

LA SALUD MENTAL DEL BEBÉ. NUEVAS EVIDENCIAS

J. Martín Maldonado-Durán*, Juan Manuel Saucedo García**, Teresa Lartigue***, Velissarios Karacostas****

SUMMARY

This article describes infant mental health from two perspectives: why it is relevant and how to implement interventions, including preventive ones. Topics covered are based on evidence available in scientific literature. The first section addresses areas that justify the importance assigned to infants and their emotional well-being. One of them deals with new information about brain development. Recent available information emphasizes the crucial role of sensory/experiential input for the development of the brain in terms of determining the formation of new synapses, influencing cell migration and the “pruning” of refined and dedicated neuronal pathways. Experiences (exposure to language, contingent responses by the caregiver, motion in space) influence the development of the brain. Also, negative and anxiety provoking events as well as psychological trauma cause a negative outcome through this effect. Prolonged and/or severe trauma has been shown to influence negatively the functioning of the limbic system and the capacity of the child to feel empathy and/or compassion, to regulate emotions and to learn new information.

New evidence is reviewed from longitudinal research. Several studies have demonstrated that it is possible to “trace back” which elements are necessary during early childhood, to put a child at a high risk of becoming a criminal or severe offender. These include attributes in the child him or herself (restlessness, impulsiveness, lack of fear) together with a history of maltreatment and chronically adverse experiences. Excessive shyness is another fairly persistent trait from early infancy to adulthood. Since these “risk factors” are known, particular children could be targeted for early intervention programs.

A follow up study conducted by some of the authors with infants seen in a mental health clinic and followed up to age four, indicates that the strongest predictor of the outcome and functioning of the child at age four is *not* the severity or type of problems for which the child was originally evaluated. The strongest predictor was the quality of parenting and parenting behaviors of the caregivers as assessed during infancy. This finding suggests the importance of helping parents as early as possible to cope with infant problems in a benign and sensitive way, before negative circles of interaction are entrenched and spiral into an ongoing negative relationship.

Together with the studies of risk, those focusing on resilience are summarized. Knowing which traits or experiences are

protective against psychopathology is crucial, in order to promote their flourishing in early childhood. Studies with children at high psychosocial risk from Kauai, Hawaii as well as with children from other groups in the world converge in describing resilient traits in early childhood: an easy temperament, a “social orientation”, sense of humor, attractiveness and the ability to communicate with others, as well as intelligence. Several experiences are protective, such as having few separations from the mother and having had a sibling when the index child was at least three years old. This knowledge can be used to promote resilient features in children and to develop interventions for those at most risk.

Epidemiological evidence suggests that infancy disturbances are not rare, but frequent (15 to 20% of the population). Studies of the prevalence of problems like feeding and sleeping disturbances, excessive crying and disruptive behavior in infancy point in this direction. This justifies the need for early recognition and identification, particularly when they are severe. Excessive crying increases the risk of the child being abused or shaken; likewise sleep disturbance is associated with irritability and hyperactive behavior in the infant. Parents who are deprived of sleep are prone to be more negative and to feel exhausted. Eating disturbances can be associated with failure to thrive. Early malnutrition has been associated with hypertension in middle age, as well as with a higher risk of coronary disease. Maternal depression and domestic violence are rampant in the perinatal period. Maternal depression is associated with more crying and sleeping problems in infancy, and hyperactivity and negative behavior in the school age child.

The findings of a survey in a “well-baby clinic” (health surveillance clinic) conducted by some of the authors concur in the finding that parents are worried about their baby’s behavior in all these areas and that they readily identify the problems, when asked. Furthermore, their worries are justified. This is in sharp contrast with the tendency in most pediatric settings to “wait and see” hoping that problems in the baby will be solved by themselves.

The second part of the review focuses on two issues: techniques of clinical intervention and preventive strategies and their results. There is scant scientific evidence on the efficacy of parent infant psychotherapies. Techniques vary widely in their content and their focus or target population. Strategies like brief parent-infant psychotherapy and the therapeutic consultation are framed psychodynamically and focus on the transgenerational transmission of “fantasmatic” interactions and projections placed on the infant.

*Investigador, Centro del Niño y la Familia. Clínica Menninger, Psiquiatra infantil, Family Service and Guidance Center. 325 Frazier Ave. Topeka, Ks. USA 66604. E mail: mmaldonado@fsgctoepka.com

** Asesor de la dirección. Hospital Juan N Navarro. Expresidente, Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil.

*** Investigadora, Sistema Nacional de Investigadores CONACYT. Jefa, Servicio de Salud Reproductiva. Instituto Nacional de Perinatología.

****Psiquiatra infantil. Centro Médico Stormont Vail, Topeka, Kansas.

These appear more suitable for families that are relatively healthier and lacking massive stressors. On the other side of the spectrum, techniques such as interactive guidance and infant-parent psychotherapy are designed for families under more stress, and when the parent child relationship is very negative.

These strategies are used with “unreachable families”.

Interactive guidance attempts to focus on what the parents are doing well through a videotaped feedback given to them, and gradually expanding their repertoire of sensitive and empathic behaviors towards the baby. Infant-parent psychotherapy is long term and involves interventions that are non traditional, like psychotherapy at home, practical help to the parents, and the promotion of a long term relationship of trust between the caregivers and the therapist. The focus is to achieve a “corrective attachment experience” in the parents, which will in turn render them more sensitive and responsive towards their baby. Multimodal and flexible techniques are advocated in order to tailor the intervention to the particular needs and style of each family.

Finally, evidence on the effectiveness of various prevention programs is reviewed. These are grouped according to the timing of the intervention, from pregnancy to toddlerhood. Evidence suggests that improving marital communication and promoting conflict resolution before the baby is born may enhance maternal sensitivity and lead to a more secure attachment in the infant. There is research on interventions in the perinatal period. These include having psychosocial support during the delivery process. In addition, “bonding” between newborn and mother (without undue intrusion by health care personnel) has positive effects. This involves skin to skin contact and early breast-feeding. These simple interventions have been shown to promote maternal sensitivity, more patience and less behavioral difficulties several months later. The mere demonstration of the abilities of the newborn, his or her uniqueness and preferences as well as an observation of the baby’s perceptual abilities, is associated with long term positive behavioral effects. All this points to the importance of conducting an intervention during a “sensitive period”. Several meta-analytic studies on home visitation conclude that these programs are most effective if the intervention has a clear focus, is brief and practical help and advice are given to the parents on site. By contrast, with families having a high risk of abusing their child, home visitations are the only hopeful strategy so far. In this case, home visitation should be long-term and also focused on specific problem solving with parents and suggestion of alternative strategies of behavior management with the child. In families under considerable stress home visitation, together with the opportunity to have positive experiences for the infant, in the form of a good day care setting, also have a lasting and beneficial effect several years later, in terms of better academic performance, reduced psychopathology and better parent child relationships.

Key words. Infant, psychopathology, prevention, parent-infant psychotherapy.

RESUMEN

En este artículo se resume la evidencia más significativa sobre la importancia de la salud mental del lactante. Aborda asimismo la implementación de intervenciones clínicas y preventivas. Se revisan la importancia del desarrollo temprano del cerebro, su necesidad de estímulo para establecer sinapsis y vías refinadas, así como

el impacto negativo de experiencias adversas. Esto significa que la infancia temprana es un periodo de gran vulnerabilidad pues estos procesos de reconfiguración pueden ser alterados con consecuencias negativas a largo plazo para el funcionamiento psicomotriz del niño o niña. Se describen algunos estudios longitudinales que conectan factores de la etapa preescolar con la criminalidad y la timidez excesiva en la edad adulta. Se cubren los estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de llanto excesivo, problemas relacionados con el sueño y la alimentación, así como con la ansiedad, el trastorno traumático en el bebé y finalmente los efectos de la depresión materna. Se abordan técnicas de intervención clínica y la escasa evidencia sobre su eficacia, subrayando las indicaciones y las diferencias entre los diversos enfoques terapéuticos. Finalmente, se aborda el efecto de la intervención temprana (durante el embarazo, periodo neonatal y visitas domiciliarias) como factor de prevención a largo plazo.

Palabras clave: Lactante, psicopatología, prevención, psicoterapia padres-bebé.

INTRODUCCIÓN

El propósito de este artículo es presentar parte de las pruebas obtenidas recientemente sobre la importancia de la salud mental del lactante, desde que está en la matriz hasta los 36 meses de edad, su significado y cómo se puede intervenir clínicamente. Con ello deseamos estimular a los profesionales de la salud mental para que se adentren en esta práctica y cobren conciencia de la importancia de la intervención temprana.

LA IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL DEL LACTANTE

Nueva información sobre el desarrollo del cerebro

Existe nueva información que correlaciona el desarrollo del cerebro con cambios cognoscitivos y conductuales en el bebé (3). El cerebro aumenta de tamaño y peso rápidamente durante el tercer trimestre intrauterino y el primer año de vida; hay asimismo una constante migración neuronal, una depositación de las capas de la corteza y una mielinización paulatina. Este periodo de migración neuronal, el establecimiento de nuevos “circuitos” y su funcionamiento conjunto permiten las asombrosas capacidades cognoscitivas que posee el recién nacido (35) y el lactante.

Es un periodo de rápida reproducción de neuronas así como de destrucción de muchas otras, con el propósito de formar vías funcionales depuradas, necesarias para la especialización de las diferentes áreas del cerebro. El bebé necesita un suplemento considerable de nutrientes (pues triplica su peso entre el nacimiento y el primer cumpleaños), además de

estímulos, como que se le ofrezca información nueva y se le presten constantes cuidados. La gran dependencia que tiene respecto de sus cuidadores lo vuelve más vulnerable a las experiencias negativas y a la falta de estimulación, lo que puede causar retrasos o desviaciones en su desarrollo.

La maduración cerebral se asocia con cambios cognoscitivos y conductuales en el bebé, como es el caso de la desaparición de los reflejos primarios (p. ej. de prensión, de hociqueo, de Moro) alrededor del tercer mes de vida (59). Después del primer semestre de vida, tiene lugar la aparición de señales de apego hacia sus cuidadores, o más tarde, la ansiedad de estar ante extraños entre los ocho o nueve meses, y la de separación alrededor de los 10 a 11 meses. Después del primer cumpleaños ocurre una “explosión” en el desarrollo del lenguaje. Hacia el año y medio de vida el bebé se da cuenta, al mirarse al espejo, que es él mismo quien está allí. Asimismo, la falta de alimentación, estimulación (lingüística, auditiva, visual, táctil, propioceptiva, etc.) puede producir retraso o alteraciones en el comportamiento o desarrollo emocional del bebé.

Vigotsky (63) señaló la importancia de la interacción con el ambiente interpersonal para promover el desarrollo, fenómeno que antes se consideraba “innato”: las interacciones promueven el desarrollo lingüístico, cognoscitivo y aun motor; ahora se sabe que éstas dependen de un estímulo óptimo (5, 7, 59). La falta de estímulo táctil en el recién nacido puede asociarse con una menor ganancia de peso y un menor aprovechamiento de los nutrientes que ingiere, como lo sugieren estudios sobre los efectos del masaje (17, 21).

Los primeros años de vida son también de gran vulnerabilidad al estrés psicosocial y al trauma psicológico (51). Estos producen un aumento crónico del cortisol sérico y de los neurotransmisores relacionados con el estrés (23, 38), lo que a su vez redundará en daños a áreas específicas del cerebro,* como la límbica (22).

Esto puede afectar adversamente la capacidad del niño para sentir empatía y compasión y para autorregular su nivel de actividad, sentir un miedo normal y autoinhibirse cuando es necesario. Por todo lo anterior, es indispensable tratar de intervenir cuando el bebé está expuesto a demasiado estrés, maltrato o privación afectiva o de estímulos.

* BLEIBERG E. Attachment, Trauma, and Self-Reflection: Implications for Later Psychopathology. En: Maldonado-Duran, JM (ed.) *Models of Clinical Intervention in Infancy and Early Childhood*. American Psychiatric Press, 33-56. Washington, 2002.

Investigaciones longitudinales

Las experiencias durante la infancia temprana pueden propiciar dificultades mayores. En este sentido, varios investigadores han evaluado longitudinalmente la “carrera” de un criminal. Farrington y cols. (16) encontraron por medio de un análisis de regresión factores de la infancia temprana que se correlacionan con una criminalidad en la edad adulta. Los principales precursores son el antecedente de maltrato físico, presenciar violencia doméstica o tener un padre que haya sido convicto por un crimen. Otros estudios encuentran correlación con una hiperactividad en la edad preescolar, si hay además impulsividad, falta de miedo y una búsqueda constante de estímulos (54) así como tratos agresivos por parte de los padres (34). Los antecedentes son los “ingredientes” necesarios para llegar a la criminalidad y a lo que ésta representa en cuanto al funcionamiento psicosocial del individuo (7, 45). Otros estudios longitudinales demuestran la persistencia de dificultades como una timidez excesiva, que se observa desde la lactancia hasta la vida adulta cuando no hay ninguna intervención, según resultados obtenidos por Caspi en Dunedin, Nueva Zelanda, con 800 personas (7). La timidez excesiva presenta un peor pronóstico para los varones. La desnutrición in útero y en la infancia temprana puede asociarse con mayor riesgo de sufrir hipertensión arterial en la edad adulta y con mayor riesgo de depresión (1).

La importancia de la intervención temprana es subrayada por un estudio menos ambicioso, en que se hizo un seguimiento de 120 bebés evaluados durante la infancia temprana en la clínica de salud mental y reevaluados a los cuatro años de edad (por medio de la escala conductual de Achenbach). En este estudio nuestro equipo encontró que el factor de predicción más importante en términos de la persistencia o no de psicopatología era la calidad de los cuidados de los progenitores del niño o niña, evaluados durante la intervención inicial. Los cuidados de los padres tuvieron precedencia aun sobre la gravedad y número de síntomas que pudiera tener el bebé.**

Todo lo anterior nos habla de la importancia de los factores relacionales y las experiencias tempranas, los cuales son susceptibles de ser modificados por medio de una intervención psicosocial durante la infancia temprana. Entonces, ¿por qué esperar hasta que se presenten problemas psicosociales graves si se puede intervenir y tal vez remediar algo cuando la dificultad ya es manifiesta?

La etapa perinatal es un “periodo crítico” en que los padres están más sensibles a las sugerencias y opi-

** Maldonado-Durán y cols. sometido a dictamen para publicación.

niones del personal de salud. De hecho, a veces tener un hijo es un momento “crucial” que puede cambiar la vida de un adulto que ya presentaba problemas psicosociales, hacia un curso más favorable (56).

*Evidencia sobre los factores de resiliencia**

¿Qué permite a un niño “resistir” la influencia negativa de las situaciones adversas o de desventaja psicosocial?. Existe información sobre los factores que hacen posible un resultado favorable a largo plazo (9, 10, 11, 44, 56, 64). Werner y cols. (64, 65, 66) han discernido por medio del seguimiento de bebés hasta la edad adulta (42 años), algunos de los factores de resiliencia. Este y otros estudios indican que uno de ellos es tener un “temperamento sereno” (el bebé tiene un funcionamiento fisiológico predecible y con tendencia a la regularidad, es tranquilo, capaz de poner atención, llora poco y se adapta fácilmente a lo nuevo). Las siguientes son otras características observadas desde la primera infancia: ser “sociable”, tener un buen sentido del humor, ser inteligente y ser atractivo físicamente.

A partir de esta información se podría identificar a los bebés en mayor riesgo y ayudarlos a promover la aparición de características de resiliencia que los ayuden a enfrentar la adversidad, por ejemplo ayudarlo a ser más sereno, establecer relaciones con figuras protectoras que lo ayuden a enfrentar obstáculos.

Existencia de dificultades emocionales y conductuales en la primera infancia (estudios epidemiológicos)

La tasa de prevalencia de trastornos emocionales y conductuales en el lactante es similar a la de los escolares y adolescentes (40), pues entre 15 y 20% de los bebés presenta alguna alteración importante. Es frecuente que tales problemas sean pasados por alto por el personal de salud de atención primaria, ya que esperan que desaparezcan por sí solos o simplemente porque no saben qué recomendar a la familia. Varios estudios en población abierta han encontrado que entre el 15 y 20% de los bebés tiene problemas significativos para dormir (69) cifra semejante a la encontrada en los problemas de alimentación (36, 41, 55, 57). El llanto excesivo se estima entre 10 y 15% (39, 52, 58, 67). Los trastornos emocionales, la depresión y la ansiedad se reconocen clínicamente en el bebé pero se desconoce su prevalencia (19). Se sabe aún menos sobre la frecuencia de los llamados “trastornos en la relación” entre progenitor y lactante

(68), los cuales se conciben como un trastorno en la interacción que se da entre ellos (p. ej., relación controladora, de poca participación, ansiosa, etc.).

Otras dificultades que afectan al bebé aun cuando no representan un trastorno en el propio menor, son la depresión materna postnatal (12) y la violencia doméstica. La primera se presenta con una frecuencia de entre 15 y 20% entre todas las nuevas madres, y su prevalencia es aún mayor entre más estresores y experiencias negativas existan. La depresión materna tiene un impacto negativo en las emociones del bebé, pues produce llanto excesivo, irritabilidad, trastornos del sueño y dificultades conductuales (hiperactividad y conducta agresiva) en la edad escolar (47) o bien, tendencias cognoscitivas depresivas (48). La violencia doméstica se manifiesta en alrededor de 15% de todas las familias en países como Estados Unidos y el Reino Unido, y puede causar ansiedad postraumática en el niño (38, 51).

En una encuesta que efectuamos recientemente (42) con 120 bebés sanos, por medio de un breve instrumento de tamizaje, encontramos que también alrededor de 25% de los bebés presentaba las dificultades arriba anotadas. Si estos problemas son tan frecuentes ¿por qué no se les atiende? Por ejemplo, el llanto excesivo puede asociarse con maltrato del bebé (14), golpes y con el síndrome de sacudimiento (2, 38). En una encuesta anónima realizada recientemente en Holanda (61), alrededor de 5% de las madres decía haber golpeado o sacudido a su bebé durante los primeros cuatro meses de vida. Por su parte, los problemas de alimentación pueden causar gran ansiedad a los padres y provocar deficiencias en el crecimiento y retrasos en el aumento de la estatura (43). La nutrición deficiente en la infancia temprana se ha asociado con hipertensión y con un mayor riesgo de enfermedad coronaria en la edad adulta (32).*

La privación del sueño conlleva dificultades para el niño y sus padres. En el bebé, ésta se asocia con mayor irritabilidad e “hiperactividad” durante el día (4).

EL “CÓMO” DE LAS INTERVENCIONES

Evaluación. Observación e interacción directa con el o la bebé

En realidad el bebé sí “habla” con su cuerpo y con sus movimientos, expresando sus emociones. Sus comunicaciones pueden inferirse a través de su

* Neologismo construido a partir del inglés *resilience* o *resilency*, término empleado en mecánica: resistencia, elasticidad, flexibilidad. Significa en paidopsiquiatría “la capacidad de salir airoso de la adversidad” (Ed.).

** MALDONADO-DURAN J M, HELMIG L, KARACOSTAS V y cols.: Implicazioni diagnostiche e terapeutiche nella valutazione clinica dei disturbi alimentari e della regolazione nella prima infanzia *Psichiatria de l'infanzia e dell'adolescenza*. 69: 61-77, 2002.

interacción con otras personas y observando sus reacciones al entorno. También expresa libremente sus reacciones y no teme qué se va a pensar de él o ella. Para evaluar al bebé, el clínico debe observar su estado de ánimo, si pone atención y mira a los ojos. Es necesario intentar interactuar directamente con el lactante. Se observan sus reflejos, la calidad de sus movimientos finos y gruesos (15), su reacción a los estímulos sensoriales (visuales, auditivos, táctiles, vestibulares, etc) así como su uso del “lenguaje” (aun en el bebé de dos meses de edad, que ya tiene “conversaciones” con sus padres), si tiene capacidad de reciprocidad social y cuál es su estado de ánimo predominante(5).

Observación de interacciones padres-bebé

Como el bebé no usa palabras para expresar lo que siente, y debido a su espontaneidad natural, en la evaluación de la relación entre el bebé y sus cuidadores se puede utilizar una técnica “etológica”, que va más allá de las palabras. En esta técnica se observan señales (no verbales) y respuestas conductuales, el grado de proximidad corporal (“danza interactiva”), la conducta instintiva, el involucramiento emocional, las expresiones faciales, la postura, etc. Además de esto se nota qué dice el progenitor sobre el niño o niña, qué tanta calidez se percibe. Es tan importante prestar atención a lo que dicen los padres y el bebé, como a lo que hacen durante la sesión: ¿a quién recurre el niño si está en dificultades?, se observa si los padres son sensibles a las comunicaciones del menor, si observan sus acciones y lo tocan de vez en vez, si interrumpen la conversación para prestar atención a las necesidades -a menudo perentorias- del bebé.

El papel del observador

El entrevistador trata de identificarse empáticamente con el bebé: ¿qué se sentiría ser este bebé? También se “pone en el lugar” de cada uno de los progenitores. Mientras presta atención a la semiología de los síntomas que se le presentan (duración, intensidad, gravedad, etc). Por último, ¿qué está sintiendo el evaluador ante la situación? (28). Todo esto implica el uso del intelecto pero también de la intuición. A menudo la intuición, los sentimientos del terapeuta ante este niño o niña y su familia permiten traer a la conciencia temas que después podrá explorar más en detalle, por ejemplo temor de que el bebé muera, miedo a lastimarlo, una sensación de enojo y frustración en los padres cuyo hijo no es lo que esperaban, etc. Todos estos temas son evocados por la situación, y la primera señal de su existencia a menudo tiene lugar en los sentimientos del terapeuta.

TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

Es imposible hacer una descripción completa de todas las técnicas en este trabajo, pero puede encontrarse en diversas obras(27). Aquí se enfatizan las diferencias entre los diversos enfoques y sus indicaciones.

Psicoterapia psicodinámica breve en padres y bebés

Esta modalidad ha sido descrita por Cramer (13, 28) y fue practicada originalmente en Ginebra, Suiza (y es similar a la consulta terapéutica descrita por Lebovici). Es una terapia breve, que generalmente consiste en unas seis sesiones. Utiliza técnicas psicodinámicas para evocar los sentimientos y fantasías de los padres, es no-directiva y presta atención particular a las proyecciones inconscientes de los padres hacia el bebé sintomático. Los autores han documentado su eficacia en estudios de seguimiento (13). Se aplica sobre todo con familias íntegras, que no enfrentan demasiados problemas psicosociales o estrés. Por parte de la familia, requiere de una buena capacidad de simbolización, abstracción y pensamiento abstracto. Los terapeutas interpretan las interacciones “fantasmáticas” (fantasías inconscientes proyectadas en el bebé) de los padres, e intervienen poco directamente con el bebé.

Guía de interacción

Hay evidencia empírica de que esta técnica, descrita por Susan McDonough, en Michigan, Estados Unidos, puede ser útil para resolver problemas del bebé sintomático. Se ha utilizado con “familias inalcanzables” o multi-problema, agobiadas por múltiples factores de estrés y con pocos recursos emocionales, aisladas y que desconfían de cualquier terapeuta. Consiste en realizar videograbaciones de las interacciones entre los padres y el bebé. Luego se selecciona un segmento que muestra las interacciones exitosas o positivas y se revisa con la familia que está siendo tratada. Gradualmente se promueve que este tipo de interacciones ocurran más frecuentemente.

El objetivo es establecer una alianza terapéutica con familias que son muy vulnerables y se ofenden con cualquier comentario del terapeuta. En muchas de estas familias cualquier sugerencia u observación del terapeuta puede ser percibida como una crítica o condena, interrumpiéndose fácilmente el trabajo terapéutico.

Psicoterapia con los bebés y sus padres

Descrita por Alicia Lieberman (30), se practica también con familias que han sufrido múltiples pérdidas, transiciones, desilusiones y que no confían en los profesionales: familias muy difíciles de tratar. Poco a poco

se establece una relación de confianza. No se hacen observaciones críticas ni se dan “instrucciones” a los padres. El terapeuta puede dar ayuda práctica (no es anónimo ni neutral) y gradualmente introduce en las conversaciones elementos de la vida emocional del bebé y de los padres mismos. Se intenta que quienes cuidan al bebé tengan una “experiencia de apego correctiva” que se traducirá en una mayor sensibilidad de ellos hacia su bebé (27). Sólo cuando la familia ha tenido directamente la experiencia de ser escuchada, ayudada y tratada en forma sensible por el terapeuta, pueden tener mayores recursos psicológicos y emocionales para responder al bebé de esta misma manera.

En Estados Unidos, se pone más énfasis en general en la contribución del bebé a las dificultades que están ocurriendo, que en la mayoría de los países europeos. En todo caso, es preferible aprender varias técnicas terapéuticas y poderlas utilizar de modo flexible (46).

¿Intervención temprana como prevención?

Una pregunta aún sin contestar es si estas intervenciones terapéuticas tempranas evitan que el trastorno se haga mayor o continúe (60). Pese a la impresión de muchos clínicos que trabajan en este campo, de que tal es el caso, no hay mucha evidencia empírica al respecto.

Posibilidad de programas de prevención durante la infancia temprana y sus resultados

A continuación se describen programas de intervención temprana que han tenido mayor significancia (18) y valor preventivo.

Prevención antes del nacimiento del bebé

Terapia matrimonial pre-parental. HC Heinicke (20) demostró que si antes de que naciera el bebé la pareja de futuros padres participaba en varias sesiones enfocadas a la resolución de conflictos matrimoniales, que se les ayudara a expresar mejor sus emociones y buscar apoyo mutuo, una vez nacido el niño los padres tienden a ser más sensibles y muestran más ternura al bebé, sobre todo la madre. El niño se beneficia logrando tener un apego seguro más frecuentemente que en las familias que no participaron en este proceso.

Etapas postnatal

Con sus recomendaciones de intervención, Klaus y Kennel, (24, 25) tratan de favorecer que se establezca un buen vínculo materno-infantil en el periodo postparto inmediato. Por medio de un estudio aleatorio y controlado, han demostrado que si en lugar de interferir en el encuentro y contacto de piel a piel

entre el bebé y su madre inmediatamente después del nacimiento, se les “permite” estar en contacto, y al bebé se le da la oportunidad de reposar sobre el cuerpo de su madre y buscar el alimento y mamar, la relación entre ellos es mejor. Un año más tarde, la madre es más paciente con el niño, más sensible y hace atribuciones más benignas respecto a la conducta del lactante. Es decir, tiende a percibir lo que el niño hace sin atribuirle malas intenciones ni enojarse tanto. También, Klaus y Kennel han observado que si la mujer tiene más apoyo psicosocial durante el trabajo de parto (por ejemplo con una *doula*, una mujer que la ayuda dándole masajes, calmándola y asistiéndola en general), además de haber menos complicaciones físicas con el parto, la madre tiene más tarde una mejor autoestima y es más cariñosa y sensible con su hijo meses después (26).

Intervenciones en la etapa de lactancia y visitas domiciliarias

Las visitas domiciliarias se practican en un buen número de programas en Estados Unidos y en Europa. Tienen el propósito de ayudar a los nuevos padres a atender a su hijo, a reducir el aislamiento en que viven muchas familias o madres solteras o que enfrentan graves dificultades psicosociales. No se brinda psicoterapia *per se*, sino ayuda y apoyo psicosocial. En la bibliografía científica hay controversia sobre la eficacia de estos programas, sobre si realmente son útiles, y si es así, cuáles son los ingredientes que los hacen exitosos. Varias revisiones recientes (33, 34, 49, 50, 62) indican que los más eficaces son aquéllos en los que participan enfermeras, más que otros visitantes entrenados. También, cuando se trata de familias relativamente sanas, el programa resulta mejor si es corto (dura varias semanas) y si se provee información práctica y concreta a los padres, o se les muestra cómo resolver problemas. La revisión de los resultados de estas intervenciones indica que ayudan a que el niño tenga un mejor desarrollo del lenguaje o cognoscitivo, menos enfermedades físicas en los primeros años de la vida (49, 62) y menos dificultades conductuales en la edad preescolar. Por el contrario, cuando se trata de familias con mayor patología y que tienen riesgo de maltratar al niño, los estudios empíricos (33, 34) indican que los programas más prometedores son de duración larga (por espacio de dos o tres años) y que ayudan a los padres a resolver problemas concretos respecto a la crianza de los hijos. También hay datos de que pueden disminuir el riesgo de conducta criminal cuando el hijo es un adolescente, es decir, que podría tener efectos preventivos a largo plazo (49) y así aliviar

los efectos negativos asociados con la depresión materna.

Provisión de guardería al bebé en elevado riesgo

Un número de estudios como el *Yale Child Welfare Project* (53), así como el *Syracuse University Family Development Project* (3) y otros estudios a largo plazo y con grupo control, evalúan el efecto de complementar los cuidados maternos con una guardería especializada. Estos investigadores demuestran que en familias con alto riesgo de maltratar al bebé, el proveer cuidados de guardería y visitas domiciliarias ayudan a que el niño no sea maltratado, tenga mejor aprovechamiento escolar a largo plazo, y menos dificultades (como la criminalidad) en la adolescencia (efecto latente). Entonces, la pregunta es si conviene invertir recursos tempranamente o más bien tarde, cuando ya el niño en riesgo ha crecido y ha tenido falla escolar, conducta agresiva o antisocial. La evidencia sugiere que es más económico y humano intervenir tempranamente, en estos periodos “sensibles” de la vida del bebé y la familia. Después de todo ¡los bebés no pueden esperar!

CONCLUSIÓN

La salud mental del bebé está en su propia infancia, aunque cada vez hay mayor evidencia de la importancia de la intervención temprana para prevenir o modificar el curso de la psicopatología del niño. Las interacciones entre madre, padre, otros cuidadores y el bebé tienen una importancia central para ayudar al niño en su desarrollo emocional, lingüístico, motriz (37), etc, así como para regular sus estados internos y sus emociones (29). Hay evidencia empírica de que son útiles algunos programas de identificación e intervención temprana. Pueden ayudar a la resolución de tensiones y a aliviar estrés, y permitir así a los padres tener más sensibilidad para hacer frente a los retos que puedan plantear sus bebés. Todo puede ayudar a que el niño tenga un desarrollo psicoemocional más sano. Sería deseable que algunos de estos programas se adaptaran a la realidad de países en vías de desarrollo y se implementaran en los diversos sectores de programas de salud.

REFERENCIAS

1. BARKER DJP, OSMOND C, RODIN I, FULL CHD, WINTER PH: Low weight gain in infancy and suicide in adult life. *Brit Medical J*, 311:1203, 1995.
2. BECKER C, LIEBRSCHE R, TAUTZ C: Shaken Baby Syndrome: report on four pairs of twins. *Child Abuse Negl*, 22:931-937, 1998.
3. BECKWITH L, SIGMAN MD: Preventive interventions in infancy. *Child Adol Psychiatr Clin North Am*, 4:683-700, 1995.
4. BOWER CM, GUNGOR A: Pediatric obstructive sleep apnea syndrome. *Otolaryngologic Clin North Am*, 32:49-75, 2000.
5. BRADLEY SJ: *Affect Regulation and the Development of Psychopathology*. Guilford Press, Nueva York, 2000.
6. BROWN J K, OMAR T, O'REGAN M: Brain development and the development of tone and movement. En: Connolly KJ, Forssberg H (eds.) *Neurophysiology and Neuropsychology of Motor Development*. Clin Dev Med No. 143-144, Mc Keith Press : 1-41. Londres. 1997.
7. CASPI A: The child is father of the man: personality continuities from childhood to adulthood. *J Pers Soc Psycho*, 78:158-172, 2000.
8. CASPI A, SILVA K: Temperamental qualities at age three predict personality traits in young adulthood: longitudinal evidence from a birth cohort. *Child Dev*, 66:486-498, 1995.
9. CEDERBLAD M: The children of the Lundby study as adults: a salutogenic perspective. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 5:38-43, 1996.
10. CEDERBLAD M, DAHLIN L, HAGNELL O, HANSSON K: Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals. Follow-up of the children from the Lundby study grown up in families experiencing three or more childhood psychiatric risk factors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 244:1-11, 1994.
11. CEDERBLAD M, DAHLIN L, HAGNELL O, HANSSON K: Intelligence and temperament as protective factors for mental health. A cross-sectional and prospective epidemiological study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 245:11-19, 1995.
12. COOPER PJ, TOMLINSON M, SWARTZ L, WOOLGAR M, MURRAY L, MOLTENO C: Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *Br J Psychiatry*, 175:554-558, 1999.
13. CRAMER B, ROBERT-TISSOT C, STERN DN, SERPARUSCONI S, DE MURALT U, BESSON G, PALACIO-ESPASA F, BACHMANN JP, KNAUER D, BERNER CD, ARCIS U: Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: A preliminary report. *Infant Mental Health J*, 17:97-114, 1996.
14. CROWE HP, ZESKIND PS: Psychophysiological and perceptual responses to infant cries varying in pitch: comparison of adults with low and high scores on the Child Abuse Potential Inventory. *Child Abuse Negl*, 15:19-29, 1992.
15. EINSPIELER C, PRECHTL HF, FERRARI F, CIONI G, BOS AF: The qualitative assessment of general movements in preterm, term and young infants—review of the methodology. *Early Hum Dev*, 50:47-60, 1997.
16. FARRINGTON DP: Psychosocial predictors of adult antisocial personality and adult convictions. *Behav Sci Law*, 18:605-622, 2000.
17. FIELD TM: Massage therapy effects. *Am Psychol*, 53:1270-1281, 1998.
18. FONAGY P: Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. *Infant Mental Health J*, 19:124-150, 1998.
19. GUEDENEY A : La dépression du nourrisson: nécessité d'une définition et d'une évaluation précises. *J Pédiatrie Puériculture*, 7:436-440, 1990.
20. HEINICKE HC, BECKWITH L, THOMPSON A: Early intervention in the family system: A framework and review. *Infant Mental Health J*, 9:111-141, 1988.
21. HERNANDEZ RM, FIELD T, DIEGO M, BEUTLER J: Evidence-based medicine and massage. *Pediatrics*, 108:1053, 2001.
22. HERSCHKOWITZ N: Neurological bases of behavioral development in infancy. *Brain Dev*, 22:411-416, 2000.

23. KAUFMAN J, CHARNEY D: Effects of early stress on brain structure and function: Implications for understanding the relationship between child maltreatment and depression. *Dev Psychopathol*, 13:451-471, 2001.
24. KENNEL JH, KLAUS MH: Bonding: recent observations that alter perinatal care. *Pediatr Rev*, 19:4-12, 1998.
25. KENNEL JH, MCGRATH S: What babies teach us: the essential link between baby's behavior and mother's biology. *Birth*, 28:20-21, 2001.
26. KLAUS, MH, KENNEL JH: The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Paediatr*, 86:1034-1036, 1997.
27. LARTIGUE T, MALDONADO-DURAN JM: Psicoterapias padres-bebé. En: Salles M (ed.) *Manual de Psicoterapia Infantil*. Plaza y Valdez, 339-388, México, 2001.
28. LEOVICI S: Le pratique des psychotherapies mères-bébés par Bertrand Cramer et Francisco Palacio-Espasa. *Psychiatrie Enf*, 37:415-427, 1994.
29. LEECKMAN JF, HERMAN AE: Maternal behavior and developmental psychopathology. *Soc Biol Psychiatr*, 51:27-43, 2002.
30. LIEBERMAN AE, WESTON DR, PAWL JH: Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Dev*, 62:199-209, 1991.
31. LOEBER R, FARRINGTON DP: Young children who commit crime: epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Dev Psychopathol*, 12:737-762, 2000.
32. LUCAS A: Role of nutritional programming in determining adult morbidity. *Arch Disease Childhood*, 71:88-90, 1994.
33. MACMILLAN HL: Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *Am J Orthopsychiatry*, 71:171-181, 2001.
34. MACMILLAN HL, MACMILLAN JH, OFFORD DR, GRIFFITH L, MACMILLAN A: Primary prevention of child physical abuse and neglect. A critical review. Part 1. *J Child Psychol Psychiatry*, 35:835-874, 1994.
35. MALDONADO-DURAN JM: La conducta del recién nacido normal. En: Jasso-Gutiérrez L (ed.) *Neonatología. Temas de Pediatría*. Asociación Mexicana de Pediatría AC. Ed. Interamericana-McGraw Hill, 49-59, México, 1996.
36. MALDONADO-DURAN JM: A new perspective on Failure to Thrive. *Bulletin Zero Three*. National Center for Infants, Toddlers Families, 21:1, 2000.
37. MALDONADO-DURAN JM, GLINKA J: Motor Skills Disorders. Textbook of Pediatrics. Washington, eMedicine
38. MALDONADO-DURAN JM, MILLHUFF C: Posttraumatic stress disorders. En: Textbook of Pediatrics. Washington, www.eMedicine.com
39. MALDONADO-DURAN JM, SAUCEDA J: Excessive and persistent crying: Characteristics, differential diagnosis and management. En: Maldonado-Duran JM (ed.). *Infant and Toddler Mental Health. Models of Clinical Intervention with Infants and Families*. American Psychiatric Press, 239-268, Washington, 2002.
40. MALDONADO-DURAN JM, SAUCEDA JM: Epidemiología de los trastornos psiquiátricos del niño y el adolescente. En: Saucedo-García JM, Maldonado-Durán JM (eds.). *Psiquiatría. Temas de Pediatría*. Academia Mexicana de Pediatría. Editorial Interamericana-McGraw-Hill, 31-48. México, 1998.
41. MALDONADO-DURAN JM, SAUCEDA JM: Los problemas de alimentación en la primera infancia. En: Lartigue T, Maldonado-Durán JM, Avila H (eds.). *La Alimentación en la Primera Infancia y sus Efectos en el Desarrollo*. Asociación Psicoanalítica Mexicana y Plaza y Valdez, 133-162. México, 1998.
42. MALDONADO-DURAN JM, HELMIG L, MOODY C: Signos de alarma en la detección temprana de problemas emocionales y conductuales en el bebé. *Perinatología Reproducción Humana*, 15:21-30, 2001.
43. MALDONADO-DURAN JM, BARRIGUETE JA: Evaluation and treatment of eating and feeding disturbances in infancy. En: Maldonado-Durán JM (ed.). *Infant and Toddler Mental Health. Models of Clinical Intervention with Infants and their Families*. American Psychiatric Press, 309-344, Washington, 2002.
44. MASTEN AS, HUBBARD JJ, GEST SD, TELLEGE A, GARMEZY N, RAMIREZ ML: Competence in the context of adversity. Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Dev Psychopathol*, 11:143-169, 1999.
45. MOFFIT TE, CASPI A: Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Dev Psychopathol*, 13:355-375, 2001.
46. MURATORI F, MAESTRO S, TANCREDI R, PFANNER P: Interventi terapeutici flessibili. En: Muratori F (ed.). *La Nascita della Vita Mentale e i Suoi Disturbi. Argomenti di Psicopatologia della Prima Infanzia*. Edizioni del Cerro. v166-184. Pisa, 1999.
47. MURRAY L, COOPER P: Effects of postnatal depression on infant development. *Arch Dis Child*, 77:99-101, 1997.
48. MURRAY L, WOOLGAR M, COOPER P, HIPWELL A: Cognitive vulnerability to depression in 5-year-old children of depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry*, 42:891-899, 2001.
49. OLDS D, HENDERSON CR, COLE R, ECKENRODE J, KITZMAN H, LUCKEY D, PETTIT L, SIDORA K, MORRIS P, POWERS J: Long term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15 year follow up of a randomized controlled trial. *JAMA*, 14:1248-1244, 1998.
50. OLDS D, HILL P, ROBINSON J, SONG N, LITTLE C: Update on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Curr Probl Pediatr*, 30:107-141, 2000.
51. OSOFSKY JD: The impact of violence on children. *Future Child*, 9:33-40, 1999.
52. PAPOUSEK M, von HOFACKER N: Persistent crying in early infancy: a non-trivial condition of risk for the developing mother-infant relationship. *Child Care Health Dev*, 2:395-424, 1998.
53. PROVENCE S, NAYLOR A: *Working with Disadvantaged Parents and Children. Scientific Issues and Practice*. Yale University Press, New Haven, 1983.
54. RAINE A, REYNOLDS C, VENABLES PH, MEDNICK SA, FARRINGTON DP: Fearlessness, stimulation-seeking, and large body size at age 3 years as early predispositions to childhood aggression at age 11 years. *Arch Gen Psychiatry*, 55:745-751, 1999.
55. RAMSAY M: Feeding disorder and failure to thrive. *Child Adol Psychiatr Clin North Am*, 4:605-616, 1995.
56. RUTTER M: Transitions and turning points in developmental psychopathology as applied to the age span between childhood and mid adulthood. *Inter J Behav Develop*, 19:603-626, 1996.
57. SKUSE D, WOLKE D, REILLY S: Failure to thrive. Clinical and developmental aspects. En: Remschmidt H, Schmidt M (eds.). *Developmental Psychopathology, Child and Youth Psychiatry. European Perspectives*. Vol. 2. Hogrefe & Huber, 46-71, Göttingen, 1991.
58. ST JAMES-ROBERTS I, HALIL T: Infant crying patterns in the first year: normal community and clinical findings. *J Child Psychol Psychiatry*, 32:951-958, 1991.
59. THELEN E: Motor development. A new synthesis. *Am Psychol*, 50:79-95, 1995.
60. UPSHUR CC: Early intervention as preventive intervention. En: Meisels SJ, Shonkoff JP (eds.). *Handbook of Early Childhood*

Intervention. Cambridge University Press, 633-650, Cambridge, 1991.

61. VAN DER WAL MF, VAN DEN BOOM DC, PAUW-PLOMP H, DE JONGE GA: Mothers' reports of infant crying and soothing in a multicultural population. *Arch Dis Child*, 79:312-317, 1998.
62. 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*, 36:225-248, 1995.
63. VYGOTSKY L: *Thought and Language*. MIT Press. Cambridge, 1962.
64. WERNER EE: Vulnerable but invincible. High risk children from birth to adulthood. *Acta Paediatrica*, 86:103-105, 1997.
65. WERNER EE: Protective factors and resilience. En: Shonkoff JP, Meisels SJ (eds.). *Handbook of Early Childhood Intervention*, 115-134. Nueva York, 2000
66. WERNER EE, SMITH RS: *Journeys from Childhood to Midlife. Risk, Resilience and Recovery*. Cornell University Press, 25-37, Ithaca, 2001.
67. WURMSER H, LAUBEREAU B, HERMANN M, PAPOUSEK M, VON KRIES R: Excessive infant crying: often not confined to the first 3 months of age. *Early Hum Dev*, 64:1-6, 2001.
68. ZERO TO THREE, *Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*. National Center for Clinical Infant Programs, 49-55, Washington, 1994.
69. ZUCKERMAN B, STEVENSON J, VEIRA-BAILEY: Sleep problems in early childhood: Continuities, predictive factors and behavioral correlates. *Pediatrics*, 80:664-671, 1987.