

Un enfoque preventivo en trastornos del desarrollo:
trabajo clínico con lactantes*
Beatriz de la Fuente Galea**

RESUMEN

Con un propósito preventivo, este estudio trata sobre factores de riesgo y factores protectores de psicopatologías graves precoces observando a sujetos durante sus primeros 6 meses de vida. Se considera como eje central de su origen a los trastornos en la relación padres-niño, los cuales el bebé es capaz de mostrar a través de unos signos de alarma de dicha evolución psicopatológica. Los resultados encontrados son acordes con esta teoría. PALABRAS CLAVE: factores de riesgo, factores protectores, psicopatologías graves precoces, trastornos en la relación padres-niño, signos de alarma.

ABSTRACT

A PREVENTIVE APPROACH TO DEVELOPMENTAL DISORDERS: CLINICAL WORK WITH BABIES. This paper studies, from a proven-viewpoint, the risk factors and protective factors of early severe psychopathologies by observing babies throughout their six first months of life. Parents-child relation disorders are considered as the main cause of these pathologies, which babies are able to manifest with several alarm signs of psychopathological development. The results obtained are in accordance with this theory. KEY WORDS: risk factors, protective factors, early severe psychopathologies, parent-child relation disorders, alarm signs.

RESUM

UN ENFOC PREVENTIU EN TRASTORNS DEL DESENVOLUPAMENT: TREBALL CLÍNIC AMB LACTANTS. Amb un propòsit preventiu, aquest estudi tracta sobre factors de risc i factors protectors de psicopatologies greus precoces, observant a subjectes durant els seus primers 6 mesos de vida. Es considera como a eix central del seu origen els trastorns en la relació pares-nen, els quals el bebè és capaç de mostrar a través d'uns signes d'alarma de aquesta evolució psicopatològica. Els resultats trobats són coincidents amb aquesta teoria. PARAULES CLAU: factors de risc, factors protectors, psicopatologies greus precoces, trastorns en la relació pares-nen, signes d'alarma.

Se realizó un trabajo en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, cuyo objetivo fue determinar la influencia de la calidad de las interacciones madre-bebé, padre-bebé, en la aparición de signos de posible evolución hacia formas de psicopatología mental grave. Con este fin, se observa la interacción madre-bebé, padre-bebé y el desarrollo psicomotor del bebé en sus 6 primeros meses en una muestra de niños ingresados en la unidad de vigilancia intensiva (UVI) de neonatología y de niños sanos.

*Artículo publicado en la [Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente](#) del mes de noviembre de 2008, Número 12, páginas 51-59. En esta ocasión se han añadido una serie de documentos que no se incluyeron en la versión original: Tabla 3 y los anexos que van a continuación: adaptación de escala de Lebovici, ficha de seguimiento 2005, listado de factores de riesgo y listado de factores de compensación.

** Psicóloga. Han colaborado en este estudio: Manuel Moro S, Director de Servicio del Área de Neonatología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid; Mercedes Valle T, Psicóloga Clínica, Área de Neonatología, Hospital Clínico San Carlos de Madrid; Ana Jiménez P, Psiquiatra, Jefe de la Unidad de Salud Mental de Castilla La Mancha; Gonzalo Aza Blanc, profesor de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Correspondencia: bdfgea@gmail.com

Aunque la muestra final no es significativa para validar las hipótesis del estudio, es importante la aportación de la investigación porque los trabajos sobre la epidemiología de los riesgos precoces del desarrollo son escasos y, más aún, las investigaciones con seguimientos longitudinales de los aspectos psicosociales. Este trabajo cumple con estas dos características, contribuyendo a que se consolide el estudio sobre la etiología de los trastornos en el desarrollo de cualquier área (cognitiva, afectiva, social). Algunos aspectos de la metodología empleada son originales o poco conocidos: La lista de factores de riesgo psicológicos del bebé y de la madre que aparecen durante los primeros meses de vida, que están recogidos en este trabajo aunque poco difundida en el sector profesional y todavía no está publicada. Tampoco lo está la adaptación de Valle y González de la escala de Lebovici para observar las interacciones precoces madre-bebé. Además, se ha confeccionado para esta ocasión una lista de preguntas dirigidas a los padres con el propósito de recoger factores de riesgo y signos de alarma.

No existen intervenciones que se apliquen al grueso de la población destinadas a prevenir la aparición de psicopatologías mentales graves entre "sus" niños. El retraso en la aparición y desarrollo de Equipos y profesionales específicos de salud Mental del niño y del adolescente en España es una de las explicaciones. Lo único que cabe, entonces, es detectar los factores de riesgo de dichas patologías e incidir en ellos modificándolos o atenuando sus consecuencias. En el desarrollo del niño intervienen múltiples factores: biológicos, sociales, relacionales. Dentro de éstos, hay factores de riesgo y factores protectores. Este trabajo se centra en determinados factores en niños que tienen ya riesgo biológico y en niños que no tienen ninguno.

Se consideran factores de riesgo todas aquellas circunstancias del niño o de su entorno que puedan conllevar una mayor posibilidad de trastorno psicopatológico que la que se observa en la población general. Un factor de riesgo, por sí solo, no tiene por qué ser significativo; es la asociación de varios de ellos lo que puede implicar un riesgo considerable de patología. Asimismo pueden atenuar o anular los factores de protección.

Se establece que una circunstancia es factor de riesgo cuando se ha constatado que influye en la aparición de unos signos que evolucionan a cuadros mentales graves (Jiménez Pascual, A. M., 2002). Una clasificación de interés de dichos signos clínicos es la de Pedreira Massa (1995), que los divide en dos grupos: Signos Mayores (Es característico que evolucionen hacia trastornos mentales precoces graves) y Signos Menores (por sí solos, pueden desarrollar problemas leves o no evolucionar a ningún trastorno). Para este autor, los Signos Mayores de Alarma de la evolución hacia psicopatologías mentales graves en la Infancia comprenden:

1. Trastornos Psicomotores y del tono.
2. Caracteres peculiares de la mirada.
3. Reacciones ante el espejo alteradas.
4. Ausencia o alteración cualitativa y/o temporal de los objetos transicionales.
5. Presencia de Estereotipias.
6. Alteraciones estructurales del lenguaje.
7. Fobias masivas.
8. Ausencia y alteraciones del juego simbólico.

En los Signos Menores de Alarma de la evolución hacia las psicopatologías mentales graves infantiles se encuentran:

1. Trastornos de la alimentación.

2. Trastornos del sueño.
3. Ausencia del primer organizador del Yo (Sonrisa Social) al tercer mes.
4. Ausencia del segundo organizador del Yo (Angustia ante el extraño) que aparece entre el sexto y doceavo mes de vida.
5. Trastornos graves de la agresividad y comportamiento.
6. Trastornos del aprendizaje de forma disarmónica.
7. Aparente hipermadurez.
8. Trastornos psicósomáticos graves.

Para evaluar los signos de alarma hay que tener en cuenta que: I. Que ninguno de ellos es patológico de forma aislada, sino que es la asociación de varios de ellos lo significativo. II. Que pueden encontrarse en determinadas fases del desarrollo normal desapareciendo seguidamente por lo que, si no se extinguen en el tiempo, empezamos a prestarles relevancia así como si no se reducen con tratamientos convencionales (Pedreira Massa, 1995; 2005).

Esta clasificación forma parte de varias iniciativas aisladas de estudio sobre los factores que pueden influir en el desarrollo emocional del bebé, provocando trastornos psicopatológicos definidos y que se recogen en propuestas como: "Protocolo de salud mental en Programas de niño sano", "Protocolo de seguimiento del neonato de alto riesgo" y "Programa de detección de riesgo social de la CAM" (Jiménez Pascual, 2002). La detección de dichos factores antes de la aparición de signos de alarma forma parte de la prevención primaria. La detección precoz de signos de alarma, cuando éstos ya han aparecido, y de manifestaciones patológicas, y su pronto tratamiento es prevención secundaria, evitando la aparición de trastornos mentales graves consolidados. Estos aspectos preventivos son parte del tema del que se ocupa la Atención Temprana y, dentro de este marco de actuación, se realiza esta investigación.

Se parte de la base de que el ser humano, desde las primeras semanas de vida, se va adaptando a su cuidador y, si existen dificultades y éstas no evolucionan normalmente o no se resuelven, pueden desencadenarse en la primera infancia trastornos emocionales graves. Es, entonces, fundamental centrarnos en la interacción padres-bebé, en la cual las características del bebé influyen muy intensamente. Su temperamento, predisposición biológica, influye a la madre en sus actitudes hacia él, en un proceso circular: es más fácil para la madre ser afectuosa con un bebé tranquilo, esta calificación también se denomina "actividad baja", que cuando el bebé es inquieto, con una "actividad alta". (Bèa, 2003; Burrueco Arjona, 2002).

Si la predisposición biológica del bebé afecta a la interacción, se supone que la existencia en algunos niños de factores orgánicos o afectación neurológica puede dificultar a la madre la expresión de afectos positivos hacia él -por eso se han elegido en la muestra del estudio de niños sin riesgo biológico y niños con riesgo biológico-. Por otra parte, también las madres tienen una serie de características psicológicas que dificultan o favorecen la expresión de afectos positivos. A su vez, también influyen en la interacción madre-niño características del entorno familiar, social o cultural de los padres. Por tanto, existen determinadas circunstancias en las que la interacción madre-hijo puede estar dificultada para que ambos se entiendan, lo cual puede influir significativamente en el desarrollo afectivo del sujeto (Bèa, 2003).

Planteamiento de trabajo

El punto de partida de este trabajo considera que los trastornos de la relación padres-niño es el eje central sobre el que se establecen la aparición de psicopatologías emocionales graves en la primera infancia. A partir de esta consideración, nos planteamos las cuestiones siguientes:

- “Existe riesgo en los niños prematuros de que la interacción madre-hijo (visual, corporal, vocal) presente connotaciones emocionales negativas en la madre”.
- “Los niños con más factores de riesgo presentan más signos de alarma en el período neonatal o en los primeros 6 meses de vida que los que tienen menos factores de riesgo”.
- “Los factores de riesgo en el tiempo perinatal a distintos niveles pueden, a su vez, estar compensados por la aparición de factores de protección en estos niveles”. (Liria, 2004).
- “El ser prematuro es un factor de riesgo a nivel psicológico de la presencia del trastorno de disfunción interactiva precoz”. [Grupo de Prevención y Atención al Desarrollo Infantil (PADI), Real Patronato sobre Discapacidad, actual Comisión para la Infancia y Adolescencia con Discapacidad de la Comunidad de Madrid., 2000].
- “Los niños con más factores de riesgo (postnatales y prenatales) pueden presentar una interacción de peor calidad que los que presentan menos”. (La lista de factores de riesgo se ha elaborado por la autora de esta investigación, está basada en las siguientes fuentes: IMMF, 1998; Liria, 2002; Liria, 2004; Varios, 2001; Grupo PADI, 2000, 2006).
- “Las dificultades de adaptación madre-hijo influyen en la presencia de signos de alarma de evolución hacia un cuadro emocional grave [signos registrados en la Escala de Barthelemy (Barthelemy et al., 1987)]. Signos de Alarma del primer semestre. (Pedreira., 1992; 1995).
- “Los factores de riesgo en el tiempo perinatal que más influyen en el desarrollo de un niño son los que están a distintos niveles de riesgo: padres, niño, entorno”.
- “La existencia conjunta de factores de riesgo prenatales a distintos niveles (de los padres, del niño, del entorno) y postnatales en los seis primeros meses de vida del hijo (padres y niño) influye en la manifestación de signos de alarma en el bebé de evolución hacia trastornos emocionales graves”.

Material y Método

En este estudio, el número de sujetos de la muestra fueron 2 parejas madre-bebé y 17 parejas padres-bebé. Sin embargo, durante el seguimiento de los casos, se perdieron 13 parejas, quedándose una muestra de 3 parejas padres-hijos y 2 parejas madre-hijo.

Distribución de los bebés: Con factores de alto riesgo biológico: 3. Sanos –sin el factor biológico-: 2.

Se observa la interacción de cada bebé prematuro con su/s padre/s cuando ha cumplido las 40 semanas de gestación. A ese momento se denomina edad a-término o edad corregida (así se utilizarán en adelante) porque es el momento en torno al cual nace el recién nacido sano. Se observa el desarrollo psicomotor del bebé y se estudian los posibles signos de alarma de evolución hacia un trastorno mental grave de aparición temprana desde el primer mes hasta los seis meses. Para ello, se hacen 3 entrevistas de seguimiento: al mes, a los tres meses y a los seis meses de edad a término.

Características de la muestra: Los 5 casos presentan diferencias entre sí en cuanto al nivel cultural y socioeconómico, todos son usuarios del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Para observar las interacciones madre-bebé; padre-bebé, se utiliza gran parte de una adaptación de la "Escala de evaluación de las interacciones precoces madre-bebé durante los primeros meses de vida (RAF)" de Lebovici modificada por Pedreira Massa. (González Lozano y Valle Traperó, 2004).

Para realizar el seguimiento de la evolución en la presencia/ausencia de los signos más característicos en el avance de un síndrome autístico se utiliza el registro del protocolo de Barthelemy et al (1987): "Signos más característicos que pueden ser observados en los dos primeros años de evolución de un síndrome autístico".

La observación de posibles signos de alarma, según el protocolo, se hace mediante la evaluación del desarrollo que se realiza en la consulta a los niños de alto riesgo biológico y de una entrevista semiestructurada (Fuente Galea, 2005), a los padres en la misma entrevista.

Las entrevistas a los padres van dirigidas a descartar/comprobar la existencia de factores de riesgo que pueden influir en la relación con sus bebés; características del embarazo y parto, grado de satisfacción con el niño, apoyo familiar y social en el cuidado del niño, identificación en el niño de proyecciones parentales positivas/negativas, características de la historia de los padres con sus propios padres. En ellas, se observa en directo la actitud de cada uno de los padres hacia el bebé y del bebé hacia cada uno de ellos. Previamente, se ha recogido los factores de riesgo biológico de los bebés del estudio que fueron ingresados en neonatología según los criterios de la Sociedad Española de neonatología (SEN).

Procedimiento

Se describen los resultados de los instrumentos utilizados en cada uno de los sujetos, se comparan las descripciones, se formulan las hipótesis que se plantearían si la muestra fuera significativa y se comprueba si los resultados van en la dirección de cada una de las hipótesis. Este tipo de diseño de investigación se asemeja a N=1.

Entre las dificultades a la hora de llevar adelante el trabajo hay que destacar la pérdida de muestra, motivada entre otras razones por cambios de ciudad y trabajo, falta de tiempo para acudir en horario de mañana o tarde a las entrevistas debido a distintas causas (tareas domésticas durante todo el día, reincorporación al trabajo), falta de medios para acudir al hospital con la "sillita" del bebé, problemas psicológicos en alguno de los padres.

Resultados

Teniendo en cuenta los 5 sujetos de la investigación, se encuentran resultados que van en la misma dirección de las cuestiones planteadas:

1. "Existe riesgo en los niños prematuros de que la interacción madre-hijo (visual, corporal, vocal) presente connotaciones emocionales negativas en la madre": las madres de los 3 prematuros (casos 2 -Guillermo-; 4 -Thor- y 5 -Óliver-) presentan una tonalidad afectiva de tipo negativo: en 2 de ellos: Guillermo y Óliver, se observa esta afectividad negativa de la madre en su relación con el hijo durante la toma y en el tercer caso -Thor- se infiere a partir de la percepción registrada en esta madre de su bebé como enfermo, a pesar de haber sido dado de alta en el hospital, lo que la lleva a estar siempre preocupada

por el niño. Esta preocupación exagerada y equivocada es un factor de riesgo llamado "Carga emocional intensa y conflictiva respecto al niño" (Tabla 1).

2. "Los niños con más factores de riesgo presentan más signos de alarma en el período neonatal o en los primeros 6 meses de edad corregida que los que tienen menos factores de riesgo", teniendo en cuenta que se registran los signos de alarma en tres períodos (al mes, a los tres y a los seis meses de edad corregida del bebé). Se confirma que en el cómputo global de signos de alarma sí aparecen más signos entre los que presentan más factores de riesgo. Son los casos de Guadalupe y Óliver (caso 3 y caso 5). No se observa esta relación durante el seguimiento entre el número de factores de riesgo y el número de signos de alarma en 4 de los 5 casos. En el caso restante (Caso 3: Guadalupe) es llamativo el aumento de los signos de alarma a los seis meses.

En el marco de las entrevistas de seguimiento no sólo se evalúa al bebé y se devuelve dicha evaluación a los padres, sino que también se analizan con ellos las dificultades encontradas en su bebé. Los padres casi siempre demandan orientación y, si la orientación es aprovechada, se van resolviendo los problemas-signos de alarma del bebé. Por eso, se observó que si los padres no cambian sus pautas de conducta con relación al bebé a pesar de las indicaciones de las entrevistas, esta reducción no se produce. Es lo que le ocurre a la madre del bebé, que empeora cada vez más durante su seguimiento (desde el primer mes hasta los seis meses de vida), como el caso de Guadalupe; la madre es rígida, no se adapta a las necesidades cambiantes de su hija. (Tabla 2).

3. "Los factores de riesgo en el tiempo perinatal a distintos niveles pueden, a su vez, estar compensados por la aparición de factores de protección en estos niveles", en un caso (5: Óliver), hay más factores de riesgo en torno al nacimiento que en el resto, pero también más factores de protección; se observa la reducción de signos de alarma desde su primer mes hasta sus seis meses de edad corregida y, a la inversa, en el siguiente caso con más factores de riesgo y menos factores de protección (caso 3: Guadalupe) se ve un aumento significativo de los signos de alarma en el bebé en el mismo intervalo de edad.. (Tabla 3). También puede ocurrir que los factores compensatorios del primero sean más poderosos que los del segundo. En concreto, hablamos de:

- Redes de apoyo y contención a nivel comunitario. Es el apoyo social que, desde la Unidad en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, se le ofreció gratuitamente a la madre de Oliver, por la condición de Gran Prematuro de su bebé. Este apoyo se realizó a través de entrevistas con la asistente social, consultas periódicas con la psicóloga de neonatología y con pediatras del hospital y las vacunas correspondientes de su bebé.

- Habilidades Interpersonales de la madre; la madre de Óliver entiende bien a su bebé y se identifica bien con él, mientras que la madre de Guadalupe presenta como hándicap la característica personal de falta de empatía. El que la madre de Guadalupe no se adapte a las necesidades cambiantes del bebé se traduce en una disfunción interactiva precoz entre la madre y el bebé; no hay un encuentro placentero predominante de esta niña con su madre, que expresa presentando gran parte de los signos de alarma que aparecen cuando tiene 6 meses de vida (en el tercer y último seguimiento del bebé):

- Hipertonía. Por causas emocionales. Debido a que evita, rechaza el contacto con la madre, se pone boca abajo, favoreciéndose así el tono alto.

- Dificultad en el contacto visual. Evita la mirada de las demás personas. Lo manifiesta poniéndose boca abajo o cuando se gira hacia la izquierda estando el adulto mirándole colocado a su derecha.

Hipersensibilidad a ciertos sonidos. La causa es que la niña no tiene suficiente contención (seguridad que le es transmitida por medio su entorno). Por eso, cualquier sonido la altera.

Pobreza en la vinculación afectiva. Hay un déficit en la vinculación; ésta es escasa. Por eso, evita el contacto pero juega con la madre, se ríe mirándola, se interesa por ella.

Humor sombrío, irritable; crisis, cóleras. Para que la atiendan tiene que quejarse.

Dificultades en la alimentación. Se han cronificado. La madre niega su existencia porque impone su ritmo al bebé y éste se ha acostumbrado, no se rebela. Pero, observo dificultades en todas las tomas efectuadas en el despacho donde hacemos las entrevistas de seguimiento. La madre expresa que es el bebé el que se adapta a ella; me cuenta que le da las tomas en todas las posturas: de pie, tumbada, sentada, andando, según le venga bien a ella -la madre- y prosigue: "ya nos hemos acostumbrado, hecho la una a la otra".

4. No se ha encontrado ningún prematuro con el trastorno de disfunción interactiva precoz, con lo cual no se ajustan a la cuarta formulación: "El ser prematuro es un factor de riesgo a nivel psicológico de la presencia del trastorno de disfunción interactiva precoz". Creemos que puede ser debido a que es una muestra muy pequeña. Pero también a la existencia de un programa de atención psicológica al recién nacido hospitalizado, recogido como un factor de protección (Valle, 2007).

Comparando entre sí a los 5 sujetos del estudio, se observan similitudes entre los casos que llevan a conclusiones interesantes: Se ha observado como a los bebés les afectan negativamente ciertas dificultades psicológicas de sus madres y los afectos displacenteros que tienen hacia ellos. En cuanto a las dificultades psicológicas de las madres que afectan negativamente al bebé, se observa que las madres de los bebés que presentan el signo de alarma "Bebé serio" muestran falta de capacidad empática hacia su hijo (Guadalupe y Guillermo). En estos mismos casos, durante el tiempo de lactancia, se observa que el bebé no vocaliza hacia su madre y que no hay juegos de vocalizaciones recíprocos y que, después de la toma, el bebé se duerme. La explicación de la "seriedad del bebé" reside en que la madre, debido a que no se pone en el lugar del hijo, no le gratifica, no le hace disfrutar. El porque el bebé no vocaliza hacia su madre y que se duerma después de la toma habría que buscarlo en que ésta no lo estimula a comunicarse con ella (no hay juegos de vocalizaciones recíprocos) y no le mantiene interesado una vez que la toma finaliza.

Hay 3 casos de bebés en los que se ha registrado durante el seguimiento el signo de alarma de "seriedad en el rostro" (Guillermo y Guadalupe) o de que apenas sonríen a los adultos que les observan (Óliver). En estos bebés, se había observado que, apenas o en absoluto, sonreían a su madre durante el tiempo de lactancia, cuando aún permanecían ingresados en el hospital desde su nacimiento. En estos 3 bebés se observa que continúa apareciendo el escaso o nulo intercambio de sonrisas entre el bebé y su madre que se observó durante la toma, durante el intercambio posterior entre la madre y el bebé y, posiblemente, ha generalizado esta forma de intercambio a los demás adultos.

En cuanto a los afectos displacenteros de las madres hacia sus bebés que les afectan negativamente, se observa una actitud de ansiedad o de excesiva preocupación en dos madres durante la toma a su bebé de alto riesgo biológico ingresado (los casos de Guillermo y Óliver). Ambas madres exteriorizan una carga emocional intensa con respecto al hijo durante los primeros 6 meses de edad corregida del bebé y éstos presentan, al menos el primer mes de edad a-término, signos de alarma que indican la

presencia de excitación en ellos. Todo esto lleva a sugerir que determinadas actitudes maternas se corresponden con determinados signos de alarma. En este caso concreto, el comportamiento del bebé denota que no está relajado en la comunicación con la madre.

Discusión

Los resultados van en la dirección del objetivo planteado de que: "La calidad de la interacción madre-hijo influye en la aparición de signos precoces de alarma en el hijo". En este estudio, se observa que la existencia de los factores de riesgo sería suficiente para precipitar una patología mental precoz en un sujeto ya que actúan muy precozmente a no ser que sean compensados por factores de protección importantes. Desde las primeras semanas de vida se observa su impacto en la conducta del bebé y se constata la emisión por su parte de signos de alarma de evolución a psicopatologías graves, signos que denotan sus dificultades de acomodación al entorno. Los resultados, comparados con otras investigaciones, son los siguientes:

1. La no reciprocidad de los comportamientos de una madre del estudio con los de su bebé (caso 3), el no adaptarse a sus necesidades se traduce en una disfunción interactiva precoz entre la madre y la hija que precipita en el bebé la presencia de signos de alarma de evolución hacia trastornos del desarrollo afectivos graves, en su extremo hacia formas de psicosis infantil. Es similar al caso clínico Mario (Pérez Sánchez, M., 1987), en el que, debido a una dificultad en el establecimiento de unas relaciones con su madre y su entorno, el autor concluye que aparecían en el bebé manifestaciones de un trastorno básico en la atención y en la posibilidad de conectar y coordinar los diversos órganos de los sentidos. Mario, como en el caso de Guadalupe, muestra disfunciones interactivas con su madre y con el entorno: mayor desconexión emocional del bebé, otras manifestaciones sintomáticas y una funcionalidad integradora en la utilización de los órganos de los sentidos. Aparece también la no reciprocidad de la madre con respecto al comportamiento de su bebé: la no metabolización, dice el autor, de sensaciones y emociones del bebé por parte de la madre. Este autor afirma que todos estos fenómenos son indicios de riesgo de Psicosis.

2. Se ha observado que a los bebés les afectan negativamente ciertas dificultades psicológicas de sus madres y los afectos displacenteros que tiene hacia ellos; es decir, el bebé responde ante los comportamientos de los padres de forma coherente con dichos comportamientos. En cuanto a las dificultades psicológicas que afectan a los bebés, las madres de los bebés que presentan el signo de alarma "bebé serio" muestran falta de capacidad empática hacia su hijo (caso 2 y 3). En cuanto a los afectos displacenteros, las dos madres que expresan una carga emocional intensa en relación al hijo (casos 2 y 5) tienen en su bebé signos de alarma que indican en él excitación; el comportamiento del bebé repercute si no está relajado en la comunicación con la madre. Tronick (1978), constató la reciprocidad de los mensajes maternos pidiendo a unas madres que mantuvieran un rostro impasible y tan desprovisto de emoción como pudieran, durante 3 minutos de situación cara a cara con sus respectivos bebés mientras éste estaba sentado en un *baby-relax*. El resultado fue que los bebés, al ver a la madre sonreían, pero, como ésta permanecía seria, terminaban dejando de mirar en dirección a su madre y la expresión de su rostro era seria y angustiada, siendo la única excepción un lactante de 5 meses (los demás bebés tenían entre 2 semanas y 2 meses) que acabó por estallar en carcajadas, razón por la cual la madre acabó riendo también. (Lebovici, 1998).

3. La ausencia de adaptación al ritmo del bebé está en relación con una reducción por su parte de la comunicación. En este estudio, se observó que en los casos en que las madres no se adaptaban al ritmo del bebé, bien estimulándole demasiado poco en relación a lo que el bebé emite (caso 2: Guillermo), bien estimulándole en exceso (Caso 3: Guadalupe) éste reducía su comunicación con la madre. Una investigación con resultados análogos que muestra esta influencia de la comunicación de los padres hacia su bebé se debe a Brazelton. Este autor dividió los comportamientos de los protagonistas de la díada madre-bebé, en categorías: 10 para el bebé y 6 para la madre, siendo similares entre ambos: sonrisas, vocalizaciones, miradas, posturas, y observó que si la madre iba demasiado rápida en relación a la actividad de su bebé (exceso de estimulación), éste reducía el nivel de comunicación, infiriendo que bajaba la comunicación con la madre porque ésta le cansaba con la excesiva estimulación comunicativa con respecto a él. La madre, dice Brazelton, está obligada a adaptarse al ritmo del bebé (Lebovici, 1998).

4. En las observaciones de la interacción madre-hijo (visual, corporal, vocal) durante la investigación, todas las madres de la muestra de los niños de alto riesgo biológico presentan características emocionales negativas, mientras que esto no sucede así en el caso de las madres de la muestra de los bebés sin el factor biológico. Anteriormente, Silvia González y Mercedes Valle ya habían observado la tonalidad afectiva predominante de la madre durante la toma a su bebé comparando díadas madre-bebé de alto riesgo biológico con díadas madre-bebé sin el factor biológico, a través de una adaptación de una escala de evaluación que ya existía, empleándose esta misma escala adaptada para el estudio presente. Las categorías de las tonalidades afectivas en el estudio de González coinciden en su mayoría con las de este estudio, obteniéndose el mismo resultado: el estado emocional predominante de las madres de los bebés de alto riesgo biológico es de carácter triste frente al de carácter alegre que predomina entre las madres de los bebés sanos. (González Lozano y Valle Trapero, 2004). Federico Menéndez Osorio (2001) ratifica que es muy frecuente en los padres, en relación al bebé de alto riesgo biológico, la existencia de sentimientos de tinte negativo. Explica: "La expectativa puesta en su bebé y las fantasías abiertas del encuentro esperado quedan frustradas y postergadas ante la incertidumbre y evolución de la enfermedad".

5. Siguiendo la teoría de que los factores de riesgo de psicopatologías tempranas inciden en la aparición de signos de alarma en el niño, a mayor número de factores de riesgo, más signos de alarma presentará. Pero, la presencia de factores de protección en los casos con mucho riesgo compensa la influencia patológica de los factores de riesgo, de modo que los signos de alarma durante el desarrollo del niño (en este caso durante los seis primeros meses) son menores en los casos con mucho riesgo que presentan más factores de protección. Es lo que ocurre en la investigación: hay dos casos con moderado/alto riesgo de patología mental precoz en el niño y el que presenta más factores de protección tiene muchos menos signos de alarma. Varios autores también hablaron de factores de protección de posibles alteraciones en el desarrollo del niño relacionados, directa o indirectamente, con la interacción social temprana: destacándose la clasificación que hace Werner (Díez Itza, 1991). Este estudio muestra dos formas de trabajo para prevenir la aparición de patologías mentales precoces: I. A través de la exploración de signos de alarma en el bebé y II. Implementando programas para aumentar los factores de protección en las familias que presentan muchos factores de riesgo que pueden evolucionar hacia una patología mental grave en su primera infancia.

Sería muy deseable replicar este estudio aumentando la muestra y, en caso de aparecer la disfunción interactiva precoz madre-bebé (como en el estudio), efectuar un seguimiento hasta cumplidos los 3 años de edad y valorar la presencia de un trastorno emocional grave precoz, que se suelen estructurar en esa edad. (San Román Villalón, 2002).

Bibliografía

BARTHELEMY EL AL. (1987). Signos más característicos que pueden ser observados en los dos primeros años de evolución de un síndrome autístico: Signos del primer semestre. Apto.: Protocolo de abordaje del autismo y de las psicosis infantiles desde los servicios de atención primaria. En: PEDREIRA MASSA,

J. L. (1995). *Protocolos de salud mental Infantil para la Atención Primaria*. Madrid: Libro del Año, S. L. (pp. 218-220)

BÉA, N. (2003). Atención precoz desde una perspectiva psicodinámica: un modelo de atención. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 2, 75-82.

BURRUECO ARJONA, J. (2002). Primeros vínculos (en la vida y en las consultas). *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 4, (15).

DÍEZ ITZA, E. (1991). Prevención e Intervención Temprana en las alteraciones del desarrollo del lenguaje infantil: Factores de riesgo, factores de protección, vulnerabilidad y resistencia. *Revista Lenguaje y Comunicación*, 7, 3-9.

FUENTE GALEA, BEATRIZ DE LA. Entrevista de seguimiento para padres diseñada para el estudio: Ficha de Seguimiento-2005.

GONZÁLEZ LOZANO, S. Y VALLE TRAPERO, M. (2004). Aproximación a su Adaptación de la Escala de Evaluación de las Interacciones Precoces Madre-Bebé durante los primeros meses de vida (R.A.F.). Lebovici, S. y Pedreira Massa, J.L. En: González Lozano, S. y Valle Traperó, M. *Alto riesgo biológico y Vinculación. Un enfoque desde Neonatología*. Proyecto de Investigación de Master en Intervención Temprana, Facultad de CC. De la Educación, Universidad Complutense de Madrid.

IMMF (1998). Programa para la Detección del Riesgo Social en Neonatología. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. (Anexo 3: pp. 71-72).

JIMÉNEZ PASCUAL, ANA MARÍA (2002). Detección y Atención precoz de la patología mental en la primera infancia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 82, 115-126.

LEBOVICI, S. (1998). *El lactante, su madre y el psicoanalista. Las interacciones precoces*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

LIRIA, P. (2004). Listado de factores de Compensación de patología mental en el niño. Aproximación a los Factores Compensatorios. En: LIRIA, P. (2004). *Maltrato Infantil: Identificación de factores de riesgo*. Texto completo en: <http://sraq.net/abusos/identificación.htm> (pp.2-4).

LIRIA, P. (2004): *Maltrato Infantil: Identificación de factores de riesgo*. Texto completo en: <http://sraq.net/abusos/identificación.htm> (pp.1-2).

LIRIA, P. (2002). Modelo Ecológico: Perspectiva integradora. Texto completo en: <http://sraq.net/abusos/modelos.htm> (pp.1-2).

MENÉNDEZ OSORIO, F. (2001). La interconsulta en salud mental infantil de niños recién nacidos con alto riesgo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 80, 101-118.

GRUPO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN AL DESARROLLO INFANTIL.
Prevención. Seguimiento de Alto Riesgo. Documento: Seguimiento del Desarrollo

Psicomotor del Recién Nacido de Alto Riesgo. Apartado. Situaciones Perinatales capaces de condicionar secuelas neurológicas. En: <http://paidos.rediris.es/genysi/framsegR.htm>

Grupo PADI. (2000). Detección de factores de riesgo psicológico en niños de riesgo biológico. Borrador, Real Patronato sobre Discapacidad, actual Comisión para la Infancia y Adolescencia con Discapacidad de la Comunidad de Madrid.

PEDREIRA MASSA, J. L. (1992): Evaluación del autismo y de las psicosis en la infancia: revisión y protocolo actualizados. *Revista Psiquis*, 13 (3). (Anexo 2: en páginas 31-32).

PEDREIRA MASSA, J. L. (1995). *Protocolos de Salud Mental Infantil para la Atención Primaria*. Madrid, Libro del Año, S. L.

PEDREIRA MASSA, J. L. (2005). Signos de Alarma en la evolución clínica hacia los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) en la infancia: aproximación psicopatológica. *Revista de la Associació Catalana de Atenció Precoz*, 25-26, 99-127.

PÉREZ SÁNCHEZ, M. (1987). Valoración de algunos indicios de riesgo detectados en la observación de bebés para la comprensión de la Psicosis. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil*, 4, 97-121.

POLIBEA, (2002). Crónica de la Conferencia de Palacio-Espasa, F (2002): Conflictos de la parentalidad y su contribución a la psicopatología del niño pequeño: signos precoces y posible intervención. Conferencia presentada en la XII Reunión interdisciplinaria sobre poblaciones de alto riesgo de deficiencia: Entornos de atención temprana. Real Patronato sobre Discapacidad. GENYSI (Grupo de Estudios Neonatológicos y de Servicios de Intervención). Madrid. Texto en: http://paidos.rediris.es/genysi/actividades/jornadas/xijorp/xii_relato.pdf

SAN ROMÁN VILLALÓN, P. (2002). Influencia del riesgo psicosocial en la primera infancia: un estudio longitudinal. Ponencia presentada en la XII Reunión interdisciplinaria sobre poblaciones de alto Riesgo de Deficiencia: Entornos de Atención Temprana. Real Patronato sobre Discapacidad. GENYSI (Grupo de Estudios Neonatológicos y de Servicios de Intervención). Madrid.

Texto en: http://paidos.rediris.es/genysi/actividades/jornadas/xijorp/xii_relato.pdf

TRONICK, E., ALS, H., ADAMSON, L. Y BRAZELTON, T.B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face- to face interaction. *Journal of the American Academy of child Psychiatry*, 17, 1-13.

VALLE TRAPERO, M. (2007): Desarrollo de capacidades, valoración y programas de intervención (cap.). En: VIDAL LUCENA, M. Coord. (2006). *Estimulación Temprana (de 0 a 6 años)*. Madrid. CEPE, S.L.

VARIOS (2001): Niño Maltratado. Comunidad Virtual de Cuidados Intensivos y Urgencias (UCIP.NET). Texto en: <http://www.ucip.net/urgencias/maltratado.htm>

Anexos

Tabla 1. Tonalidad afectiva materna en relación a las características biológicas del bebé

Características biológicas	Casos	Tonalidad afectiva dominante de la madre
Sin el factor biológico	1	Placer
Alto Riesgo Biológico	2	Tristeza
Sin el factor biológico	3	Preocupación
Alto Riesgo Biológico	4	Preocupación
Sin el factor biológico	5	Excitación

Tabla 2. Factores de riesgo y signos de alarma en relación a los casos

Casos	Factores de riesgo en torno al nacimiento	Factores de riesgo en los primeros meses del bebé	Total de factores de riesgo	Signos de Alarma			
				1.º seg.	2.º seg.	3.º seg.	Total
1	2	2	4	1	0	0	1
2	6	2	8	0	1	4	5
3	6	4	10	3	3	10	16
4	7	1	8	1	3	2	6
5	11	2	13	3	1	2	6

Tabla 3: Factores de Compensación de los casos con potentes Factores de Riesgo Perinatales y su relación con Signos de Alarma.

Casos	Factores de riesgo perinatales	Total factores de compensación	Signos de Alarma			
			1. ° seg.	2. ° seg.	3. ° seg.	Total
1	2		1	0	0	1
2	6		0	1	4	5
3	6	3	3	3	10	16
4	7		1	3	2	6
5	11	5	3	1	2	6

Apéndices

I. Escala de Evaluación de las Interacciones Precoces Madre-Bebé durante los primeros meses de vida. Aproximación a la adaptación de la Escala de evaluación de las interacciones precoces madre-bebé durante los primeros meses de vida (R.A.F.).- Lebovici, S. y Pedreira Massa, J.L.- por González, S. y Valle, M. En: González Lozano, S. y Valle Traperó, M. (2004). Alto Riesgo Biológico y Vinculación. Un enfoque desde Neonatología. Proyecto de Investigación de Master en Intervención Temprana, Facultad de CC. De la Educación, Universidad Complutense de Madrid.

II. Entrevista de seguimiento para padres diseñada para el estudio: Ficha de seguimiento-2005. Fuente Galea, B. de la.

III. Listado de factores de Riesgo de patología Mental en el niño:

a) En torno al nacimiento. Elaboración basada en las siguientes fuentes documentales:

- IMMF (1998). Programa para la Detección del Riesgo Social en Neonatología.

Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

(Anexo 3: pp. 71-72).

- LIRIA, P. (2004): Maltrato Infantil: Identificación de factores de riesgo. Texto completo en: <http://smaq.net/abusos/identificación.htm> (pp.1-2).

- LIRIA, P. (2002). Modelo Ecológico: Perspectiva integradora. Texto completo en: <http://smaq.net/abusos/modelos.htm> (pp.1-2).

- VARIOS (2001): Niño Maltratado. Comunidad Virtual de Cuidados Intensivos y Urgencias (UCIP.NET). Texto en: <http://www.ucip.net/urgencias/maltratado.htm>

- Aproximación a los Factores de Riesgo Biológico. En: Grupo de Prevención y Atención al desarrollo Infantil. Prevención. Seguimiento de Alto Riesgo. Documento: Seguimiento del Desarrollo Psicomotor del Recién Nacido de Alto Riesgo. Apartado. Situaciones Perinatales capaces de condicionar secuelas neurológicas. En: <http://paidos.rediris.es/genysi/framsegR.htm>

b) En los primeros meses de vida del niño. Aproximación a los Factores de Riesgo Psicológico. En: Grupo de Prevención y Atención al desarrollo Infantil. (2000). Detección de Factores de Riesgo Psicológico en niños de Riesgo Biológico. Borrador, Real Patronato sobre Discapacidad, actual Comisión para la Infancia y Adolescencia con Discapacidad de la Comunidad de Madrid.

IV. Listado de factores de Compensación de patología mental en el niño. Aproximación a los Factores Compensatorios. En: LIRIA, P. (2004). Maltrato Infantil: Identificación de factores de riesgo. Texto completo en: <http://smaq.net/abusos/identificación.htm> (pp.2- 4).

V. Signos más característicos que pueden ser observados en los dos primeros años de evolución de un síndrome autístico (Barthelemy el al. 1987). Signos del primer semestre. Pedreira Massa, J. L.: Protocolo de abordaje del autismo y de las psicosis infantiles desde los servicios de atención primaria. En: Pedreira Massa, J. L. (1995). Protocolos de salud mental Infantil para la Atención Primaria. Madrid: Libro del Año, S. L. (páginas 218-220), Pedreira Massa, J. L. (1992). Evaluación del autismo y de las psicosis en la infancia: revisión y protocolo actualizados. *Revista Psiquis*, vol.13, nº 3. (Anexo 2: en páginas 31-32).

UNIDAD SALUD MENTAL INFANTIL DE AVILES

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LAS
INTERACCIONES PRECOCES MADRE-BEBE
DURANTE LOS PRIMEROS MESES DE VIDA
(RAF)

S. LEOVICI

Dr. J. L. PEDREIRA MASSA

ESCALA ADAPTADA PARA EL ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LA
INTERACCIÓN MADRE-BEBE DURANTE LA LACTANCIA.

(Silvia González Lozano - Dr. Mercedes del Valle Trapero)

FICHA FAMILIAR

Número de identificación. _____

Fecha de la evaluación. _____ / _____ / _____

Datos del niño.

Nombre. _____

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____

Lugar de nacimiento. _____

Sexo. _____ Edad en el momento de la evaluación. _____

Datos de los padres.

Nombre de la madre. _____

Profesión de la madre. _____

Composición actual de la familia:

Tipo de parentesco	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento.
-		
-		
-		

Situación del bebé:

Trabajo actual de la madre SI ___ NO ___

Piensa la madre reiniciar el trabajo SI ___ NO ___

Forma de realizar el trabajo del bebé Actual _____ Proyecto _____

Guardería _____

Familia propia _____

Cuidadora/niñera _____

Otros _____

Asistencia social _____

Institución _____

Cesión familiar _____

OBSERVACIONES

—

—

—

DATOS PREVIOS A LA EVALUACIÓN

Nº de Identificación _____ A Termino _____ Pre-Termino _____
Nombre _____ Tiempo de hospitalización _____
Peso al nacer _____
Diagnóstico _____
Tratamiento _____

OBSERVACIONES EN LA SALA DE ESPERA (o momentos antes a la evaluación)

Impresiones generales sobre las interacciones:

Intercambio de miradas SI _____ NO _____
Intercambio de Sonrisas SI _____ NO _____
Intercambio de vocalizaciones SI _____ NO _____
Intercambios corporales SI _____ NO _____

Otros

SEÑALIZACIONES ESPONTANEAS DE INTERÉS DE LA MADRE

-

-

-

POSIBLES PROBLEMAS QUE SE DETECTAN DE FORMA INICIAL

Sueño:

Alimentación:

Relación padres-niñ@

-

-

OBSERVACIONES GENERALES QUE SE QUIERAN AÑADIR

OBSERVACIONES A LA MADRE (en su ausencia padre, familiar, tutor)

ALIMENTACIÓN

Forma:

Pecho _____ Biberón _____ Alimentación mixta _____

Horario fijo _____ A demanda (horario libre) _____

Número de tomas al día (poner el número) _____

Por la noche _____

La persona que más frecuentemente da el biberón es:

La madre _____ El padre _____ Otra persona _____

En los brazos _____ En la cama/sillita _____

Mientras dura la alimentación, el *mñ@* se encuentra:

Acostado _____ Sostenido _____

Después de la tetada: ¿Llora el *nin@*? SI _____ NO _____

Se duerme _____ se queda en alerta _____

¿Piensa que el niño succiona con normalidad? SI _____ NO _____

*si la respuesta es negativa: Muy deprisa _____

Muy lento _____

*en cantidad: Mucha _____ Poca _____

INTERACCIONES PADRES - NIÑ@

L OBSERVACIONES DE LA INTERACCIÓN MADRE - LACTANTE DURANTE LA ALIMENTACIÓN.

INTERACCIONES:	CORPORALES	VISUALES	VOCALES	SONRISAS
BEBÉ	<p>*Falta de contacto: Si ___ No ___</p> <p>*Se agarra: Si ___ No ___</p> <p>*Aprecia los contactos corporales: Si ___ No ___</p>	<p>*Mantiene la mirada: Si ___ No ___</p> <p>*Evita la mirada de su madre: Si ___ No ___</p> <p>*Posee una mirada fija: Si ___ No ___</p> <p>*Explora el entorno: Si ___ No ___</p>	<p>*Vocaliza hacia su madre. Si ___ No ___</p> <p>*Llora con frecuencia: Si ___ No ___</p> <p>*Grita o berrea con frecuencia Si ___ No ___</p>	<p>*Sonríe espontáneamente a su madre: Si ___ No ___</p> <p>*Responde a las sonrisas de su madre: Si ___ No ___</p>
MADRE	<p>*Mece a su bebé: Si ___ No ___</p> <p>*Sostiene a su bebe de manera confortable: Si ___ No ___</p> <p>*Sostiene a su bebe a distancia; Si ___ No ___</p> <p>*Acaricia a su bebe: Si ___ No ___</p> <p>*Abraza a su bebe: Si ___ No ___</p>	<p>*Mantiene la mirada: Si ___ No ___</p> <p>*Evita la mirada de su bebe: Si ___ No ___</p> <p>*Sigue a los ojos del bebe: Si ___ No ___</p>	<p>* Habla al bebe: Si ___ No ___</p> <p>*Juegos de vocalizaciones recíprocos: Si ___ No ___</p> <p>* Grita con frecuencia: Si ___ No ___</p> <p>*Puede permanecer en silencio mucho tiempo: Si ___ No ___</p>	<p>*Sonríe espontáneamente a su bebe: Si ___ No ___</p> <p>*Responde a la sonrisa de su bebe: Si ___ No ___</p>

VALORACIÓN DE INTERACCIÓN EN CADA CAMPO	Excesiva _____	Excesiva _____	Excesiva _____	Excesiva _____
	En la media ____	En la media ____	En la media ____	En la media ____
	Raros _____	Raros _____	Raros _____	Raros _____
	Ausentes _____	Ausentes _____	Ausentes _____	Ausentes _____

¿Quién Inicia los intercambios?

La madre _____ El Bebé _____ Ninguno _____

Reciprocidad en los intercambios

Frecuentes _____ Raros _____ Ausentes _____

Tonalidad Afectiva Dominante:

Bebe

Madre

Placer	-----	-----	-----
Preocupación	-----	-----	-----
Excitación	-----	-----	-----
Indiferencia	-----	-----	-----
Inseguridad	-----	-----	-----
Tristeza	-----	-----	-----
Otro (precisar)	-----	-----	-----

De forma predominante, las interacciones detectadas se desarrollan:

Con continuidad _____

De forma discontinua _____

III. COMPORTAMIENTO DEL BEBE DURANTE LA LACTANCIA

¿El bebé ha podido entrar en contacto con la madre? Si _____ No _____

Si la respuesta es afirmativa, especificar

*Contacto fácil _____ *Difícil _____ *Otro tipo _____

*Contacto agradable _____ *Desagradable _____ *Otro tipo _____

¿Cómo se ha mostrado el bebé?

Activo _____ Apático _____ Otro Tipo _____

Cooperador _____ Somnoliento _____ Otro Tipo _____

Irritable _____ Tranquilo _____

En caso de llanto:

Se ha calmado solo Si _____ No _____

Ha necesitado ser calmado por la madre Si _____ No _____

No lo consigue _____ Otros _____

Es más usual que el bebe se calme:

Por la voz: Si _____ No _____

De la madre _____ Padre _____ Otro _____

Contacto corporal: Si _____ No _____

De la madre _____ Padre _____ Otro _____

Mecimiento / Acunamiento:

Si _____ No _____

De la madre _____ Padre _____ Otro _____

Ver el rostro:

Si _____ No _____

De la madre _____ Padre _____ Otro _____

IV. COMPORTAMIENTO DE LA MADRE DURANTE LA LACTANCIA

Actitud:

* Dispersa _____ *Ansiosa _____ Preocupada _____ *Otra forma _____
* Cooperadora _____ * Ausente _____ Tranquila _____ *Otra forma _____

Si el bebe se ha agitado, ¿Ha dado muestra (la madre) de poseer capacidades para calmarlo?: Sí _____ No _____

Precisar _____

¿Se ha mostrado excitada con el bebe?

Si _____ No _____

Precisar _____

¿Se muestra la madre inhibida o confusa ante los consejos o pautas de las enfermeras?

Si _____ No _____

En general, ¿Se muestra insegura la madre ante el bebé?

Si _____ No _____

RESUMEN:

La relación madre-hijo se puede considerar:

Muy Armónica _____

Un tanto armónica _____

Un tanto disarmónica _____

Muy disarmónica _____

Otras percepciones

V. COMPORTAMIENTO DEL PADRE DURANTE LA LACTANCIA

¿Alimenta el padre al bebé?

Siempre _____ Normalmente No _____ Se turnan los dos padres

¿Se aprecia contacto corporal del padre con su hijo?

Si _____ No _____

FICHA DE SEGUIMIENTO

1. ¿Qué tal se ha adaptado el niño/a a casa? (se busca el grado de satisfacción con el hijo...).
2. ¿Qué tal fue el embarazo? ¿Le ayudan en el cuidado del niño/a? ¿Quién/es? (si responden afirmativamente a lo anterior).
3. ¿Querían tener un hijo en ese momento (¿Fue un embarazo buscado?).
4. ¿Cómo describiría al bebé?, ¿le recuerda a alguien (físicamente, psicológicamente).
5. ¿Quién le puso el nombre al niño/a? ¿Por qué se escogió ese nombre?
6. En casa, ¿sonríe mucho?, ¿les mira, les sigue, está atento a ustedes?
7. Anotar aspectos que nos digan los padres durante la entrevista que parezcan relevantes, aunque no estén aquí consignados.

FACTORES DE RIESGO DE PATOLOGÍA MENTAL EN EL NIÑO

- En torno al nacimiento:

-Relativos a los padres.

a) Historia:

f.h.1: Historia de desatención severa (maltratados, abandonados o institucionalizados en su infancia). Rechazo emocional. Carencia afectiva en la infancia.

f.h.2: Historia de ruptura familiar.

f.h.3: Ausencia de experiencias en el cuidado del niño.

f.h.4: Ignorancia sobre las características y necesidades evolutivas del niño.

b) Características personales:

c.p.1: Padres muy jóvenes (menores de edad)

c.p.2: Madre/Padre con enfermedad crónica orgánica.

c.p.3: Padre/Madre con minusvalía

c.p.4: Padre/Madre con historia de enfermedad mental.

c.p.5: Padre/Madre con problemas de drogadicción, alcoholismo.

c.p.6: Padre/madre con problemas psicológicos (angustia, depresión, depresión post-parto...).

c.p.7: Padre/Madre con falta de autonomía personal.

c.p.8: Padre/Madre con baja tolerancia al estrés y la frustración.

c.p.9: Padre/Madre con estrategias de aprendizaje inadecuadas.

c.p.10: Falta de capacidad empática.

- Relativos al niño.

a) Características del embarazo (prenatal)

c.e.1: Embarazo no controlado (desconocen los padres la existencia del embarazo): Inasistencia a controles, deficiente autocuidado por parte de la madre.

c.e.2: Embarazo ocultado/no deseado.

c.e.3: Embarazos en preadolescentes y adolescentes, donde se ignore la identidad del padre (sospecha de abuso sexual).

c.e.4: Embarazos no suficientemente espaciados y/o familias con elevado número de hijos.

c.e.5: Embarazo de alto riesgo.

b) Características biológicas del niño (Biología)

f.b.1: Niños polimalformados o con grandes deficiencias.

f.b.2: Peso al nacimiento \leq 1500 gramos. Gran prematuro.

f.b.3: Peso $<$ a dos DS para su edad gestacional.

- f.b.4: Más de 7 días con examen neurológico anormal.
- f.b.5: Perímetro cefálico superior o inferior a dos DS
- f.b.6: Bilirrubina > 25 mg/dl en Recién Nacido a término.
- f.b.7: Dificultad respiratoria que precisa ventilación mecánica.
- f.b.8: Convulsiones.
- f.b.9: Test de Apgar <= 3 a los 5 minutos.
- f.b.10: Infección del Sistema Nervioso Central.
- f.b.11: Patología cerebral en Ecografía o TAC
- f.b.12: Recién Nacido de madre alcohólica o toxicomanía.
- f.b.13: Recién Nacido con síndrome de abstinencia.
- f.b.14: Recién Nacido con patología crónica o discapacidad física y/o psíquica.
- f.b.15: Recién Nacido con hermano afecto de patología neurológica no aclarada, o con riesgo de recurrencia.
- f.b.16: Hermano gemelo, si el otro reúne alguno de los criterios de inclusión.
- f.b.17: Niños afectados de enfermedades congénitas del metabolismo, susceptibles de ocasionar déficit neurológico.
- Relativos al vínculo (afectan a la relación madre/padre-hijo/a).
- c.r.1: Desinterés por el Recién Nacido (estar con él, alimentarle, vestirle, jugar...)
- c.r.2: Padres con actitudes intolerantes, indiferentes o con excesiva ansiedad ante las responsabilidades de crianza de los hijos/as.
- c.r.3: Padre/Madre con comportamientos extraños (llanto, gran tristeza, excitación, continuas preguntas, incomunicación total, contradicciones, ocultamientos...)
- c.r.4: Escasas visitas cuando el niño/a está ingresado o éstas son inconsistentes y de escaso interés.
- c.r.5: Separación de la madre en el período neonatal precoz con imposibilidad absoluta de lactancia en la primera semana de vida.
- Relativos a la familia.
- c.f.1: Ausencia de roles parentales.
- c.f.2: Historia de violencia (es la suma de las dos siguientes):
 - c.f.2.1. Familia con historia de violencia física verbal entre adultos.
 - c.f.2.2. Maltrato infantil.
- c.f.3: Problemas relacionados con acontecimientos vitales estresantes.
- c.f.4: Situación de ruptura familiar o familias monoparentales.
- c.f.5: Madre sin domicilio familiar fijo, aspecto de abandono físico, suciedad, desnutrición.
- c.f.6: Emigrantes, marginados, con aislamiento social.
- c.f.7: Niño abandonado por los padres o remitido de otra institución.

c.f.8: Problemas laborales (es la suma de las dos siguientes):

c.f.8.1 Ausencia de trabajo/Paro

c.f.8.2 Dificultad laboral –tensión e insatisfacción laboral, deficiente formación profesional, exceso de trabajo/sobrecarga.

- Relativos al entorno.

a) Características socioeconómicas:

c.s.1: Familias con problemas económicos (es la suma de las dos siguientes):

c.s.1.1: Pobreza, precariedad económica.

c.s.1.2: Problemas de vivienda (falta de vivienda, carencia de domicilio estable, hacinamiento,...).

c.s.2: Aislamiento social (emigración, falta de apoyos familiares y sociales...) o deficiente apoyo socio-familiar.

c.s.3: Otros hijos con medidas de protección (guarda/tutela).

c.s.4: Dificultad social (prostitución, delincuencia, narcotráfico, mendicidad, privación de libertad).

b) Características culturales:

c.c.1: Aceptación cultural de la violencia (castigos físicos como método educativo)

c.c.2: Creencias erróneas sobre la paternidad y maternidad.

c.c.3: Valoración negativa de la infancia, de la familia y de la mujer.

c.c.4: Actitud favorable hacia la violencia.

- En los primeros meses de vida del niño (aspectos psicológicos de los padres o del niño en torno a su relación. De ese modo, se desarrollan durante los primeros meses de vida del niño, cuando los padres cuidan al niño):

- Relativos a los padres:

b.p.1: Presencia en los padres de una carga emocional intensa y/o conflictiva con respecto al niño.

b.p.2: Preocupación de los padres por los sentimientos de incapacidad para "sacar adelante al niño". Sensación de que es mejor que permanezca ingresado que convivir con él.

b.p.3: Sensación en los padres de que el niño les manipula, llamando la atención a través de su malestar.

b.p.4: Abandono encubierto. Fallo en ayudar al niño a construir y desarrollar sus capacidades.

b.p.5: Identificación de la situación del niño con aspectos enfermos de algún otro miembro de la familia o algún familiar fallecido cuyo duelo no se ha realizado de forma sana.

b.p.6: Madre y/o padre con comportamientos extraños y/u ocultación. Gran inmadurez afectiva de ambos padres. Comportamiento violento de alguno de los padres. Familia desestructurada o con ruptura próxima de relación con la pareja o familia.

b.p.7: Dificultad, sentimiento de impotencia de los padres para integrar el incremento de demanda del niño que se produce paralelamente al aumento de su autonomía.

b.p.8: Familia con algún enfermo mental. Madre con antecedentes psiquiátricos o tratada en salud mental.

b.p.9: Existencia de un ambiente familiar con un nivel de estimulación inadecuado: inhibidor o hiperestimulante. Miedo y confusión ante qué hacer y cómo tratar al bebé de riesgo; refuerzo de aspectos inadecuados como protesta o apatía frente a los más adecuados de alegría y curiosidad.

b.p.10: Valoración que los padres hacen de la situación del niño únicamente como enfermo y como señal de su propio fracaso y no como potencialmente sano.

- Relativos al hijo:

b.n.1: Fallo en la emisión de señales o claves favorecedoras de la comunicación, perceptibles por los padres.

b.n.2: Comportamiento desorganizado: irritabilidad, hipertonía, apatía, tristeza, insomnio frecuentemente pasivo (2º Trimestre), hipersensibilidad a Estímulos, excitación, labilidad, hiporreactividad, dificultad marcada de establecer ritmos fisiológicos.

b.n.3: No aparición a su tiempo de organizadores psíquicos de la conducta:

Sonrisa social, Respuestas auditivas, intención comunicativa, atención y curiosidad social. La codificación como no aparece quiere decir que no aparece este factor de riesgo: sí hay organizadores psíquicos a tiempo; la codificación como aparece quiere decir que no hay organizadores psíquicos a tiempo, es decir, o bien no aparecen nunca, o bien aparecen más tarde.

b.n.4: Conductas específicas maladaptativas: morder, llorar persistentemente, mostrar irritabilidad, terquedad, pasividad, agresividad (autoagresiones), anorexia (vómitos provocados); falta de conductas exploratorias (no intenta coger objetos); conductas repetitivas; retraso en conductas prelingüísticas como gorjeos o gritos; respuestas emocionales y motoras desorganizadas; miedos excesivos; ansiedad prolongada ante el extraño; reacciones emocionales planas ante adultos significativos.

b.n.5: Fallo o fracaso en lograr su homeostasis

FACTORES DE COMPENSACIÓN

- Relativos a los padres.

a) Historia:

f.c.1: Historia de relaciones parentales positivas.

f.c.2: Elaboración de experiencias de Maltrato en la infancia.

b) Características personales:

f.c.3: Nivel intelectual elevado.

f.c.4: Habilidades y talentos especiales.

f.c.5: Habilidades interpersonales adecuadas.

f.c.6: Autoestima.

f.c.7: El sentido de la identidad.

- Relativos al niño.

f.c.8: Hijos físicamente sanos.

f.c.9: Hijos psíquicamente sanos.

f.c.10: Hijos con características que facilitan mecanismos de proyección sanos (sexo, parecido personal...)

- Relativos a la familia.

f.c.11: Apoyo de la pareja.

f.c.12: La presencia de un adulto en quien confiar.

- Relativos al entorno.

f.c.13: Seguridad económica.

f.c.14: Las redes de apoyo y contención a nivel comunitario (Apoyo Social efectivo).

f.c.15: Escasos acontecimientos vitales estresantes.

f.c.16: Afiliación religiosa contenedora.

f.c.17: Competencia Social.

f.c.18: Intervenciones terapéuticas.

f.c.19: Normas culturales opuestas al uso de violencia.

f.c.20: Promoción del sentido de responsabilidad compartida en el cuidado de los niños.