasivamente por el cordón umbilical), posteriormente lo refiere en el destete, que impone la separación de la madre y acrecienta la preparación a la autonomía.

EL LLANTO SE CLASIFICA EN: FISIOLÓGICO, SECUNDARIO EXCESIVO Y PRIMARIO EXCESIVO

1. El llanto fisiológico, es el lenguaje de petición del que se ha hablado, que será normal en duración e

Recibido para publicación: Julio 2000.

Aceptado: Octubre 2000.

Publicado: Febrero 2001.

Dirección para correspondencia:

Subdirección de Enfermería Instituto Nacional de Cardiología
Ignacio Chávez

E-mail: efgestor@cardiologia.org.mx

intensidad si la petición es entendida y atendida por la persona bien instruida, pero que se convertirá en anormal (excesivo) si la petición no es resuelta pronto y adecuadamente.

2. El llanto excesivo secundario, es al cual se le encuentra la causa; aunque es claro que se trata del llanto excesivo prolongado, al hablar del secundario no puede dejar de mencionarse el llanto agudo que se presenta en un niño habitualmente tranquilo y al cual es obligatorio buscarle pronto la causa.

La etiología del llanto excesivo prolongado continuo o paroxístico, se clasifica así: la relacionada con el alimento, las extrínsecas al niño derivadas del ambiente psicosocial en que vive y las intrínsecas. Dentro de los factores extrínsecos están: en niños alimentados al seno materno, puede deberse a una hipogalactia no descubierta, y acentuada con la mala práctica del horario rígido, la lactancia materna sigue la ley de "demanda y flujo", a mayor demanda más flujo y viceversa. Este llanto simula el de dolor y de odinofagia, porque al poner al niño al pecho y no encontrar leche, se pone furioso, suelta y se echa para atrás. Otro factor es la hiperalimentación y en nombre de esta hipótesis se ha dejado desnutrir a niños por otra parte normales; hay que tomar en cuenta, que los niños menores de tres meses nunca comen más de lo que necesitan y es esto precisamente lo que autoriza a esta edad, la libre demanda, sin temor a sobrepeso y mucho menos a llanto por exceso de comida.

Otra causa de llanto excesivo en lactantes es la alergia a la leche; posiblemente hasta el 18% de todos los niños alimentados con fórmula podría presentar llanto excesivo atribuible a alergia a la proteína de leche de vaca, siempre y cuando se tengan argumentos válidos en pro de esta suposición que autoricen el ensayo de otra proteína, como antecedentes familiares positivos, en especial maternos, a alergia a leche de vaca y la presencia de estigmas alérgicos como dermatitis atópica, que es siete veces más frecuente en los alimentados con leche de vaca que con seno. Esta sospecha diagnóstica sería confirmada si el llanto cesa al hacer la sustitución por leche de soya, lo cual puede tomar unas dos semanas de dieta de eliminación y si reaparece al reintroducirla. Los lactantes menores pueden llorar excesivamente por factores extrínsecos distintos del alimento mismo, pero sí por los relacionados con la forma como éste se ofrece.

Los factores intrínsecos son: la inmadurez del tracto gastrointestinal o del sistema nervioso central o del vago simpático (niños hipertónicos, vagotónicos,

irritables) para explicar el llanto excesivo del niño al que no se encuentra causa orgánica; por otro lado se menciona a la esofagitis del reflujo gastroesofágico y lo más frecuente es que el niño sea simultáneamente regurgitador.

3. El Llanto excesivo primario según Wessel, es aquel que se presenta en un niño por demás saludable y bien alimentado, que tiene paroxismos de llanto que duran un total de más de tres horas al día, más de tres días a la semana, sin que se encuentre causa; se involucra desde la variación por lo alto del llanto de tipo temperamental (no necesariamente patológico ni atribuible a autentico dolor), hasta el clásico cólico infantil.

En la práctica, lo que suele ocurrir es una combinación de las tres, si se piensa que el alimento es un factor extrínseco que hace reaccionar al organismo del niño (intrínseco), si el ambiente es propicio a reacciones excesivas.

Por otro lado es necesario hablar de algunos conceptos, sobre como el recién nacido establece relaciones humanas, y que es necesario mencionar, para conocer y entender mejor el llanto.

EL REPERTORIO DEL LACTANTE

El niño llega al mundo trayendo consigo, formidables capacidades para establecer relaciones humanas; se convierte inmediatamente en participante en la constitución de sus primeras y esenciales relaciones; su equipo social (vista, movilidad, olfato, etc.) es extraordinario pero inmaduro (como es lógico); por lo cual sólo se destacarán los acontecimientos que tienden a establecer una relación interhumana, una comunicación e intercambios emocionales en las acciones sociales mutuas durante los primeros seis meses de vida, cuando el lactante se halla tan intensamente referido al mundo de estímulos humanos que le proporciona su madre o la persona que la haga a veces de ésta.

Al nacer el sistema visuomotor (mirada y vista) comienza a funcionar inmediatamente; el recién nacido no sólo puede ver, sino que está dotado ya de reflejos que le permiten seguir y fijar la mirada a un objeto; en el término de unos minutos después de nacer siguen con sus ojos y con el movimiento de su cabeza a un objeto que cruce por su campo visual; pero, ¿qué es lo que ven?: el mundo visual y neto del recién nacido se halla restringido a un perímetro de aproximadamente veinte centímetros. El niño llega con un caudal de predilecciones perceptivas innatamente determinadas, de pautas motoras, de ten-

dencias cognoscitivas o correspondientes al pensamiento y de capacidades para la expresividad emocional, y quizá para el reconocimiento de emociones; pero finalmente cada lactante tiene que formar dentro de su mente imágenes del mundo de los objetos y de las personas.

Así, aquello que es más probable que vea el niño, es la cara de su madre y en especial los ojos, aunque algunas teorías ya antiguas afirmaban que el primer y más importante objeto que el recién nacido ve es el pecho; el rostro de la madre es el punto focal e inicial de importancia para la temprana constitución del mundo visual del niño, así como un punto de partida para la formación de su primera relación interhumana; pero según muchos investigadores, el niño nace con una preferencia innata por el rostro humano, o al menos por algunos de sus rasgos, así pues, desde el comienzo, el recién nacido está proyectado para encontrar fascinante el rostro humano y la madre es impulsada a atraer el mayor interés posible sobre su ya interesante cara.

Hacia la sexta semana de vida, el sistema visuomotor del niño cubre una etapa del desarrollo que impulsa a la interacción social con la madre hacia un nuevo nivel; el niño se hace capaz de fijar con la vista los ojos de su madre y mantener la mirada abriendo más los ojos; hacia dicho momento el comportamiento de la madre se hace mucho más social tanto vocal como fácilmente y comienzan ahora de verdad las auténticas interacciones de juego social, en las que intervienen ambos participantes.

Hacia finales del tercer mes, el sistema visuomotor está ya esencialmente maduro; la distancia focal del niño tiene un alcance casi tan extenso como en el adulto; el niño puede seguir con la mirada a la madre cuando ésta se aleja, se aproxima y se mueve por la habitación; su red comunicativa se amplía así extensamente; por otro lado, el control motor maduro del niño sobre la dirección de la mirada le proporciona también un control esencialmente completo con respecto a aquello que desea ver.

Hacia finales del primer semestre de vida, la ocupación del niño con la cara, la voz y el tacto humano, es parcialmente sustituida por un interés por agarrar, alcanzar y manipular los objetos, la coordinación mano-ojo ha madurado y se establece la siguiente fase de aprendizaje de la naturaleza de los objetos-cosas.

El control motor de la cabeza se establece aproximadamente de un modo paralelo a la maduración precoz del sistema visuomotor, y es casi imposible considerar el comportamiento de la mirada sin te-

ner en cuenta al mismo tiempo los movimientos de la cabeza (como distintos de los movimientos de los ojos).

El hecho de volver la cabeza hacia un lado es casi invariablemente interpretado como una señal de aversión o de huida; la pauta completa de huida implica un volverse por completo hacia un lado, con pérdida de todo contacto visual; y bajar la cabeza constituye otro eficaz comportamiento de evitación. Darwin llega a la conclusión de que las expresiones faciales correspondientes a las emociones básicas de placer, displacer, furor, miedo, alegría, pena y desgracia, o bien se hallaban ya presentes al nacer, o cuando aparecían unos pocos meses más tarde, reflejaban el despliegue de tendencias innatas que estaban poco influidas por la socialización.

En las dos primeras semanas de vida, se observan sonrisas mientras el niño duerme acompañando sus sueños y durante la somnolencia, raramente se observan cuando el niño está alerta y con los ojos abiertos. No parecen tener relación alguna con nada que suceda en el exterior y tan sólo reflejan sitios de excitación neurofisiológica y de descarga en el cerebro, han sido designadas como sonrisas endógenas debido a su origen interno.

Entre la edad de seis semanas y tres meses, la sonrisa se convierte en exógena estando provocada por acontecimientos externos; y de entre todos los estímulos externos es nuevamente la estimulación causada por un rostro humano, la mirada humana, una voz de timbre agudo y el cosquilleo, los estímulos que provocan más probablemente ahora una sonrisa; así, al convertirse en exógena, es sobre todo una sonrisa social.

Hacia el tercer mes, la sonrisa comienza otra etapa de su desarrollo y se convierte en un comportamiento instrumental; el lactante sonreirá a fin de obtener una respuesta de alguien, tal como una sonrisa de respuesta de la madre o unas palabras de ella; la sonrisa en sí, no obstante, tiene el mismo aspecto; a diferencia del llanto como se mencionará más adelante. El último avance en su desarrollo consiste en que hacia el cuarto mes, la sonrisa se convierte en un comportamiento lo suficientemente perfeccionado y coordinado como para poderse realizar simultáneamente con otras expresiones faciales o como parte de las mismas. Para resumir este desarrollo: la sonrisa evoluciona desde ser una actividad refleja (interiormente estimulada) a constituir una respuesta social (provocada exteriormente por estimulación humana o de otra índole) y convertirse luego en un comportamiento instrumental (producido para provocar res-

puesta social en otros) y, más adelante, un comportamiento coordinado que se combina con otras expresiones faciales.

La risa no está presente al nacer, surge primeramente como respuesta a estímulos externos, en algún momento entre el 4to. y 8vo. mes. Al principio entre los 4 y 6 meses resulta más fácilmente provocarla mediante estimulación táctil; de los 7 a los 9 meses son más efectivos los estímulos auditivos; y desde los 10 a los 12 meses se provoca con más facilidad por acontecimientos visuales.

La cara de llanto con o sin él, es la más dramática e inequívoca expresión de disgusto o desagrado y ha de considerarse como un comportamiento terminal, el último paso de un desarrollo pautado de diversas expresiones faciales indicadoras de creciente desagrado.

En primer lugar, la cara se pone seria, comienza a fruncirse el entrecejo, comienzan a cerrarse parcialmente los ojos cuando se elevan las mejillas y se congestionan, el labio inferior vibra y luego se retraen los labios cuando se abre la boca, descienden las comisuras de la boca y ya está completa la cara del llanto; tan solo hacia el final de la secuencia, es cuando aparecen las características paradas en la respiración, y el llanto propiamente dicho estalla, unido a la expresión llorosa.

Estas expresiones se hallan presentes al nacer, como actividades reflejas, especialmente durante el sueño y cambian muy poco en cuanto a morfología durante el desarrollo de la vida; se convierten en exógenas, provocadas exteriormente antes que la sonrisa, y algunos observadores opinan que el uso instrumental del llanto puede observarse precozmente a las 3 semanas.

"En cualquier caso, hacia el tercer mes de vida cada una de estas expresiones y la secuencia entera a la cual pertenecen, están ya dispuestas para funcionar como comportamientos sociales e instrumentales, a fin de ayudar al lactante para condicionar y regular su aporte correspondiente en la interacción con la madre".

Al parecer desde los 3 meses (por lo menos), el niño se halla bien equipado con un amplio repertorio de comportamientos destinados a interrelacionar y a suspender tal interrelación con su madre o los que hagan a veces de ésta.

Ahora continuemos analizando el llanto fisiológico:

- 1). Como ya se mencionó, es el lenguaje peticionario que será normal en duración e intensidad si

la petición es "entendida y atendida" por la persona bien instruida, pero que se convertirá en anormal (excesivo) si la petición no es resuelta pronto y adecuadamente.

- 2). Las principales causas que favorecen la aparición del llanto en el recién nacido y lactante son:
 - a. Incomodidad (hambre, olores, aire-viento, luz, ruido, posición, etc.).
 - b. Soledad (necesidad de afecto).
 - c. Sed.
 - d. Aparición del ego.

Así por ejemplo, el llanto del hambre es tan intenso que simula dolor, pero la diferenciación es muy sencilla: el niño sano con hambre, succiona vigorosa y prolongadamente y se calma; en cambio el que tiene un dolor intenso, rechaza el alimento que se le ofrece y sigue llorando. Si da unas chupaditas y se duerme, pero al colocarlo en la cuna reanuda el llanto, seguro que no es hambre ni dolor sino otra necesidad también fisiológica: hambre de afecto en forma de contacto epidérmico y estímulo verbal, que cesan al ponerlo en la cuna y por eso vuelve a llorar. Si a pesar de alzarlo sigue llorando se debe seguir pensando en otras posibles causas y explorarlas con método: una prenda apretada, un botón en la espalda, exceso o falta de abrigo, una cadenita al cuello, algo que pica, etc., en general basta "pensar y verificar".

"Espectrográficamente se ha podido demostrar la diferencia entre el llanto debido a irritabilidad, hambre, dolor, pero en la práctica, esta distinción no siempre es fácil".

- 3). Las causas del llanto conforme a etapas de crecimiento y desarrollo son:

En el recién nacido (RN), la causa más frecuente del llanto es el hambre, a veces determinada por la madre, ya que en muchas ocasiones aún se conserva la idea de que los horarios y la duración de las comidas, así como las cantidades ingeridas, deben regirse por patrones estrictos.

En el lactante:

- Durante el 2do. al 5to. mes de vida, la soledad ocupa un lugar importante como causa del llanto, un bebé puede llorar porque necesita compañía, diferenciándola de otra causa ya que este tipo de llanto cesa en cuanto levantan al niño en brazos; además llora por frío o calor excesivo.

vos, humedad del pañal o presencia de materia fecal y obviamente por hambre; también llora cuando cesa una experiencia agradable como: sacarlo de la bañera, si se deja de jugar con él, si se acuesta en la cuna, etc.

- A partir del 6to. mes, el niño al ser separado de su madre no puede hallar un blanco para descargar sus impulsos, primero se vuelve llorón, suplicante, asiéndose a todo aquel que se le acerque, como si tratara de recobrar su objeto perdido con la ayuda de su impulso agresivo, los temores pueden hacerlo llorar (cuando ve una cara ajena, ve que su hermano se cae y lastima, o si le pegan, cuando lo acuestan en una cama que no es la suya, por pesadillas, etc.). Otra causa del llanto en esta etapa es el brote dental y la fatiga, los cuales juegan un papel importante.
- Del 9no. mes de edad en adelante, el bebé puede mostrar signos de celos y llorar cuando ve que su madre toma en brazos a otro bebé. Llorar cuando le dan un alimento que no le gusta, ya que a esta edad tiende a hacer más notable sus gustos y desagradados; llora cuando le sirven en platos que no son suyos, cuando se les impide realizar ciertos actos, que por su desarrollo ya quieren y pueden llevar a cabo, como ayudar con la cuchara para autoalimentarse, o cuando se les interrumpe una experiencia placentera.

“El llanto excesivo en esta etapa de la vida del niño se debe casi siempre a que no se satisface sus necesidades básicas en lo que se refiere a comodidad, amor, seguridad, y no se le dan las oportunidades que él desea, de practicar sus habilidades recién descubiertas”.

3. En el lactante mayor de 1 año:
Surge entonces el proceso de romper el cascarón (maduración de la locomoción activa), acción para ejercer la locomoción y explorar unos segmentos más amplios de la realidad. Esta actividad motiva al infante a separarse de la madre y empezar el periodo de práctica.
- Después del primer año de vida, se reduce notablemente la frecuencia del llanto. El llanto puede presentarse como resultado del conflicto que se presenta entre su ego en desarrollo y sus intereses recién descubiertos, muchas lágrimas resultan del orgullo herido del niño, ya que cuando el ha aprendido a hacer cosas por si mismo (poner la mesa, vestirse solo, ir

al escusado cuando tiene ganas, etc.) reaccionará con lagrimas frente a cualquier interferencia, si es un niño de carácter independiente.

“Su necesidad mayor está en el amor y la seguridad, así que una carencia de estos ingredientes provoca lagrimas”.

- Después del año y medio de edad, él desarrollará un sinnúmero de temores y llorará en busca de la seguridad que le proporciona la compañía de su madre, llora también por el dolor que le ocasiona la dentición, porque está cansado o porque no se siente bien, está aburrido o celoso. Es un error dejar que los niños lloren por largos periodos, ya que mientras menos se deje llorar a un niño durante sus primeros 3 años de vida, más feliz será en su niñez avanzada, y mientras más sensata sea la guía educacional que proporcionan los padres a su hijo, mientras mayor sea su tacto, su paciencia, su sentido común y su sentido del humor, el niño derramará menos lágrimas.

4). Berrinches o rabietas.

Los berrinches o rabietas se han definido de diferentes formas, constituyen un cuadro de corta duración que altera la conducta y es desencadenado por causas leves y diversas: se han definido como:

- a. La representación del choque de la personalidad en desarrollo del niño con la voluntad de sus padres, es el gran deseo de demostrar su poder, de captar atención, y hacer las cosas a su manera.
- b. Freud relaciona el negativismo de los niños de esta edad, con la “batalla” acerca del control intestinal. Sea cierto o no, la creciente movilidad, curiosidad y autonomía de los niños de esta edad, que se acompaña de una singular falta de noción de los peligros y valores de los adultos, lleva, con frecuencia a conflictos entre los padres y el niño. Los berrinches corresponden en época con el periodo de resistencia, el desarrollo del ego y del negativismo, con la agresividad que se presenta en la fase de transición de la lactancia a la independencia; apareciendo de entre los 15 meses de edad a los 3 años.

Como causas básicas de los berrinches se mencionan:

Personalidad: En niños determinados, activos y llenos de energía.

Periodo de resistencia y desarrollo del ego: Choque de la personalidad del niño con la voluntad de sus padres.

Deseo de practicar nuevas habilidades: tomar responsabilidad de hacer las cosas que ha aprendido recientemente.

Facultad de imitar: El niño que ve a sus padres hacer escenas.

Sobreindulgencia, sobreprotección y dominación: El niño al que nunca han enseñado lo que es la disciplina y llega a extralimitarse.

Inconsistencia de los padres: Los padres titubean.

En general, se podría decir que: la personalidad propia de los niños a esa edad unido a la fatiga, el aburrimiento y el hambre que propician el choque entre el yo del niño y los deseos dominantes y perfeccionistas de los padres, causan el berrinche; el cual logra atraer la atención, produce temor en los padres, y los niños obtienen lo que desean y descubren el modo de preocuparlos.

PREVENCIÓN DE LOS BERRINCHES

Considerando la facilidad que estos niños tienen para distraerse, puede utilizarse para la prevención de los berrinches, desviando su atención hacia otra cosa en vez de una negativa a todo lo que hacen; entre otras cosas, no debe de pedirse al niño más de lo que puede dar, debe mantenerse ocupado al niño, tener amiguitos de su edad en su casa lo más frecuente posible y visitarlos también, debe ser estimulado a practicar sus habilidades y sentirse orgulloso de lo que puede hacer, deben quitarse de su camino todas las posibles fuentes de peligro y él debe ser desviado físicamente. En una palabra, deben eliminarse las posibles causas del problema.

La mejor forma de tratar un berrinche es ignorarlo, ya que una actividad de indiferencia es un castigo más severo y efectivo que cualquier método disciplinario; cuando el niño se percata de que no obtiene beneficios con los berrinches, generalmente deja de hacerlos.

Las rabiets pueden acompañarse de paros respiratorios (crisis de espasmo del sollozo), los cuales se presentan en niños de 1 año y medio de edad a 3 años; de ellos se describen dos tipos:

El niño muy alterado llora varias veces y luego detiene la respiración durante una espiración máxima, esto suele acompañarse de cianosis que, si se prolonga llevará a la pérdida de la conciencia y a veces se presenta una convulsión leve tipo gran mal; esta detención respiratoria se autolimita y no pone en peli-

gro al niño aparte de los riesgos de una posible caída. El desmayo simple suele aparecer después de un incidente doloroso o atemorizador y se acompaña de síntomas vasovagales como: pérdida de la conciencia, pulso lento y palidez. Suele desencadenarse por algún disgusto o por cierto temor misterioso, un susto causado por alguien que gritó o cuando el niño no puede recobrar el aliento en medio del llanto. También puede ser causado por dolor, coraje, frustración o castigo.

ESTAS CRISIS TAMBIÉN SON DESCRITAS DE DOS FORMAS

Cianótica: Con más frecuencia en la frustración, el niño emite dos o tres chillidos fuertes y después detiene el aliento en espiración, en los casos ligeros la apnea dilata 5 a 10 seg., el niño se pone azulado y después se recupera. En los casos ligeramente más intensos el niño retiene el aliento 5 a 10 seg. más, se pone agudamente cianótico, pierde el conocimiento, se pone pálido y flácido, se escucha entonces un llanto débil seguido de uno más vigoroso, y después de un cierto momento de confusión se normaliza nuevamente. Si la apnea se prolonga durante más de 30 seg. el niño se pone rígido y convulsiona en forma similar a la epilepsia, durante estas crisis se palpa una marcada bradicardia. Cuando estas crisis se deben al dolor es poco probable que se repitan a menos que exista un factor que los provoque.

Pálida: Con más frecuencia en el dolor, el niño se pone pálido y flácido inmediatamente después de experimentar cierto malestar y se cae o se queda inconsciente sin presentar cianosis y usualmente sin que se escuche un llanto previo; se parece a un desmayo, a un ataque vasovagal o a un síncope.

El diagnóstico diferencial es importante, mismo que se basa esencialmente en la historia clínica, y hay que diferenciarlo de la epilepsia.

Si la crisis se debe al dolor, no se puede hacer nada para prevenirla; si son del otro tipo, los métodos de prevención y tratamiento son los mismos recomendados para los berrinches, salvo que debe hacerse hasta lo imposible para prevenir alguna lesión de consideración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fleinbloom IR. *Enciclopedia de la salud del niño, guía complementaria para padres de familia*. Nueva York, USA: Ed. Diana, 1979.
2. Hamilton PM. *Enfermería pediátrica básica*. España: Ed. Interamericana, 1990.

3. Hammerly AM. *Enciclopedia médica moderna*. California: Ed. San feliz. Tomo I. 1979.
4. Mahler MS. *Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación*. México-Tabasco: Ed. Joaquín Mortiz, 1980.
5. Robinson MJ. (Traductor: Dr. C. Eduardo Casacuberta Zaffaroni, Dr. Alejandro Urrutia Solórzano). *Pediatría práctica*. México, D.F: Ed. El Manual Moderno. 3ª Ed. 1996.
6. Plata RE et al. Plata Rueda. *El pediatra eficiente*. Bogotá-Colombia: Ed. Médica Panamericana, 1996.
7. Illingworth RS. Traductor: Dr. Hugo Rivera Alonso. *El niño normal. Los problemas durante los primeros años de vida y su tratamiento*. México, D.F: Ed. Manual Moderno, 3ª Ed. 1989.
8. Spits RA. *El primer año de vida*. México D.F: Ed. Fondo de Cultura Económica, 1969.
9. Stern D. *La primera relación madre-hijo*. Madrid España: Ediciones Morata, SA, 1978.
10. Torroella y OJM. Niños sanos. *Manual de pediatría para padres y médicos*. México: Ed. Trillas, 1992.
11. Plata RE. (1996). *El pediatra eficiente* (434).
12. Torroella y OJM (1992). Niños sanos, manual de pediatría para padres y médicos. p 81. *Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez Stern Daniel. (1978). *La primera relación madre-hijo* (82).
13. Torroella y Op. Cit. (81).
14. Illingworth RS. *El niño normal, los problemas de los primeros años de vida y su tratamiento*. (375).
15. Ronald. Op. Cit. (376).