

La prevención de los problemas emocionales y conductuales en la etapa perinatal

J MARTÍN MALDONADO-DURÁN,^a TERESA LARTIGUE^b

RESUMEN

Se describe un número de programas de prevención en la etapa perinatal, desde el embarazo, al posparto temprano y tardío. La intervención temprana tiene efectos benéficos en el estado emocional de los padres, mejora la calidad de la relación padres-lactante y beneficia el desarrollo conductual y emocional del niño a corto y largo plazos. El personal de salud primaria es crucial en su implementación, dando apoyo emocional y material a los futuros padres, soporte en el momento del parto y visitas domiciliarias en los primeros años de la vida. Se describen los contenidos de los diversos programas y la evidencia empírica sobre su eficacia y mecanismos de acción.

PALABRAS GUÍA: *Prevención secundaria, intervención temprana, visita domiciliaria, doula.*

INTRODUCCIÓN

En este artículo se describen los programas más importantes para la prevención primaria y secundaria de los problemas emocionales y de conducta en la mujer durante el periodo perinatal.¹

Aunque los beneficios de la idea de prevenir parecen obvios, podría ocurrir que una intervención que intuitivamente parecería benéfica, puede que en la realidad no lo sea o resulte contraproducente. Este efecto negativo se ha observado en programas de prevención del embarazo en adolescentes y en programas para disminuir el tabaquismo entre jóvenes.

En principio toda persona estaría en favor de que se implementen intervenciones preventivas. Sin embargo, es necesario que tales programas no hagan promesas que no se pueden realizar. Aunque es deseable que hubiera métodos preventivos para un número de posibles alteraciones o trastornos, es difícil comprobar su eficacia. El efecto de una intervención podría no ser evidente en forma inmediata sino a largo plazo, el cual podría ser positivo o negativo. Por ejemplo, un programa de intervención en la infancia temprana con familias en situación de pobreza que en los Estados Unidos de América (EUA) se denomina *Headstart* (“buen comienzo”) consiste en dar a niños la oportunidad de asistir a una escuela de nivel preescolar durante unos dos años, donde se les presenta información educativa, se les dan oportunidades de socialización y apoyo psicosocial a la familia. A corto plazo, el programa tiene poca eficacia en cuanto al aprovechamiento académico de los participantes. Sin embargo, tienen una ventaja a largo plazo, en la edad adulta, con una tasa menor de actos criminales, menos dificultades en el trabajo y problemas interpersonales. Si

^a School of Medicine, University of Missouri, Kansas City.
^b Doctora en psicología clínica, Co-Chair para Latinoamérica del Comité de Mujeres y Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Psicoanalista Didáctica. Asociación Psicoanalítica Mexicana.

Correspondencia:
Dra. Martín Maldonado
University of Missouri, Kansas City
Correo electrónico:
Dr. Martín Maldonado: maldonadoduran@umkc.edu
Dra. Teresa Lartigue: lartigue@prodigy.net.mx

Recibido: 18 de septiembre de 2007.
Aceptado: 5 de febrero de 2008.



sólo se midiera el efecto a corto plazo, las ganancias parecerían mínimas, pero a largo plazo, los beneficios son importantes y significativos.

Una forma útil de pensar en las alteraciones emocionales y conductuales, es un modelo que incluya un desequilibrio entre factores de riesgo y de protección. Los programas de prevención generalmente favorecen la acción de factores de protección y minimizan los de riesgo. No obstante, cada programa preventivo debe evaluarse individualmente en términos de sus ingredientes, mecanismos de operación, impacto y efectos a corto y largo plazo.

PREVENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO

Se han utilizado varios modelos para favorecer la transición de una madre o pareja a la parentalidad, el apego de la madre al bebé *in utero*, la disminución de su nivel de estrés y sensibilizarla para que pueda atender adecuadamente al bebé.^{2,3} Uno de estos modelos consiste en la participación de las mujeres gestantes, su esposo y otra persona de apoyo, en sesiones grupales cada semana. La primera parte de estas sesiones tiene un componente “educativo” y la segunda, de autoexpresión verbal. El material educativo es como un punto de partida para que los participantes reflexionen sobre su situación actual y hablen de cómo están manejando los diferentes problemas y situaciones especiales. Los temas de las sesiones son:

1. Reacciones a la noticia del embarazo.
2. Capacidades preceptuales y conductuales del feto, su desarrollo *in utero* y cómo se imaginan que será su bebé.
3. Estrés durante el embarazo y técnicas de relajación.
4. Tradiciones familiares, aspectos culturales de preparación de las familias para el arribo del bebé.
5. El Nacimiento de los padres, cambios en la identidad y descripción de la depresión en el embarazo y posparto.
6. Las capacidades perceptuales, motrices, conducta del neonato y el momento del parto.
7. Vida emocional del bebé, necesidad de apego y su significado.
8. El llanto del bebé y su significado como señal y estrategias para calmarlo.
9. El sueño del lactante, maduración y problemas.
10. Alimentación del bebé, ventajas de la lactación al seno materno, necesidades nutrimentales del niño pequeño.
11. Necesidad de autonomía del niño pequeño, cómo contenerlo y como guiarlo.
12. Estrés asociado con la crianza de un niño pequeño y las necesidades emocionales de los padres.

El componente más importante de estas sesiones es la experiencia compartida del grupo, de hablar de la situación propia, y posiblemente de la ambivalencia de los futuros padres, sus recuerdos de cuando eran niños. Darse cuenta de que sentir emociones contradictorias es normal: estar feliz, pero tener miedo por no haber planeado el embarazo o bien sentir ansiedad respecto al futuro.

Otro modelo de intervención durante el embarazo, incluye intervenciones individuales.³ En esta estrategia, la mujer participa pre y postembarazo. Se le ayuda a reflexionar sobre el futuro bebé, hablar de lo que se desea para su futuro, e identificar sus sentimientos y buscar redes de apoyo social. Se explora cómo enfrentar situaciones difíciles durante el embarazo y mas tarde cuando el niño ejerza cada vez más su autonomía. Esta estrategia es diseñada para familias de alto riesgo, por pérdidas previas, pobreza, historia de maltrato durante la infancia, y otros problemas psicosociales graves. Incluye actividades prácticas, tales como: dibujar al imaginado futuro bebé, escribirle una carta con un mensaje y pensar en las tradiciones familiares alrededor del nacimiento de un bebé.

Como en el caso anterior, la evaluación de este programa es prometedora, pero aún no hay evidencia definitiva de su eficacia en cuanto a la prevención. Los participantes reportan alivio al hablar de su situación presente y sentirse apoyados en su capacidad para enfrentar problemas.

Una estrategia diferente⁴ incluye establecer sesiones de terapia de pareja durante el embarazo. Se intenta ayudar a los futuros padres a mejorar su comunicación, resolver desacuerdos y ayudarlos de este modo a prepararse para su futuro papel de padres y pareja con hijos. Es útil porque empíricamente se sabe que cuando se tiene un hijo disminuye la satisfacción de los cónyuges con su matrimonio.⁵ La discordia matrimonial se asocia con un número de riesgos para el niño, incluyendo mayor probabilidad de que más tarde se desarrolle un trastorno de conducta, haya fracaso escolar y presente una conducta agresiva. La terapia matrimonial “preparatoria”, desde antes del nacimiento del bebé, ayudó a los padres a resolver conflictos, diferencias y minimizar las interacciones negativas. En el seguimiento meses después, los lactantes mostraron un apego más seguro y mayor autonomía.

Otra intervención⁶ de terapia matrimonial durante el embarazo, trata de lograr una mayor capacidad y mejores estrategias para manejar los conflictos en forma productiva. Se trata de sesiones semanales por un tiempo limitado. En el estudio de seguimiento, hubo mejor satisfacción matrimonial 18 meses después de la intervención, aunque no se encontró persistencia de tal mejoría a los dos y tres años de seguimiento. En contraste, el estudio de Markman,⁷ desarrollado también con el objetivo de mejorar la relación conyugal con sesiones semanales; el seguimiento se realizó a los 1.5, 3, 4 y 5 años, después de la intervención, los resultados mostraron siempre una mayor satisfacción matrimonial en el grupo de intervención y hubo una menor frecuencia de casos de divorcio, en comparación con el grupo que no había tenido sesiones.

Otras estrategias de intervención prenatales consisten en realizar visitas domiciliarias. Éstas se describen en la sección sobre intervenciones posparto.

PROGRAMAS DE DOULA

El momento del parto es difícil para la madre, sobre todo cuando se atiende en un gran hospital de un centro urbano, la futura

madre suele no contar con el apoyo emocional de personas de su confianza como su madre y hermanas. En la mayoría de hospitales públicos en América Latina y en muchos otros países, no se permite siquiera la presencia del marido. El apoyo psicosocial en esos momentos contribuye a que haya menos complicaciones y que la mujer se sienta más serena durante el proceso.^{7,8} En muchas unidades hospitalarias en los EUA y otros países, se han creado programas de “*doula*”.⁹ Este personaje, tradicional en algunas culturas africanas, es una mujer con experiencia cuya función central es asistir individualmente a la futura madre durante el trabajo de parto. Su experiencia inspira confianza, ayuda de modo material y cuida el cuerpo de la futura madre, le habla cuando ésta desea hablar, le hace masaje en la espalda para aliviar su dolor, le ayuda con las respiraciones de relajación y en general es una “base de seguridad” para la mujer en este momento de incertidumbre. Idealmente, la “*doula*” se habrá encontrado con la futura madre una o dos veces antes del parto, aunque en algunos centros es asignada al ingresar la paciente al hospital. Varios estudios han demostrado sus efectos benéficos. Entre éstos, está una menor frecuencia de cesáreas y otras complicaciones perinatales cuando se comparan nacimientos con y sin esta asistente. Puede disminuir la necesidad de analgesia peridural¹⁰ y un estudio comparativo a este respecto, encontró que cuando el parto había sido asistido por la *doula*, dos meses después las madres se comportaban de modo más cariñoso con su bebé.⁷

Una estrategia usada cuando el parto ha sido difícil o de índole traumática consiste en ayudar a la mujer a hablar de su experiencia (*debriefing*, en inglés).¹¹ Cuando el parto fue demasiado largo, doloroso o tuvo complicaciones, todo esto puede dejar secuelas psicológicas graves, por ejemplo, temor intenso a un futuro embarazo o parto. La mujer puede haber sufrido tanto que ahora tiene constantes pesadillas, recuerdos aterradores y una sensación de temor al futuro. El propósito de conversar y reflexionar sobre lo que sucedió en el parto es que al ventilar sus experiencias y



emociones, incluso su enojo ante las complicaciones o el personal y su sensación de desilusión, se pueda prevenir la aparición del trastorno por estrés postraumático. Muchas mujeres sienten culpa por las complicaciones ocurridas, o miedo a que pueda volver a ocurrir todo aquello de nuevo. Estas narraciones (*debriefing*) requieren la capacidad del entrevistador de lograr que la persona le tenga confianza, que exprese una gama de sentimientos y las emociones negativas o dolorosas de la mujer o pareja en cuestión. Un programa piloto de esta índole,¹¹ que recientemente se llevó a cabo, en el cual se investigó el efecto clínico, no encontró beneficios con significancia estadística. No obstante, otros programas han demostrado una menor morbilidad en términos de depresión y ansiedad en la mujer a los tres meses posparto.¹² Es deseable que en un futuro, los hospitales ofrezcan la oportunidad de hablar de las experiencias durante el parto, sobre todo cuando haya habido complicaciones. Entre más capacitado esté el personal para hacer frente a las emociones suscitadas, más benéfica será la oportunidad de hablar de lo ocurrido.

PROGRAMAS EN EL PERÍODO POSPARTO

Observación del recién nacido

Pocas horas después del nacimiento y en los primeros días, los nuevos padres están fascinados con su bebé. Puede serles muy útil darse cuenta de la considerable capacidad perceptual del neonato, sus preferencias por ciertos estímulos y la habilidad de orientarse hacia ellos. Más que ver al recién nacido como un ser casi inerte y sin una “personalidad” característica, darse cuenta de que en realidad es una persona única y que responde al medio ambiente y se relaciona con otras personas, los ayudará a tener mayor sensibilidad con su hijo.

El clínico puede mostrar estas capacidades del neonato presentando a los padres la evaluación conductual descrita por Brazelton. Esta intervención es de duración muy corta

(unos 15 minutos), pero informa y promueve la sensibilización de los progenitores hacia el bebé. La evaluación de esta simple intervención ha mostrado a largo plazo un mayor involucramiento emocional de los padres con el niño o niña. Con esta sola intervención, hay a largo plazo menor incidencia de problemas en la relación entre los padres y el hijo.^{13,14}

Prevención en la etapa posnatal tardía

Muchas nuevas madres no tienen a quien recurrir para recibir ayuda o apoyo material, psicológico y emocional. Se han diseñado en varios países intervenciones posparto por personal de salud o de otras mujeres con experiencia. Puede tratarse de visitas periódicas posparto por enfermeras, durante varios meses con una frecuencia cada una o dos semanas. En otros programas, una mujer con una preparación psicosocial específica realiza las visitas domiciliarias.¹⁵ La Organización Mundial de la Salud,¹⁶ recomienda este tipo de visitas como parte de una atención óptima.

En muchos países europeos, las enfermeras obstétricas o pediátricas visitan en su casa a las nuevas madres, generalmente a las dos, cuatro y ocho semanas posparto y luego varios meses después. Suelen enfocarse en la salud del bebé y en sus cuidados, así como en los temas del desarrollo y crecimiento; es menor el énfasis puesto en la nueva madre, su estado físico y de ánimo.

Aunque parezca evidente que las visitas domiciliarias deberían ser útiles o claramente benéficas, esto no se puede afirmar categóricamente, según la evidencia existente. Es necesario dilucidar qué estrategias implementadas en las visitas domiciliarias ayudan más, con qué mujeres, qué frecuencia, y cuál debe ser el contenido de estas visitas. Todo esto se ha investigado sólo parcialmente y no se sabe con certeza cuáles son los mejores métodos de visita ni quién se beneficia más de ellos.

La evidencia indica que la interacción con el personal de salud, como llevar al niño al

pediatra o ser visitada por una enfermera; tiene un efecto benéfico en términos de obtener información sobre los cuidados y salud del bebé, además de proporcionar a la madre un sentimiento de apoyo, quien buscaría establecer con el personal de salud una relación de confianza y de larga duración.¹⁷ Cuando una familia tiene un alto nivel de problemas psicosociales y está en riesgo de maltratar o ser negligente con el hijo, las visitas domiciliarias por un período largo de tiempo (meses o los primeros años) son útiles en prevenir este maltrato.¹⁵ Cuando no hay tantos factores de riesgo, las visitas por un período más corto, y con alto contenido de información y apoyo psico-social para la mujer, parecen ser más benéficas.^{18,19}

Un ingrediente esencial para el éxito de estas intervenciones es establecer una relación interpersonal genuina, significativa y real entre la visitadora domiciliaria y la nueva madre.^{20,21}

En los EUA y otros países hay múltiples programas individuales, pero que no tienen un alcance universal, tales como “*Parents as Teachers*”, (Los padres son los maestros); o bien “*Prevent Child Abuse*” con el que se pretende prevenir el maltrato de los niños.

El programa *Parents as Teachers* está diseñado como una intervención domiciliaria educativa, enseña a los padre sobre las etapas del desarrollo del lactante y sus necesidades emocionales, dándoles ideas de cómo jugar con el bebé promoviendo su desarrollo. Aunque esto parecería casi superfluo, muchos padres no tienen idea de cómo interactuar con sus hijos en esta etapa de la vida, y como promover el desarrollo psicomotriz y emocional del niño. Programas como “*Prevent Child Abuse*” se especializan en familias con muchos factores de riesgo.

Un modelo que suscita mucho interés es el descrito por Slade y cols.,²² el cual se denomina “*Tener en mente al bebé*” (*Minding the baby*). El nombre en inglés sugiere un doble significado: atender al bebé y a la vez tenerlo presente en la mente de quienes lo cuidan. Se trata de un programa basado en los principios de “mentalización” y funcionamiento reflexivo descritos por Fonagy y cols.²³ Estas funciones

se refieren a la capacidad de la madre y el padre para reflexionar sobre sus propios estados mentales, como emociones, deseos, frustraciones, y poder percibir los estados mentales del bebé, es decir, teorizar o imaginar lo que está sintiendo éste cuando llora, qué es lo que quiere, qué necesita. Su objetivo es ayudar a madres muy jóvenes con antecedente de traumatismo psicológico grave, pérdidas y múltiples desilusiones, a “hacer lugar” en su mente para los contenidos mentales de su bebé. Se lleva a cabo a través de visitas domiciliarias, alternando entre una enfermera de salud pública y un trabajador o trabajadora social. Las visitas ocurren cada semana durante el primer año y cada dos semanas en el segundo. El propósito es establecer una relación de empatía y contención con los nuevos padres y ayudarles en lo que necesiten.

Como lo han señalado otros autores, al trabajar con una población en alto riesgo, con muchos factores adversos, como pobreza, hacinamiento, problemas interpersonales, etc., es necesaria una mayor flexibilidad terapéutica. Cuando es necesario, los visitadores domiciliarios ayudan a los nuevos padres hasta con sus necesidades más básicas, como conseguir fondos para comprar comida, ayudarlos a buscar trabajo, proporcionarles transporte para ir a una cita con el médico, etc. Estas asistencias concretas, son percibidas por los padres con antecedente de traumatismo emocional grave, como verdadera ayuda. No serían tan receptivos si sólo se tratase de “hablar” cuando están enfrentando problemas graves, como ser lanzados del departamento que rentan o no tener para comer. Sólo cuando se ha logrado “contenerlos” y establecer una relación de confianza, se pueden introducir gradualmente temas como las necesidades emocionales del bebé y también las de los nuevos padres. A largo plazo, estas experiencias repetidas de ser ayudados, escuchados y respetados, permiten la apertura gradual a los sentimientos propios de los padres y los del bebé.

Este modelo no ha sido evaluado en términos de su eficacia a corto y largo plazo. Sin embargo, es claro que para diferentes



poblaciones con un nivel de riesgo psico-social distinto, se tienen qué crear diversas estrategias de intervención que se refieran a esas necesidades. No requiere los mismos servicios una madre de edad adulta, con buen apoyo psicosocial, marido, involucrimiento de su familia, en condiciones económica adecuadas y sin demasiados factores de estrés; que otra madre, adolescente, en pobreza, aislada, con dificultades para encontrar vivienda, y en medio de relaciones conflictivas o violentas. El hecho de que el mismo programa se aplique a poblaciones tan diversas, hace difícil evaluar la eficacia de la intervención a corto y largo plazo.

Otro método de implementar visitas domiciliarias, pero de menor duración, es el denominado Proyecto de Estudio del Bebé de Vermont (*Vermont Infant Studies Project*). En este programa la intervención dura de tres a cuatro meses. Comienza en el hospital y continúa con visitas domiciliarias después del egreso. La mayoría de las intervenciones proveen información sobre el bebé, pero se intenta involucrar al padre y dar apoyo emocional a la familia. Las actitudes maternas seis meses más tarde suelen resultar más positivas. Las madres describen a sus hijos como más “fáciles” en su temperamento, más tranquilos, con menos irritabilidad y contentos. A los tres años de edad hay un mejor funcionamiento cognoscitivo en los niños. Esta diferencia se mostró que persistía hasta los siete años de edad.¹³

INTERVENCIÓN PREVENTIVA EN SITUACIONES ESPECIALES

Es bien sabido que el nacimiento prematuro del bebé y otras complicaciones similares son altamente estresantes para la familia y para el niño mismo. Cuando hay factores de riesgo adicionales, como estrés, pobreza o conflictos matrimoniales, el bebé prematuro está en mayor riesgo de ser percibido como excesivamente difícil, demandante, irritable y hasta de ser maltratado. El bebé prematuro tiene menos capacidad de proveer satisfacciones a sus padres y sin quererlo, pone a prueba su paciencia y resistencia a la

incertidumbre; con mayor frecuencia es un niño “difícil”, llora más frecuentemente o por períodos más largos, suele tener dificultad para mantenerse dormido y la aparición de la sonrisa social tarda más tiempo (esta sonrisa es un poderoso reforzador positivo para los padres). El riesgo de interacciones negativas aumenta si también ha habido complicaciones como hipoxia neonatal y si el bebé tiene alguna secuela, tal como parálisis cerebral.

Aún sin aquellas complicaciones, los estudios de seguimiento de bebés prematuros han mostrado que a largo plazo tienen con mayor frecuencia dificultades de aprendizaje, menor capacidad para concentrarse, más problemas educacionales y de conducta en la edad escolar.

Cuando el bebé se encuentra aún en la sala de cuidados intensivos neonatales (UCIN), se pueden realizar valiosas intervenciones de salud mental que podrían tener un efecto preventivo de los trastornos en la interacción entre los padres y el neonato. Algunos neonatos pasan semanas o aún meses internados. Esto puede tener consecuencias negativas en el comportamiento del bebé y para los padres es muy difícil vivir en incertidumbre constante, temiendo que aparezcan complicaciones o que el bebé muera. El bebé mismo puede sufrir consecuencias tales como un retraimiento masivo ante los estímulos, empezando por los dolorosos. También puede haber conducta que sugiere fenómenos postraumáticos.

Hay dos vías principales de intervención: una es con el bebé mismo y la otra, con sus padres. Se intenta ayudar al niño a tener experiencias positivas compensadoras, como succión no nutritiva, estimulación vestibular, estimulación táctil placentera, contacto visual o auditivo con los padres o masaje. Así como se tratará de minimizar las experiencias negativas o dolorosas, tales como despertarlo arbitrariamente para hacerle procedimientos o inyectarlo.²⁴ Los estudios de evaluación de estas intervenciones indican un efecto positivo a corto plazo. Entre otros beneficios, el neonato aumentará de peso más rápido y habrá disminución de los episodios de apneas y bradicardia, así como una mejor organización

conductual del bebé.^{25,26} Sin embargo, no se han realizado evaluaciones a largo plazo.

En cuanto a los padres, se les debe dar apoyo emocional, brindarles información acerca del estado de su bebé, sus vulnerabilidades y preferencias e invitarlos a participar de los cuidados de su hijo como miembros de un equipo, cuya participación es valiosa. Esto promueve el apego temprano de los padres hacia el bebé. Cuando un bebé pasa un tiempo largo en la UCIN, uno de los mayores riesgos es que los padres no sientan que el bebé es “de ellos” y se distancien emocionalmente de éste.

Minde y cols.²⁷ diseñaron una intervención de grupo de autoayuda para padres mientras el recién nacido está en la UCIN. Se trata de participar en aproximadamente siete a diez sesiones de grupo para ayudarlos a enfrentar los problemas actuales, hablar de sus sentimientos y compartir experiencias con los otros participantes. Al evaluar los resultados, los participantes tuvieron más confianza al cuidar a su hijo, estaban más involucrados y tenían más interacciones cara a cara con el niño. Al reevaluarse un año después, el bebé se mostraba más autónomo y los padres empleaban menos métodos negativos de disciplina negativa y les permitían más autonomía al alimentarse. Los niños tendían a vocalizar y jugar más y eran más sociables.

INTERVENCIÓN POST-NATAL DE LARGA DURACIÓN

El Proyecto de Salud y Desarrollo del Lactante (*Infant Health and Development Project*) es un estudio multicéntrico que se llevó a cabo en diez ciudades de los EUA. Consistió en facilitar que las familias puedan ir al pediatra, participar en un programa educativo sobre el desarrollo del niño y se brindaron servicios de apoyo a la familia. Participaron 985 familias con sus hijos. La intervención fue hasta los primeros tres años de vida del niño. Se incluyeron visitas realizadas por un visitador familiar durante el primer año. Este visitador tenía un esquema a seguir de proporcionar material de enseñanza para los padres. Les hablaba o mostraba determinados juegos adecuados para cada

edad del bebé. Había también grupos de padres y una escuela-guardería donde podían llegar los niños durante el segundo y tercer años de vida. La evaluación realizada hasta el momento, sólo ha informado hasta el tercer año de vida de los niños. Éstos han mostrado mejores calificaciones en las pruebas de inteligencia y menos dificultades de conducta según el reporte de las madres. Fue más probable que las madres que tuvieron la intervención de larga duración ya hubieran conseguido un trabajo fuera de la casa y, por lo tanto, fueran más autosuficientes. Se encontró también que tenían interacciones positivas más frecuentes con el bebé.^{28,29}

INTERVENCIONES CON DEPRESIÓN MATERNA

La depresión en la madre es un factor de riesgo importante para el bebé. La madre tiende a aislarse, estar ensimismada, a interactuar menos con su bebé y a estar menos alegre. El bebé con frecuencia muestra más conductas depresivas, interactúa menos con la gente y es más irritable, sobre todo cuando está con su madre³⁰ y tendrá más dificultades conductuales varios años más tarde.³¹

En un programa de intervención temprana³² los investigadores intervinieron alrededor de 18 meses con 32 bebés, cuyas madres estaban deprimidas. La intervención consistió en visitas domiciliarias durante poco más de un año. En los bebés participantes hubo más frecuencia de apego seguro a sus madres y mejor capacidad cognoscitiva. Los síntomas de depresión en las madres no habían mejorado mucho en todo ese tiempo. Es posible que las visitas domiciliarias no incidan directamente en la sintomatología de depresión, pero mejoren la relación madre-bebé.

En otro estudio con madres deprimidas, llevado a cabo por Cicchetti y cols.,³³ se encontró que una intervención de psicoterapia padres-lactante en el formato propuesto por Lieberman,^{34,35} podía prevenir el efecto negativo de la depresión materna en el niño, sobre todo los efectos cognoscitivos indeseables.



OTRAS ESTRATEGIAS

Se sabe que los padres que han sufrido mucho en su infancia debido al estilo de crianza que tuvieron, suelen tener más dificultades al cuidar ellos a sus propios hijos.²⁰ Puede resultarles difícil imaginar los estados mentales de sus hijos, debido a esos sufrimientos anteriores y la necesidad de suprimir su propia vida emocional desde la infancia. Para tratar de promover una mejor relación entre padres e hijos, se creó un protocolo de intervención relativamente intenso por medio de visitas domiciliarias llevadas a cabo por un especialista en desarrollo infantil, dos veces por semana desde el nacimiento a los 13 meses. Esta intervención produjo cambios en la percepción de las representaciones que los padres se hacían de su hijo, las cuales pudiesen haber sido muy negativas o malignas. En el seguimiento, los niños tuvieron mejor apego con sus padres en la edad preescolar.³⁶

Lieberman condujo una intervención en los EUA con ciudadanos mexicanos o centroamericanos y sus bebés.³⁵ Durante las visitas domiciliarias se reflexionó con los padres sobre sus propios estados mentales y sentimientos, y se les proporcionó apoyo emocional, tratando de sensibilizarlos acerca de las necesidades emocionales del bebé. El grupo de intervención participó en un programa de psicoterapia padres-bebé durante un año, habiendo un grupo de control. Los resultados mostraron que los niños que tuvieron la intervención presentaron menos conductas de evitación, resistencia y cólera hacia sus madres, mientras que las madres eran más sensibles a sus hijos y que los trataban con mayor empatía.

INTERVENCIÓN TEMPRANA CON COMPONENTE EDUCATIVO

El Proyecto Abecedario de Carolina (EUA) proporcionó intervención a familias pobres, incluyendo guardería y más tarde, educación preescolar sin costo para los padres. Su objetivo fue suplementar la relativa privación de oportunidades educativas en hogares con pobreza grave y facilitar que los padres no estuvieran todo el tiempo con el niño pequeño

y, para que cuando lo estuvieran, le proporcionaran mayor atención.

El resultado se evaluó cuando los niños cumplieron 12 años de edad, en ese momento en comparación con el grupo de control, éstos tuvieron un mayor cociente intelectual, menos posibilidad de ser reprobados en un grado académico y mejor aprovechamiento escolar. La intervención durante la lactancia y la edad preescolar fue más eficaz que la intervención en la edad escolar.³⁷

El estudio de Bienestar del niño de Yale o *Yale Child Welfare Project*³⁸ consistió en un programa de intervención intensa durante la infancia temprana, durante 30 meses posparto. Incluyó la participación de un visitador en el hogar, además de asegurar que hubiera acceso a cuidado pediátrico, guardería y exámenes periódicos del desarrollo. Se evaluó el resultado cuando los niños tenían doce años, o sea diez años después de la participación. No hubo diferencias en cociente intelectual, pero el grupo participante, tenía mejor aprovechamiento escolar y mejor comportamiento en ella, además estos niños necesitaron menos frecuentemente ayuda especializada para aprender. Los padres de estos niños tuvieron en promedio menor número de hijos y los tenían más espaciados en el tiempo. Los padres prosiguieron con mayor frecuencia otros programas de educación para ellos mismos. Un seguimiento 19 años después, encontró que los beneficios habían ocurrido también en los hijos subsiguientes, es decir, en los hermanos del niño con quien se había intervenido originalmente. Los hermanos también iban más regularmente a la escuela, necesitaban menos ayuda especial y tuvieron un mejor aprovechamiento escolar. Esto sugiere que la intervención con el primer hijo tuvo efectos benéficos en la familia como un todo y que los padres generalizaron sus pasos positivos con los otros hijos.

Finalmente, el Proyecto de Investigación del Desarrollo Familiar de la Universidad de Siracusa (*Syracuse University Family Development Research Program*) (Lally, Mangione y Honig, 1988) proporcionó visitas domiciliarias, por para-profesionales a

familias pobres, casi todas eran familias con madres solteras y con escasa educación. Se les facilitó contar con una guardería adecuada para sus hijos. Al seguir a los niños hasta la adolescencia, diez años después de haber terminado la intervención, no encontraron diferencias en el éxito académico, pero sí en menor frecuencia de conducta delincuente; en el grupo control 22% de los niños la tenía, mientras que sólo el 6% del grupo de intervención.

Todos estos resultados apuntan hacia el efecto benéfico de intervenir en períodos críticos del desarrollo de la familia y subrayan la importancia de tomar en cuenta los posibles efectos benéficos de intervenciones relativamente simples, efectos que pueden observarse hasta varios años después. A la larga muchas de estas intervenciones pueden prevenir consecuencias nefastas para el niño y su familia, además de efectos sociales negativos, como la delincuencia, el fracaso escolar y la criminalidad.

ABSTRACT

This article describes a number of prevention programs during the perinatal period: pregnancy, early and late postpartum stages. Early intervention has positive effects in the emotional state of the parents, improves the quality of the parent-infant relationship as well as the emotional and behavioral development of the child in the short and long term. Primary health care staff has a central role in their implementation, providing material and emotional support to the prospective parents, support during the delivery and home visitation in the first years of life. The content of several programs is described, as well as the empirical evidence about their efficacy and action mechanisms.

KEY WORDS: *Secondary prevention, early intervention, home visitation, doula.*

REFERENCIAS

1. Cowen EL. Changing concepts of prevention in mental health. *J Ment Health* 1998; 7: 451-61.
2. Maldonado-Durán JM, Karacostas V, Epps A. The Prepare Program. Conferencia presentada en la Clínica Menninger, Noviembre 2002
3. Solchany J, Sligar, Barnard K. Preventive interventions during pregnancy. En: Maldonado-Durán JM (ed.). *Infant and Toddler Mental Health. Models of clinical intervention*. Washington DC: American Psychiatric Press; 2004.
4. Heinicke CM, Beckwith L, Thompson A. Early intervention in the family system. A framework for review. *Infant Ment Health J* 1988; 9: 111-41.
5. Schulz MS, Cowan CP, Cowan PA. Promoting healthy beginnings: a randomized controlled trial of a preventive intervention to preserve marital quality during the transition to parenthood. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74: 20-31.
6. Cowan CP, Cowan PA, Heming G. Becoming a family. Marriage, parenting and child development. In: Cowan PA, Hetherington EM (eds.). *Family Transitions. Advances in Family Research Series*. Hillsdale, NJ: 1991, p. 79-109.
7. Landry SH, McGrath S, Kennell JH, Martin S, Steelman L. The effect of doula support during labor on mother-infant interaction at 2 months. *Pediatr Res* 1998; 43: 13A.
8. Stein MT, Kennell JH, Fulcher A. Benefits of a doula present at the birth of a child. *J Dev Behav Pediatr* 2004; 25: s89-s90.



9. Dundek LH. Establishment of a Somali Doula program at a large metropolitan hospital. *J Perinat Neonatal Nurs* 2006; 20: 128-37.
10. McGrath SK, Kennell JH, Suresh M, Moise K, Hinkley C. Doula support vs epidural analgesia: impact on cesarean rates. *Pediatr Res* 1999; 45: 16A.
11. Kernshaw K, Jolly J, Bhabra K, Ford J. Randomised controlled trial of community debriefing following operative delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 2005; 112: 1504-9.
12. Lavender T, Walkinshaw SA. Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomised trial. *Birth* 1998; 25: 215-21.
13. Nurcombe B, Howell DC, Rauh VA. An intervention program for mothers of low-birthweight infants. Preliminary results. *J Am Acad Child Psychiatry* 1984; 23: 319-25.
14. Rauh VA, Achenbach TM, Nurcombe B, Howell CT, Teri DM. Minimizing adverse effects of low birthweight: four year results of an early intervention program. *Child Dev* 1980; 59: 544-53.
15. Shaw E, Levitt C, Wong S, Kaczorowski J, McMaster University Postpartum Research Group. Systematic review of the literature on postpartum care: Effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth* 2006; 33: 210-20.
16. World Health Organization, Technical Working Group. Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. *Birth* 1999; 26: 255-8.
17. Olds D, Robinson J, O'Brien R, Luckey D, Pettitt L, Henderson C, Ng R, Sheff K, Korfmacher J, Hiatt S, Talmi A. Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 2002; 110: 486-96.
18. Van Ijzendoorn MH. Intergenerational transmission of parenting- A review of studies in non clinical populations. *Dev Rev* 1991; 12: 76-99.
19. Van Ijzendoorn M, Juffer F, Duyvesteyn MG. Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment. A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *J Child Psychol Psychiatry* 1995; 36: 225-48.
20. Fonagy P. Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. *Infant Ment Health J* 1998; 15: 124-50.
21. Barnard K, Hammond M, Mitchell SK, Booth CL, Spietz A, Snyder C, Elas T. Caring for high risk infants and their families. In: Green M (ed.). *The psychological aspects of the family*. Lexington, Massachussets DC: Heath; 1985.
22. Slade A, Sadler L, De Dios-Kenn C, Webb D, Currier-Ezepchick J, Mayes L. Minding the baby. A reflectitve parenting program. *Psychoanal Study Child* 2005; 60: 74-100.
23. Fonagy P, Steele M, Steele H, et al. The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Ment Health J* 1991; 12: 201-18.
24. Maldonado-Durán JM, González-Cabello H, Cárdenas-Zetina J, Saucedá-García JM, Jasso-Gutierrez JL. Psiquiatría de enlace en la unidad de cuidados intensivos neonatales. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1993; 50: 754-9.
25. Field TM. Intervention for premature infants. *J Pediatr* 1986; 109: 183-91.
26. Field TM. Stimulation of preterm infants. *Pediatr Rev* 2003; 24: 4-11.
27. Minde K, Shosenberg N, Thompson J. Self-help groups in a premature nursery-infant behavior and parental competence one year later. In: Galenson E, Call J (eds.). *Frontiers of Infant Psychiatry*. New York: Basic Books; 1983, p. 265-71.
28. Brooks-Gunn J, McCormick H, Shapiro S. Are the mothers' lives affected? *Infant Behav Dev* 1990; 13: 100.
29. Spiker D, Ferguson J. The effects of early intervention in the IHDP on maternal interactive behavior. *Infant Behav Dev* 1990; 13: 98.
30. Downey G, Coyne JC. Children of depressed parents. an integrative review. *Psychol Bull* 1990; 108 50-76.
31. Josseffson A, Sydsjö G. A follow-up study of postpartum depressed women: recurrent

- maternal depressive symptoms and child behavior after four years. *Arch Women Ment Health* 2007; 10: 141-5.
32. Lyons-Ruth K, Connell DB, Grunebaum HU. Infants at risk. Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Dev* 1990; 61: 85-98.
33. Cicchetti D, Rogosh FA, Toth SL. The efficacy of toddler-parent psychotherapy for fostering cognitive development in offspring of depressed mothers. *J Abnorm Child Psychol* 2000; 28: 135-48.
34. Lieberman AF. Infant parent psychotherapy with toddlers. *Dev Psychopathol* 1992; 4: 559-74.
35. Lieberman AF, Weston DR, Pawl JH. Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Dev* 1993; 64: 199-209.
36. Beckwith L, Sigman MD. Preventive interventions in infancy. *Child Adol Psychiatr Clin N Am* 1995; 4: 683-700.
37. Campbell FA, Ramey CT. Effects of early intervention on intellectual and academic achievement. A follow up study of children from low-income families. *Child Dev* 1994; 65: 684-98.
38. Provence S, Naylor A. Working with disadvantaged parents and children. Scientific Issues and Practice. New Haven, CT: Yale University Press; 1983.

