

Signos de alarma en la detección temprana de problemas emocionales y conductuales en el bebé

J. MARTÍN MALDONADO-DURÁN,^a LINDA HELMIG,^a CHRIS MOODY^a

RESUMEN

Objetivo: Se describen los principales signos de alarma que el clínico/a que atiende familias en etapa perinatal, puede buscar para identificar problemas psicosociales. Se describen también, las características de un breve instrumento desarrollado para la detección temprana de tales dificultades.

Metodología: Se describen los resultados de una encuesta realizada por los autores, investigadores del Centro del Niño y la Familia de la Clínica Menninger (EEUU) en 109 padres, que acudieron a la consulta pediátrica de sus hijos/as (rango de edad de 3 a 14 meses), de los cuales el 40.4% eran niños y el 57.8% niñas.

Resultados: Los problemas reportados en las distintas áreas fueron los siguientes: Problemas de dormir 33.9% (somnolencia excesiva durante el día, o dificultad para iniciar el sueño); llanto excesivo 22%; dificultades en la alimentación 22%; dificultades con la sensibilidad a estímulos visuales, auditivos o táctiles 7.3% y síntomas de ansiedad en el 4.6%. Respecto de los padres, el 37% mencionó experimentar alguna clase de problema significativo, el 25% síntoma de depresión y el 3.7% indicó la posibilidad de violencia doméstica.

Conclusiones: El estudio abre la puerta para la identificación de alteraciones o problemas en el primer año de vida, en los cuales se puede intervenir desde su inicio. Se señala la conveniencia de que el personal médico y de enfermería reciba un entrenamiento en este campo, con el fin de poder orientar a los padres sobre esta problemática.

PALABRAS GUÍA: *Problemas emocionales, salud mental infantil, detección temprana.*

INTRODUCCIÓN

Los problemas emocionales y conductuales en el primer año de la vida con frecuencia son causa de sufrimiento del niño o la niña y en quienes se encargan de su cuidado. Asimismo, las dificultades

psicosociales que enfrentan las familias en la etapa perinatal (tales como la violencia doméstica y la depresión materna) tienen también una prevalencia, relativamente alta (ocurren en alrededor del 20% de las familias). Sin embargo, aunque los servicios de salud en muchos países hacen pruebas de detección de alteraciones menos frecuentes, pero importantes (como la fenilcetonuria), las dificultades psicosociales generalmente no se identifican tempranamente. En este trabajo se describen los principales signos de alarma, que el clínico que atiende familias en la etapa perinatal, puede buscar para identificar tales problemas. También se muestran

^aChild and Family Center, Menninger Clinic, Topeka Kansas.

Correspondencia:

J. Martín Maldonado-Durán
The Menninger Clinic, PO Box 829, Topeka Kansas 66601
Correo electrónico: MALDO2000MOR@aol.com

Recibido: 26 de junio 2000

Aceptado: 27 octubre de 2000



Tabla 1
CUESTIONARIO

ID # _____

(Maldonado, Helmig, Moody; Menninger Child and Family Center)

ENCIERRE SU RESPUESTA EN UN CÍRCULO

1 ¿Tiene alguna preocupación sobre cómo está comiendo el ó la bebé?	SÍ	NO
El bebé casi nunca pide comida, no parece sentir hambre, no le interesa la comida	SÍ	NO
El bebé rechaza muchas clases de comidas	SÍ	NO
Le cuesta mucho trabajo mamar, o masticar, o pasar la comida	SÍ	NO
Vomita muy seguido, varias veces al día, o en mucha cantidad, cada vez	SÍ	NO
El niño se porta muy mal durante las comidas	SÍ	NO
Está demasiado flaquito, o pesa muy poco	SÍ	NO
Otro problema con la alimentación, descríballo	SÍ	NO

2 ¿Hay algún problema, en cómo duerme el bebé?	SÍ	NO
El bebé duerme demasiado, tiene demasiado sueño durante el día	SÍ	NO
Le cuesta mucho trabajo lograr dormirse en la noche	SÍ	NO
Se despierta varias veces durante la noche	SÍ	NO
Ronca intensamente	SÍ	NO
Tiene demasiado miedo en la noche, se golpea la cabeza antes de dormirse	SÍ	NO
Otro problema con dormir o sueño, descríballo	SÍ	NO

3 ¿Hay algo que le preocupe, respecto a qué tanto llora, el ó la bebé?	SÍ	NO
El bebé llora demasiado, casi todo el día o muchas veces durante el día	SÍ	NO
El bebé es muy llorón, o "berrinchudo", llora con demasiada facilidad	SÍ	NO
Se enoja con demasiada facilidad, demasiado delicado o sensible	SÍ	NO
No sé qué hacer para calmar al bebé cuando está llorando	SÍ	NO
Todavía tiene cólico, después de los seis meses de edad	SÍ	NO
Se enoja con mucha facilidad y por cualquier cosa, hace rabietas	SÍ	NO
Requiere demasiada atención todo el tiempo	SÍ	NO
Otro problema con el llanto, descríballo	SÍ	NO

Detrás de esta página, puede extenderse en alguno de los temas que se mencionan en esta sección.

las características de un breve instrumento de detección temprana de tales dificultades. (Ver tablas 1 y 2).

La sola idea de que el recién nacido pueda tener una "psicopatología", resulta desagradable de manera inmediata. Pensamos en la etapa de bebé, como una época un tanto idílica, donde el niño no se da cuenta de los problemas de la vida, es querido y su única ocupación es gozar de las experiencias

diarias. Sin embargo, es claro que un bebé puede ser afectado por otras alteraciones, por ejemplo enfermedades del riñón, afecciones respiratorias, y ser portador de un tumor maligno o una enfermedad degenerativa. Lo mismo puede ocurrir en el área psicosocial: el bebé puede tener dificultades con sus funciones de auto-regulación y para mantener un estado de bienestar.

Tabla 2

CUESTIONARIO

ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA

¿Tiene alguna otra preocupación acerca de su bebé?	SÍ	NO
El bebé no se sonríe con sus padres, no hace "ruiditos" no les "habla" a sus padres u otros	SÍ	NO
El bebé se ve triste, apagado, molesto	SÍ	NO
Se espanta con demasiada facilidad, nervioso(a)	SÍ	NO
El bebé es demasiado calmado, muy "aguadito" y casi no reacciona a lo que pasa a su alrededor	SÍ	NO
El bebé es demasiado activo, no pone atención a las cosas, se mueve todo el tiempo	SÍ	NO
Se espanta fácilmente, o reacciona excesiva a ruidos o luces intensas	SÍ	NO
No le gusta que lo carguen o lo toquen	SÍ	NO
Usted, mamá o papá ¿tiene problemas o preocupaciones que estén afectando su relación con el bebé?	SÍ	NO
Me siento cansada(o) todo el tiempo, no tengo energía, o estoy triste	SÍ	NO
En los tres años pasados ¿ha muerto alguien importante para usted?(un padre, abuelo, hermano, amigo, etc., o aún una mascota)	SÍ	NO
Pierdo la paciencia con el bebé, me frustra demasiado	SÍ	NO
No siento alegría por el bebé, ni gozo estar con él o ella	SÍ	NO
Tengo problema con la bebida o con drogas	SÍ	NO
En la casa hay peleas o discusiones que terminan muy mal	SÍ	NO
De las oraciones de abajo, por favor marque sólo aquéllas con las que usted esté totalmente de acuerdo o casi.		
El bebé debe ser independiente desde que tiene unos cuantos meses	SÍ	NO
Es normal que en ocasiones los padres sientan enojo por sus hijos	SÍ	NO
Casi todo el tiempo estoy muy preocupada(o) de si mi niño(a) estará bien	SÍ	NO
Los bebés nunca deben sentirse frustrados	SÍ	NO
Desde el primer día de vida el niño debe aprender a dormirse solo (a)	SÍ	NO
Los padres no deben de cargar a sus niños cuando lloran	SÍ	NO
Los padres no deben dejar que sus hijos los despierten	SÍ	NO
Los bebés necesitan mucho que se les acaricie, que los vean y los carguen	SÍ	NO
Un bebé se malcriaría si sus papás lo cargan cuando llora.	SÍ	NO

Detrás de esta página, puede extenderse en alguno de los temas que se mencionan en esta sección.

El propósito de la identificación temprana de estos problemas, no es preocupar a los padres de un bebé con un diagnóstico o pronóstico pesimistas. De hecho, sería inadecuado dar un pronóstico, pues no hay mucha información científica sobre el curso clínico de tales trastornos. Tampoco es de interés "etiquetar" con un diagnóstico a un bebé. Por el contrario, el objetivo es ayudar a ambos – al bebé y a sus padres (o cuidadores) – a resolver (en

el presente) los problemas que ya han notado y por los que están sufriendo, por medio de una intervención muy temprana.

Es importante señalar que las dificultades descritas más adelante, no son problemas menores que se curarán por sí mismos. Aún entre médicos, pediatras y otros especialistas, existe la noción de que aún cuando el bebé tenga alguna dificultad conductual o emocional, ésta va a desaparecer en



poco tiempo debido al crecimiento y desarrollo del niño. Actualmente se sabe que esto, con mucha frecuencia, no ocurre así. Por desgracia, estas alteraciones son pasadas por alto, minimizadas o ignoradas, aún con buenas intenciones. Por ejemplo, hasta hace una década se aceptaba generalmente que los bebés no sufrían consecuencias negativas al ser expuestos a situaciones traumáticas. Se pensaba que "olvidarían" todas esas experiencias nocivas, sin embargo, actualmente la evidencia científica ha probado precisamente lo contrario.

Las dificultades emocionales y conductuales en el bebé, no son algo raro o difícil de encontrar. Por desgracia son problemas relativamente frecuentes y a veces graves. Varios estudios han demostrado que entre 15 y el 20% de los bebés, o más, presentan problemas significativos en su comportamiento o estado emocional.¹ Los más importantes son con el dormir,^{2,3} en la alimentación,^{4,5} llanto excesivo y persistente,^{6,7,8,9} así como dificultades para relacionarse, comunicarse y otros problemas emocionales^{10,11,12,13} durante los primeros tres años de vida.

Además de estos problemas que son fácilmente identificables en el bebé mismo. En muchos casos hay también problemas en la relación o acoplamiento entre el bebé y sus padres, como en los trastornos de la relación padres-bebé.^{10,14} Además, la depresión materna y la depresión puerperal son muy comunes, y afectan por lo menos al 15 % de las mujeres adultas en este período de la vida.^{15,16,17} La depresión materna tiene un claro impacto negativo¹⁸ en el bienestar del bebé (por irritabilidad en la madre, ensimismamiento, falta de placer en el cuidado del bebé). Este efecto es detectable aún a los siete años de edad, sobre todo en los niños varones, que tienen mayor frecuencia de problemas de conducta, de atención y de aprendizaje.¹⁹ En cuanto a la violencia doméstica, se estima que alrededor del 15 a 20 por ciento²⁰ de mujeres en la etapa perinatal son objeto de violencia doméstica en países como Estados Unidos de América (EUA) y el Reino Unido.²⁰ En países como los latinoamericanos, es posible que esta cifra sea por lo menos tan alta como la reportada en esos países.

Debido al posible beneficio de detectar esta clase de problemas en el primer año de la vida, nuestro equipo decidió probar si un instrumento simple, una muy breve entrevista hecha a la madre o padre en la consulta de bebé sano, podría ayudar a detectar

estas dificultades. Nótese que estas entrevistas o cuestionarios son administrados con padres que traen al bebé a una visita pediátrica de bebé sano y no específicamente para consultar por alguna preocupación de índole conductual o emocional. Enfocamos nuestra investigación con bebés entre los 3 y 14 meses de edad. El cuestionario incluyó preguntas sobre la alimentación, sueño y llanto del bebé, también sobre la capacidad del bebé para relacionarse y si el progenitor disfruta la relación con el bebé. También, se investigó depresión materna, violencia doméstica así como también las creencias de los padres respecto a la crianza del niño(a) (ver tablas 1 y 2).

MATERIAL Y MÉTODOS

Identificar cuáles son los signos que al ser detectados en el bebé pueden considerarse como indicadores de que hay una dificultad psicosocial, es una tarea que no se ha completado en ningún centro de investigación, hasta donde es posible evaluar la literatura existente. A continuación mencionaremos cinco técnicas que puede usar el médico clínico y luego nos enfocamos en la metodología utilizada en nuestro estudio piloto.

1. *Escuchar la narración espontánea de los padres (o cuidadores) sobre lo que les preocupa respecto a su bebé*

Es crucial escuchar con detenimiento y detalle la narración de los padres, quienes pueden traer preocupaciones directamente a la consulta. Poner atención a los detalles, puede ayudar a detectar signos de estrés en los padres.

2. *Observar al bebé directamente*

Dada la experiencia del pediatra al observar muchos lactantes, el tratar de interactuar con un bebé de menos de un año de edad puede darle muchas claves y contestar diversas interrogantes, como las siguientes: ¿El niño hace contacto visual? ¿si es menor de seis meses, se sonríe al acercársele?, ¿sus ojos parecen alegres y con brillo?, o ¿parece el niño más bien preocupado y sombrío?, ¿cómo se encuentra su tono muscular: normal, demasiado tenso o relajado?, ¿el niño responde a ruidos y estímulos a su alrededor, parece ver a las caras de las demás personas

para buscar significados? El punto central es que los padres del niño pueden no darse cuenta de que hay algo preocupante en su niño(a) pero el pediatra puede detectar una de las anormalidades descritas. El tono es un indicador general del funcionamiento del sistema nervioso central.²¹

3. *Observar la interacción entre el bebé y sus padres*

La consulta con el pediatra o médico familiar puede ser un tanto estresante. El niño de más de seis o siete meses suele mostrarse precavido o tímido, si se encuentra con un desconocido. Se valora cómo intercambian acciones los padres y el bebé: ¿se observa la intimidad normal entre madre (o padre) y bebé?, ¿si parece haber una gran distancia emocional entre ellos?, ¿aparece una danza rítmica y recíproca en ambos?, ¿hay hostilidad y frustración de alguna de las partes?. Finalmente, ¿el progenitor se ve contento y relajado con su bebé, o más bien tenso, resentido, triste, hostil?, etc.

4. *El clínico usa su intuición y sus reacciones ante el niño o los padres*

La intuición es un "instrumento" de exploración muy importante para el clínico, ya que le permite establecer: ¿qué emociones experimenta? ¿si siente que hay tensión, tristeza, alegría, enojo?, el médico o enfermera(o) se sienten devaluados, acusados, que los regañan o les hacen reproches, etc. O por el contrario, se sienten tranquilos ya que existe un clima de bienestar emocional con esta familia. Ésta, tal vez sea, una de las mejores formas de detectar cuando algo no está marchando bien.

5. *Usar un cuestionario breve*

Dada la premura del tiempo, si las familias que acuden a la consulta tienen en general un nivel de lectura adecuado, una breve encuesta puede ser llenada mientras esperan que el personal los atienda. Este cuestionario debe incluir preguntas sobre el bienestar del niño y sus padres.

En nuestro estudio piloto utilizamos un instrumento con preguntas sobre el funcionamiento y síntomas en el bebé y algunos en sus padres (Ver tabla 1 y 2). Utilizamos dos formas de obtener información, una fue una breve entrevista directa

con los padres del bebé, mientras esperaban su visita pediátrica, vacunas o que el bebé fuera pesado. Esta entrevista dura aproximadamente cinco minutos. El entrevistador llena los cuadros según la respuesta de los padres. En otras ocasiones, los padres llenaban voluntariamente el cuestionario que ellos mismos leían, y otros padres recibieron el cuestionario por medio del correo, pidiéndoles que lo trajeran lleno, en su próxima visita. La mayoría de la información se obtuvo por medio de entrevista directa, pues muchos de los padres expresaron dificultad para leer todas las preguntas, después de leer la hoja de consentimiento informado

RESULTADOS

Se obtuvo información de 109 padres. La edad promedio de los niños fue de 8.51 meses (rango de 3 a 14 meses). El 40.4% eran niñas y el 57.8% eran niños. El 1.8% no incluyó el género del bebé en el cuestionario. En cuanto a su grupo étnico, el 45.9% eran caucásicos, el 22.0% afroamericanos, 14.7% de origen "hispanico", el 3.7% multiétnico y el 2.8% no informó sobre este tema. Para la población de Kansas, hay una sobrerrepresentación de afroamericanos.

De los bebés, el 44% eran primogénitos y el 53.2% tenía al menos otro hermano(a). El 2.8% no informó sobre este punto. En general, el 56.9% de los progenitores tenía alguna preocupación sobre su bebé.

Los problemas reportados, en las distintas áreas exploradas, fueron los siguientes:

Problemas de dormir, 33.9%: Se incluyeron problemas como somnolencia excesiva durante el día, dificultad para iniciar el sueño en la noche, despertarse con frecuencia durante la noche, roncar y terrores nocturnos (también golpearse la cabeza antes de dormir o durante el sueño). El 7.3% de padres se preocupaba de que el bebé tuviera dificultades para conciliar el sueño, mientras que el 22.9% se preocupaba de que el niño se despertará varias veces durante la noche.

Llanto excesivo, 22.0%: Los problemas incluidos en la encuesta fueron: llanto excesivo, cólico mas allá de los cuatro meses de edad, irritabilidad exagerada, dificultad para poder consolar al bebé, enojo fácil y berrinches frecuentes. Otros problemas fueron, ser demasiado

demandante y que los padres sintieran que no sabían qué hacer para poder calmar a su bebé. El 13% de padre pensaba que el bebé se enojaba demasiado fácil y que tenía un temperamento enojón. El 5.5% notó que el bebé es irritable, llora fácilmente y lloriquea mucho. El 8.3% de los padres pensaba que su bebé es demasiado demandante. El llanto excesivo pone al niño en mayor riesgo de ser percibido con enojo,²² de ser golpeado²³ o sacudido.²⁴

Dificultad en la alimentación 22%: Los problemas de alimentación incluidos en la encuesta fueron: poca hambre o apetito, rehusar la comida, dificultad para mamar, masticar o deglutir. Vómitos frecuentes, tener bajo peso o tener conducta problemática durante las comidas. Éstos han sido los reportados más frecuentemente en la literatura.^{25, 26} El 10.1% de padres nota que su bebé rehúsa muchas comidas, el 5.5% que el bebé raramente tiene hambre o pide comida y el 2.8% que el bebé está por abajo del peso normal. El bajo peso o la desnutrición pueden tener consecuencias negativas desde el punto de vista cognoscitivo.²⁷

Dificultades con sensibilidad a estímulos (visuales, auditivos, táctiles, etc.) 7.3%: Estas alteraciones incluyen que al bebé no le guste que lo carguen, demasiada sensibilidad a estímulos visuales o auditivos, etc.

Cabe destacar que ninguno de los padres pensaba que su bebé podría estar deprimido(a). Este tema se investigó preguntando si el bebé se veía triste, no parecía tener alegría, no hacía contacto visual ni sonreía al progenitor.

Síntomas de ansiedad en el 4.6%. Este tópico se investigó preguntando si el bebé se estremecía con facilidad, parecía nervioso o asustado cuando se acercaba uno de los padres. La ansiedad y el estrés tienen un efecto directamente negativo sobre el feto durante el embarazo²⁸ y probablemente en el período postnatal también.

Los padres: En cuanto a los padres mismos (en cada entrevista se preguntaba sólo sobre el progenitor que traía al bebé o quien lo cuidaba primariamente pero sólo sobre uno de ellos). Un 37% de los padres reportó tener alguna clase de problema significativo. Entre todos los progenitores, 25.7% reportó tener síntomas de depresión. Sólo 3.7% de adultos indicaron la posibilidad de violencia doméstica.

La depresión en los padres se investigó preguntando al padre o madre si se sentía triste o cansado(a) la mayor parte del tiempo, sentir que no tiene energía y no gozar a su bebé.

En cuanto a abuso de sustancias, ninguno de los padres dijo tener dificultad con el alcohol, y como se anotó, una proporción muy baja (3.7%) dijo que en la casa se perdía el control durante discusiones o pleitos. El 2.8% de los padres dijo que sentían frustración con su bebé.

La tercera parte de la encuesta incluyó las creencias o ideas de los padres respecto a la crianza del bebé. Entre los resultados más significativos están los siguientes: El 83.5 % de los progenitores creen que los bebés necesitan ser tocados, cargados, acariciados, y contacto visual con sus padres. El 32% decían que el bebé nunca debería sentirse frustrado. El 27.4% de padres opinaron que “al niño no había cargarlo cada vez que lllore, porque se volvería malcriado o demasiado consentido”. El 32.1% dijo que “se preocupaban demasiado por el bienestar del bebé”. Sólo un 24% dijo que “a veces los padres sienten enojo hacia su bebé”. Alrededor del 11% pensaban que “el bebé debe aprender a dormirse solo desde el primer día”. Un 11% dijo que no había qué cargar al niño cuando llora. El 8.3% dijo que el niño debe volverse independiente desde que tiene unos cuantos meses de edad.

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Como se puede observar, el estudio de encuesta en la clínica del “niño sano” tiene varias implicaciones que es necesario resaltar:

-La primera es que los padres se preocupan por el bienestar de sus hijos. Basta preguntarles muy brevemente cómo observan a su bebé, para que los padres hablen sobre las dificultades que notan en su hijo(a).

En nuestro estudio con bebés sanos, es decir, no referidos y sin ningún método de selección, observamos que la frecuencia con que encontramos de dificultades en el bebé mismo, son similares a las reportadas en estudios específicos sobre la prevalencia de problemas emocionales-conductuales en la infancia temprana.

Los problemas que los padres identifican con mayor frecuencia, son las alteraciones del sueño,

sobre todo problemas por despertar durante la noche y para iniciar el sueño. Después, en alrededor de la quinta parte de familias, los padres notan llanto excesivo en su hijo(a), o dificultades en la alimentación. Los niños pueden no tener apetito, tener escaso interés en la comida, o rechazar los alimentos. Como grupo, estos niños están en mayor riesgo de tener fallo del crecimiento. La irritabilidad excesiva es un problema que pone al niño en riesgo de ser percibido como muy difícil, ser considerado una carga muy pesada y aun lo expone al riesgo de sufrir maltratos, como recibir golpes o ser sacudido violentamente.

Encontramos que el simple procedimiento de la encuesta o la entrevista, identifica estos problemas comunes con una frecuencia que sugiere que los resultados son confiables.

Hay alteraciones en el funcionamiento del bebé que son más difíciles de detectar. Por ejemplo, en nuestra encuesta preguntamos sobre síntomas de depresión en el lactante y disfunciones en la percepción ante estímulos (como defensa a estímulos táctiles, a ruidos, a estímulos visuales, etc.). En el caso de la depresión, muchos padres o parientes del bebé, piensan que el bebé es “muy bueno”, cuando duerme mucho y es muy pasivo o casi no se relaciona con los demás. El niño puede de hecho estar deprimido, es decir, aparecer triste, sin alegría y ser muy inactivo, sin que esto sea percibido como un problema.

En cuanto a las disfunciones perceptuales, éstas tienden a ser pasadas por alto por los padres, sobre todo si no se han enterado de las diferencias individuales, en cómo un bebé responde a distintos estímulos.

-Otra conclusión es que un trastorno importante, como la depresión materna, puede ser detectada con el instrumento mencionado o con una entrevista breve. En nuestra encuesta casi la tercera parte de los padres tenía síntomas de depresión. También esta cifra parece confiable y se acerca a la reportada en la literatura científica. Este resultado es un tanto sorprendente, pues podría pensarse que muchos padres se sentirían incómodos hablando de sus dificultades emocionales y sobre todo de la depresión. Uno se imaginaría que los padres tratarían de “dar al mal tiempo buena cara” y decir que se sienten contentos. Es posible que el instrumento de hecho no haya detectado una

prevalencia más alta de depresión, pues la población con quien se trabajó tiende a tener un alto riesgo psicosocial. Sin embargo, es alentador que a pesar de lo difícil que puede ser el “admitir” que se está deprimido(a), el instrumento lo haya detectado con facilidad.

No ocurre lo mismo con dos indicadores graves, como la violencia doméstica y el uso de alcohol y drogas ilegales. La violencia doméstica es un problema grave que es difícil detectar, sobre todo con una sola pregunta. Una encuesta reciente sugirió que para detectarla es necesario entrevistar a la mujer, generalmente a solas, en varias ocasiones y no sólo una. El hacer la pregunta varias veces, elevó la tasa de detección. Como vemos, en nuestra encuesta este problema fue minimizado, pues se esperaba una frecuencia de alrededor del 20% de las familias. Algo semejante ocurre con el uso de sustancias como el alcohol y las drogas. Estos problemas en EUA tienen una alta frecuencia, de más del 10% de la población que las usan, con tal magnitud que se trata de abuso o dependencia. Sin embargo, los padres a quienes se les preguntó negaron este problema. Es muy posible que debido al hecho de que el uso de drogas se considera como un acto criminal y el uso de alcohol tiende a minimizarse y también por el estigma social que representa, estos problemas sean soslayados por las personas. También, un factor relevante es que el uso de sustancias es aún más alto en los varones que en las mujeres; y éstas fueron en su gran mayoría quienes llenaron los cuestionarios. Es posible que hayan contestado lo que se refería a su propio uso de sustancias, y no al de sus compañeros o maridos. Sin embargo, la frecuencia es demasiado baja, con lo que concluimos que el instrumento no sirve para detectar estos problemas.

- Otra conclusión es que aún muchos padres tienen temor de “malcriar” a sus hijos. Si los cargan cuando lloran o responden a sus señales de estrés o descontento. Tienen miedo que el niño se vuelva más y más demandante, convirtiéndose al final de cuentas en una carga.

El estudio tiene obviamente varios puntos débiles. Uno de ellos es que se trata solamente del reporte de los padres respecto a su bebé. Como mencionamos antes, éstos pueden no observar dificultades en el lactante que un profesional podría detectar fácilmente. Por otro lado, el reporte de

los padres puede prestarse a otras distorsiones, por ejemplo a reportar que el bebé llora “mucho”, cuando en realidad el bebé podría llorar un tiempo normal. Es posible que una madre en estrés tienda a percibir a su bebé como más difícil de lo que es en realidad. Puede reportarse que el niño despierta muchas veces en la noche, debido al cansancio, o la percepción de que el niño o niña es muy difícil, cuando en realidad no despierta tantas veces. En pocas palabras, sin la validación de que en realidad hay estas alteraciones, es imposible afirmar que de hecho éstas existían en el bebé. Es necesario conducir un estudio ulterior que valide las observaciones reportadas en el instrumento, y que además pruebe la especificidad y la sensibilidad del cuestionario. Es decir que si la encuesta encuentra que no hay alteración, al observarse y evaluar directamente al bebé se corrobora esa impresión, y también lo contrario. Cuando los padres contestan que sí hay alguna alteración, ésta debe ser corroborada por la observación y evaluación directas del niño o niña.

Los resultados iniciales, sin embargo, son prometedores dadas las frecuencias de los problemas encontrados, y el tipo de dificultades

que los padres notaron en ellos mismos y en sus bebés. Un estudio de este tipo tiene una importante implicación: abre la puerta para que se identifiquen tempranamente alteraciones o problemas con los que se puede intervenir en sus fases iniciales. Esto puede tener implicaciones en términos de prevención de complicaciones y dificultades mayores. Actualmente, los problemas que detectamos generalmente se pasan por alto y se espera hasta que persistan. Los niños son enviados para su evaluación hasta los dos o tres años de edad, habiendo transcurrido mucho tiempo de sufrimiento, preocupación o dificultades en la relación entre los padres y el bebé.

Más que referir al niño en el primer año de la vida, recomendamos que el médico/a pediatra, familiar, y el personal de enfermería tuvieran un entrenamiento que les ayudara a dar sugerencias a los padres sobre cómo intervenir cuando notan problemas con su bebé y ayudarlos a darse cuenta de que cada bebé es único y tiene características especiales. Esta intervención inicial, por parte del personal de salud, puede ser de gran ayuda para los padres y no requiere de un entrenamiento prolongado por parte del médico o personal de enfermería.

ABSTRACT

Objective: The main alarm signs are described that the clinical that assists families in perinatal face, can look for to identify psychosocial problems. They are also described, the characteristics of a brief instrument developed for the early detection of such difficulties.

Methodology: The results of a survey applied to 109 parents of children 3-14 months old (40.4% boys and 57.8% girls) that attended the pediatric unit of the Child and Family Center, Menninger Clinic in the United States, are described.

Results: The reported problems were the following: sleeping problems 33.95% (sleepiness during the day or sleeping difficulties at night), excessive crying 22%, eating difficulties 22%, difficulties in the sensibility to visual, auditive or tactile stimuli 7.3%, anxiety 4.6%. 37% of the parents mentioned an important problem, 25% depression and 3.7% the possibility of domestic violence.

Conclusions: This study opens the possibility to identify problems during the first year of life and of early intervention. The need of the medical and nursing staff to receive training in this field so they can guide parents on this kind of problems, is addressed.

Key words: Emotional problems, mental child health, early detection.

REFERENCIAS

1. Bax M, Hart H, Jenkins SM. Behavior problems in the younger child. En: Child development and child health. Oxford. Blackwell Scientific Publications; 1990. p. 315-53.
2. Minde K, Faucon A, Falkner S. Sleep problems in toddlers: effects of treatment on their daytime behavior. *J Am Acad Child Adol Psychiatr* 1994; 33(8):1114-21.
3. Zuckerman B, Stevenson J, Bailey B. Sleep problems in early childhood: Continuities, predictive factors and behavioral correlate. *Pediatrics* 1987; 80 (5): 664-71
4. Ramsay M. Feeding disorder and failure to thrive. *Child Adol Psych Clin North Am* 1995; 4(3): 605-16.
5. Skuse D, Wolke D, Reilly S. Failure to thrive. Clinical and developmental aspects. En: Renschmidt H y Schmidt M. (editors) Developmental psychopathology, child and youth psychiatry. European perspectives. Vol. 2. Göttingen: Hogrefe & Huber; 1991. p. 46-71.
6. Bense J, Haug-Schnabel G. Primär exzessives Schreien in den ersten drei Lebensmonaten [Llanto excesivo en los tres primeros meses de la vida]. En: Keller H (editores) *Handbuch der Kleinkindforschung* [Manual de investigación en el niño pequeño]. 2. Auflage, Berna: Hans Huber. 1996.
7. Maldonado-Durán JM, Saucedo-García JM. Excessive crying and regulatory disorders in infants. *Bull Menn Clin* 1996; 60: 62-78.
8. Maldonado-Durán JM., Saucedo-García, JM. Excessive and persistent crying. En: Maldonado-Durán JM (editor). *Models of Clinical Intervention with infants and young children*. En prensa. Washington D.C. American Psychiatric Press.
9. St James-Roberts I. Persistent crying in infancy. *J Child Psychol Psychiat* 1989; 30(2): 189-95.
10. Anders T. Clinical Syndromes, relationship disturbances and their assessment. En: Sameroff AJ, Emde RN (editors). *Relationship disturbances in early childhood*. New York: Basic Books; 1989. p. 125-44.
11. Field T. Models for reactive and chronic depression in infancy. En: Tronick, EZ, Field T (editors) *Maternal depression and infant disturbance*. New directions for child development. No. 34. San Francisco. Jossey-Bass; 1986.
12. Guedeney A. La dépression du nourrisson: nécessité d'une définition et d'une évaluation



- précises [Depresión en el lactante. La necesidad de una definición y evaluación precisas] *Jour Pédiatrie Puéricul* 1990; 3nn: 436-40.
13. Mazet P. La dépression du nourrisson: modèle théorique ou expérimental [Depression in the infant. Theoretical or experimental model] En: Dugas, M (editor) *La dépression chez l'enfant* [Depresión en el niño]. Paris. Médecine et Enfance 1985.
 14. Zero to Three classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Washington DC. National Center for Clinical Infant Programs; 1994. p. 49-55.
 15. Brockington IF. Disorders specific to the puerperium. *Int J Mental Health* 1992; 21: 41-52.
 16. Cooper PJ, Murray L. Postnatal depression. *Br Med J* 1998; 316: 1884-6.
 17. Maldonado-Durán JM, Lartigue T, Feintuch M. Perinatal psychiatry: Infant mental health interventions during pregnancy. *Bull the Menn Clin* 2000; 64: 317-43.
 18. Campbell SB, Cohn JF, Meyers T. Depression in first-time mothers: Mother-Infant interaction and depression chronicity. *Dev Psychol* 1995; 31: 349-57.
 19. Sinclair D, Murray L. Effects of postnatal depression on children's adjustment to school. Teacher's reports. *Br J Psychiat* 1998; 172: 58-63.
 20. Petersen R, Gazmararian JA, Spitz AM, Rowley DL, Goodwin MM, Saltzman LE et al. Violence and adverse pregnancy outcomes: a review of the literature and directions for future research. *Am J of Prev Med* 1997; 13: 366-73.
 21. Brown JK, Omar T, O'Regan M. Brain development and the development of tone and movement. In: Connolly KJ and Forssberg H (editores) *Neurophysiology and neuropsychology of motor development*. Clin Dev Med 1997; 143-44. London, Mc Keith Press p. 1-41.
 22. Gustafson G, Harris K. Women's responses to young infants' cries. *Dev Psychol* 1990; 26: 144-52.
 23. Mrazek PJ. Maltreatment and infant development. En: Zeanah CH (editor). *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford; 1993. p. 159-70.
 24. Becker JC, Liebrsch R, Tautz C, Schuleter B, Andler W. Shaken baby syndrome: Report on four pairs of twins. *Child Ab Negl* 1998; 22: 931-7.
 25. Douglas JE. Eating and feeding difficulties. In: *Behavior problems in young children*. Tavistock Routledge 1989. p. 67-93.
 26. Douglas JE, Bryon M. Interview data on severe behavioral eating difficulties in young children. *Arch Dis Child* 1996; 75: 304-8.
 27. Brown JL, Pollitt E. Malnutrition, poverty and intellectual development. *Scientific American* 1996; Febrero. p. 38-43.
 28. Glover V. Maternal stress or anxiety in pregnancy and emotional development of the child. *Br J Psych* 1997; 171: 187-9.