

El cuidado de la salud mental en primera infancia: una experiencia de detección y prevención precoz entre Pediatría y CDIAP

MÒNICA LLOPART MONTSERRAT¹

RESUMEN

El cuidado de la salud mental en primera infancia: una experiencia de detección y prevención precoz entre Pediatría y CDIAP. Este artículo explica una experiencia de prevención en el centro de atención primaria (EAP), en colaboración con el equipo de pediatría y el centro de desarrollo y atención precoz (CDIAP) de la zona. El objetivo del proyecto es poder realizar una tarea de sensibilización, detección y prevención de posibles trastornos del desarrollo en niños de 0 a 5 años. Durante el primer año de desarrollo del proyecto se atendieron a 29 niños. Se muestra a través de una viñeta clínica cómo se interviene de manera precoz para facilitar el desarrollo del niño y la calidad del vínculo con sus cuidadores desde el contexto de la consulta pediátrica. **Palabras clave:** *prevención, trastornos del desarrollo, consulta pediátrica, atención precoz, salud mental.*

ABSTRACT

Mental health care in early childhood: an experience of early detection and prevention between Paediatrics and CDIAP. This article explains a prevention experience in the primary care center (EAP), in collaboration with the paediatrics team and the development and early care center (CDIAP) of the area. The project aims to raise awareness and detect and prevent possible developmental disorders in children from 0 to 5 years of age. During the first year of the project, 29 children attended. A clinical vignette shows how to intervene early to facilitate the child's development and the quality of the bond with their caregivers in the context of paediatric consultation. **Keywords:** *prevention, developmental disorders, paediatric consultation, early care, mental health.*

RESUM

La cura de la salut mental a la primera infància: una experiència de detecció i prevenció precoç entre pediatria i CDIAP. Aquest article explica una experiència de prevenció al centre d'atenció primària (EAP) en col·laboració amb l'equip de pediatria i el centre de desenvolupament i atenció precoç (CDIAP) de la zona. L'objectiu del projecte és poder desenvolupar una tasca de sensibilització, detecció i prevenció de possibles trastorns del desenvolupament en nens de 0 a 5 anys. Durant el primer any de desenvolupament del projecte es va atendre 29 nens. Es mostra, a través d'una vinyeta clínica, com s'intervé de manera precoç per facilitar el desenvolupament del nen i la qualitat del vincle amb els cuidadors des del context de la consulta pediàtrica. **Paraules clau:** *prevenció, trastorns del desenvolupament, consulta pediàtrica, atenció precoç, salut mental.*

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), en su plan de acción para la Salud Mental, propone la reorientación de la financiación hacia servicios de base comunitaria, con la

integración de la Salud Mental en la atención sanitaria general y en los programas de salud materna, sexual, reproductiva e infantil. Esto supondría que muchas más personas pudieran acceder a intervenciones mejores y más efectivas. Desde el punto de vista económico

¹Psicóloga Sanitaria. Psicoterapeuta (ACPP-FEAP). Centro de Desarrollo y Atención Precoz l'Espiga. Vilafranca del Penedès. Barcelona. Actualmente, psicóloga en CSMIJ Anoia. Igualada.
Contacto: monillopart@gmail.com

Recibido: 5/7/21 - Aceptado: 3/10/22

(Heckman, 2011), se promulga que la inversión en el desarrollo infantil precoz reduce el déficit y fortalece la economía. Destaca el alto retorno económico de la inversión en primera infancia, ya que produce beneficios tanto a corto como a largo plazo mediante la reducción del gasto en etapas posteriores de servicios de educación especial y de salud mental.

Dicho Plan de acción tiene como objetivos poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental. En el Libro Blanco de la Atención Precoz (Diputació, 2001), se habla de los servicios de pediatra en atención primaria; estos ocupan un lugar especial en la prevención de los trastornos del desarrollo y de las situaciones de riesgo, ya que se dirigen a toda la población infantil, mediante las revisiones regulares y de control del niño sano.

Se destaca la importancia de detectar los trastornos del desarrollo en el momento en que aparecen los primeros signos indicadores, si es posible antes de que los diferentes síndromes se estructuren de manera completa y estable.

Estos primeros signos e indicadores alertan sobre posibles alteraciones del equilibrio bio-emocional y de su evolución. Se pueden observar en diversas áreas del desarrollo, en actitudes, estados emocionales, comportamientos de rechazo como apatía, decaimiento, baja forma, evitación, desconexión, movimientos peculiares; también disfunciones corporales como insomnio, llanto, alteraciones digestivas, dermatológicas, respiratorias; y los retrasos en la evolución psicomotora, permanencia de reflejos arcaicos, retrasos en la adquisición de las funciones motoras y más tarde, retrasos en el inicio del lenguaje, de capacidades de diferenciación y cognitivas (Torras de Beà, 2007).

Muchas alteraciones en el desarrollo se pueden prevenir si son tratadas a tiempo, pero cuando estas dificultades no son detectadas, o no se hace en el momento adecuado, se puede producir un empeoramiento de estas. Ignorar signos de alerta y/o síntomas tempranos de psicopatología puede llevar a alteraciones más graves, como, por ejemplo, autismo, psicosis, procesos deficitarios, estados depresivos o desarmonías evolutivas precoces. En la etiología de estos trastornos hallamos elementos

constitucionales neuro-biológicos y psíquicos innatos que los predisponen. Los factores relacionales provenientes del entorno próximo inciden unas veces corrigiendo la predisposición al trastorno, otras aumentándola y, en algunos casos, siendo el origen directo del desequilibrio emocional (Torras de Beà, 2007).

En el apartado de *Salud Mental Infantil y Juvenil*, del *Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud a la edad Pediátrica* (Generalitat de Catalunya, 2008), se contemplan tres situaciones a abordar por el equipo de pediatría. En primer lugar, saber si se encuentran ante un hecho banal o pasajero o bien si están ante un signo o síntoma precoz que, si no es detectado adecuadamente y a tiempo, puede evolucionar hacia una patología grave. En segundo lugar (cuando el trastorno no es grave, pero existe, o bien antes que evolucione hacia una patología grave), es necesario proponer modificaciones ambientales familiares, relacionales, etc., que ayuden a reconducir y normalicen la situación. En tercer lugar, decidir en qué momento y en qué circunstancias se hace necesaria la derivación a los servicios de salud mental.

Este programa se enmarca principalmente, en el segundo bloque, en el cual una intervención precoz en los aspectos relacionales y familiares evita una evolución hacia la psicopatología (Buitrago et al., 2018).

Los objetivos que se pretenden conseguir son favorecer la atención del niño desde un modelo biopsicosocial aplicable a la atención primaria pediátrica, ampliar la comprensión de los factores psicológicos que pueden estar alterados en el desarrollo del niño y detectar hechos adversos que podríamos considerar factores de riesgo. Estos los definimos como: toda característica del niño y del adolescente, o cualquier circunstancia de su entorno, que conlleve una posibilidad significativamente más alta de desarrollar trastornos psicopatológicos que la que se observa en la población general.

Método

Participantes

Se realizó la experiencia en el centro de atención primaria (EAP) de Vilafranca del Penedès,

en colaboración con el equipo de pediatría y el servicio de desarrollo y atención precoz (CDIAP Fundació l'Espiga). El CDIAP es un servicio de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento dirigido a niños de cero a seis años, de la comarca del Alt Penedès, que presenten trastornos en su desarrollo, que se encuentren en situación de riesgo de padecerlos por sus antecedentes, o bien presenten dificultades en la crianza. El servicio es de carácter multidisciplinar (fisioterapia, logopedia, neuropsiquiatría, psicología, pedagogía y trabajo social).

En el proyecto, participaron niños de cero a cinco años que los mismos pediatras seleccionaban según si presentaban alguna sintomatología relacionada con un posible trastorno del desarrollo o si bien se detectaba el riesgo de padecerlo por indicadores de riesgo psicosocial.

Las visitas se realizaban en el centro de atención primaria, juntamente con el profesional del CDIAP y el profesional de la salud (pediatra y/o enfermera pediátrica) desde noviembre de 2018 hasta julio de 2020, con una frecuencia mensual (con un periodo de marzo a junio de 2020 donde se detienen las visitas por la situación de la COVID-19). Las visitas tenían una duración de 30-40 minutos.

Procedimiento

Para realizar el programa de prevención, se utilizan las observaciones realizadas en las revisiones periódicas dentro del programa del niño sano (Generalitat de Catalunya, 2008) o bien en las visitas de salud. Se valoran tanto las observaciones de los pediatras como de las enfermeras pediátricas y son compartidas con el profesional de CDIAP antes de la visita. La terapeuta del CDIAP registró las consultas e impresiones clínicas en un documento narrativo.

Las técnicas utilizadas son comunes a las que habitualmente se usan en el trabajo con padres e hijos (Tizón, 2003), como son: observar las acciones y las reacciones del niño y de los padres, observar la relación entre ellos, interpretar o señalar las acciones o reacciones del niño, ofrecer orientaciones de cómo favorecer la observación y la relación; incidir aspectos favorecedores de la relación, apuntar en lo que ayuda a crecer y flexibilizar sentimientos de culpa en

relación a las dificultades del niño. Se espera que el resultado de estas técnicas sea el de una buena detección y abordaje terapéutico de las dificultades que presentan los niños visitados y, si es necesario, facilitar una “buena” derivación al CDIAP.

Instrumentos

Para mejorar el conocimiento de la situación familiar utilizamos el *Listado de ítems en Salud Mental* (LISMEN; Artigue, Tizón y Salamero, 2016). El LISMEN es un instrumento de exploración biográfica sistematizada que se centra en la infancia y la adolescencia. Su objetivo es recoger una serie de factores de riesgo en el niño o la niña con la finalidad de predecir la posible aparición de un trastorno emocional grave. Los ítems se refieren a los hechos observables que alteran el neurodesarrollo y los procesos de vinculación normales en estas edades. Este cuestionario se ha administrado con anterioridad a las visitas desde pediatría.

Además, desde el servicio, se utiliza un protocolo de uso interno adaptado a las revisiones pediátricas para detectar aquellos niños que presentan dificultades en la comunicación y el lenguaje. Está dividido en las franjas de edad que corresponden a las revisiones del protocolo del niño sano, a los 4/6/9/12/18/24/36 y 48. Dentro de cada franja de edad, se pregunta por los ítems que se consideran imprescindibles que estén presentes. Cuando dos o más ítems no se cumplen, se valora la derivación al CDIAP, juntamente con el terapeuta que realiza la consulta preventiva. Este protocolo es de uso interno y fue elaborado por los profesionales de logopedia del CDIAP (Martí, Sánchez, Sánchez, Ureta y Zafra, 2019). Se acompaña de una hoja de estrategias para las familias adaptadas a cada etapa con el objetivo de favorecer el desarrollo de la comunicación y el lenguaje en la primera infancia.

Análisis de datos

Es un análisis descriptivo en base a una metodología observacional. La profesional que ha hecho el análisis es la misma, para favorecer la coherencia del proceso. Los datos cuantitativos se han analizado en base a la frecuencia en la que se daban.

Resultados

Se visitaron en interconsulta con la psicóloga del CDIAP un total de 29 niños.

La distribución por sexo ha sido de un 79 % de niños y un 21 % de niñas. La media de edad ha sido de 25,7 meses.

Por *franja de edad*: cuatro casos de cero a cinco meses (13,7 %); uno (3,4 %), de seis a 11 meses; cuatro (13,7 %), de 12 a 17 meses; tres (10,3 %), de 18 a 23 meses; nueve (31 %), de 24 a 29 meses; dos (6,9 %), de 30 a 35 meses; y seis (20,7 %), de más de 36 hasta 60 meses.

Según la *conducta problema*: siete casos (24 %) presentan dificultades en el lenguaje; cuatro (13,8 %), de alimentación; cuatro (13,8 %), problemas de relación; tres (10,3 %), riesgo social; tres (10,3 %), desarrollo psicomotriz; dos (6,9 %), movido, inquieto, irritable; el resto de las situaciones: se da un caso en cada situación problema (3,4 %), baja estimulación, dudas de crianza, ansiedades derivadas de una enfermedad orgánica, prematuridad, retraimiento, tartamudeo.

El *motivo de consulta* más frecuente fue el de las dificultades de lenguaje (24 %), seguido de las dificultades de alimentación (13,8 %) y de los problemas de relación (13,8 %).

La *franja de edad* con más niños es la de 24 a 29 meses, donde se espera que realicen algunos de los hitos evolutivos más importantes, como que se inicien a hablar (ver las tabla 1 i 2 del anexo, donde se presentan los niños por edades y la conducta problema).

A través del cuestionario LISMEN (ver tabla 3 del anexo), las puntuaciones obtenidas indican una media de cuatro *factores de riesgo* por el total de la muestra de 29 niños. El cuestionario determina que hay cuatro casos en los que se acumulan 10 o más ítems de riesgo. En estos casos, la acumulación de situaciones adversas indica que podrían desarrollar un trastorno de salud mental en la infancia y la adolescencia, por lo que deberían recibir un tratamiento psicológico preventivo.

Presentamos la siguiente viñeta clínica donde se muestra el trabajo realizado.

Viñeta clínica: niño de 17 meses con dificultades de vinculación.

La pediatra hace demanda de una primera

visita conjunta con el profesional del CDIAP para valorar los aspectos en el desarrollo del niño que preocupan. Las dificultades detectadas por la pediatra y la enfermera pediátrica se relacionan con la falta de lenguaje. Informan que no hay antecedentes familiares ni personales significativos y que las pruebas auditivas al nacer fueron positivas. Entramos en la consulta con la pediatra donde hay el niño, la madre y la enfermera. Me presento a la madre como psicóloga especializada en el desarrollo infantil que trabaja en el CDIAP. Me dirijo al niño saludándole, pero este no me dirige la mirada; sí que noto que me tiene presente. Parece que está intentando conseguir un juguete que ha visto. No busca a la madre para que lo ayude, pero parece que se quiere subir para conseguirlo mientras hace un tono de queja y alza los brazos hacia lo que él quiere. Le digo que quizás quiere alguna cosa que le gusta. Ella lo redirige físicamente, pero no verbalmente, para evitar que se suba y le da las piezas que quiere. Lo pone encima de la litera; entonces, el niño empieza a manipularlas. Observo vocalizaciones, pero no palabras. Le digo a la madre que parece que les preocupa el lenguaje. Le pregunto si dice alguna palabra en casa, me dice que no de manera inespecífica, “que no dice nada”. Pregunto por el día a día de su hijo. La madre comenta que va a la guardería. Pregunto por la edad de inicio de la guardería, me dice que asiste desde los siete meses y que el horario es de las 8 a las 17,45h. Pregunto por cómo fue la entrada en el jardín de infancia, si lloró, si notaron algún cambio, ella responde que no, “que no se quejó”. Observo unas respuestas de carácter concreto con poca manifestación de emoción.

Exploro por cómo es su despertar: si los llama de alguna manera y si les hace saber que se ha despertado. La madre dice que no, que no los llama, que está tranquilo y que muchas veces no se dan cuenta cuando se ha despertado. Mientras, el niño, va mirando hacia diferentes puntos de la habitación y se desplaza, pero no atrae la atención hacia él. Intento captar su atención colocándome enfrente de él y dirigiéndome a él; ahora contacta puntualmente, pero no se interesa por lo que le señalo. Entonces comento que, si aún no le han oído ninguna palabra, sí los mira cuando hablan o le dicen cosas. La

madre responde vagamente que quizá sí que los mira más cuando están sentados en la mesa con ellos.

Durante esta primera entrevista de observación madre-niño, vemos que el niño no busca o no tiene interés por iniciar la interacción. Ella no puede interpretar o poner palabras a lo que siente el niño; entonces se hace más difícil la aparición del lenguaje. En esta fase de la entrevista le propongo a la madre la posibilidad que inicie conversaciones con su hijo, que ella y su padre sean sensibles a los intereses que pueda tener su hijo.

Hablamos de hacer juegos como el “cucú-tras” o bien juegos de esconderse y buscarse y provocar que el niño busque a los padres o viceversa. Este es un juego para favorecer tener presente al otro porque impresiona que no pueda conectar con las necesidades emocionales de su hijo. Con la pediatra destacamos la importancia de buscar su mirada para poder mejorar la capacidad de comunicarse.

Por ahora, pensamos que, aunque la madre tiene la capacidad para desarrollar una comunicación con su hijo, detectamos que hay un bloqueo en este aspecto.

Observamos que inicialmente la madre no quería o no veía la necesidad de hacer una observación, pero al acabar la entrevista manifiesta una disposición a probar lo que hemos estado hablando.

Después de esta primera observación, se acuerda hacer una segunda entrevista al cabo de un mes para poder valorar los posibles cambios en la comunicación y la relación.

En la segunda visita, a los 18 meses de edad, observo que el niño manifiesta más ganas de comunicarse conmigo, hace más vocalizaciones y la madre también se muestra más atenta a los intentos comunicativos del niño. Ella se muestra más abierta y comunicativa conmigo. Va explicando que ha observado que su hijo mira poco y que le cuesta que la mire, pero sí que mira más a la boca cuando hablan. Continúa diciendo que le han comprado una mesa pequeña para poder, así, ponerse con él a jugar. También me muestra unos cuentos que le han comprado y que miran juntos. Identifica al niño con el carácter de su padre, haciendo comparaciones consigo misma, y se coloca en

una posición más activa (“se parece al padre”, “yo soy más activa y él, no”). Parece que la madre ha cambiado de actitud y empieza a pensar qué le puede ir bien o no a su hijo. Sus comentarios reflejan que ha empezado a pensar por ella misma. Busca nuestra aprobación y saber si le podemos sugerir más ideas. Comentamos la importancia de este vínculo con el niño; al hablar de esto, se anima y vemos una madre ilusionada con la crianza de su hijo. Son elementos que muestran cómo empieza a tener representación mental de lo que le puede pasar a su hijo. Explica que irá al jardín de infancia este verano y que también han pensado en ponerle inglés en la tableta.

En esta visita, la madre empieza a hablar del qué hacer, muestra sus preocupaciones y da una interpretación de lo que el niño necesita, de lo que cree que está sintiendo. Y nosotras vemos que el niño lo está notando, reacciona a este cambio, se muestra más comunicativo y no está tan pasivo.

Valoramos el esfuerzo de la madre y cómo la comunicación tiene una cualidad diferente a la que recibe en la guardería. La madre nos dice que también mira a su hijo; observamos en la madre un cambio de actitud e interés diferente. El hecho de haber podido dar a la madre algunas indicaciones y estimular la relación ha hecho que ahora sea una madre diferente en contraposición de la primera entrevista, cuando solo podía registrar pequeños cambios en el comportamiento de su hijo, como que si estaba despierto o no. A los 19 meses, se hace un seguimiento en el CDIAP. Se observó que los padres tenían presentes las visitas en el centro de atención primaria. Comentan que entonces no decía ni “papa”, ni “mama” y casi no miraba ni pronunciaba palabras. La entrevistadora observa que el niño no para de “parlotear”.

Se realiza una visita de seguimiento cuando el niño tiene 24 meses donde va acompañado de la madre. La terapeuta observa que tiene un repertorio amplio de vocabulario. Esta retorna que el desarrollo está dentro de la normalidad por su edad. Durante la visita, observa un niño comunicativo, que se ríe, muy expresivo, que comparte y muestra curiosidad por aprender. La mejora se mantiene a los 29 meses, momento en que finaliza el seguimiento.

Discusión

En estas intervenciones preventivas, frecuentemente a través de un síntoma (lenguaje, sueño, alimentación, etc.), observamos dificultades en la vinculación niño-padre/madre. Son situaciones que no son valoradas como graves por los profesionales de la salud y tampoco por los padres, pero sí por los profesionales de la pequeña infancia, que vemos como estos tipos de problemas pueden derivar en alteraciones más graves del desarrollo en edades posteriores sino son atendidas y detectadas en el momento oportuno (Buitrago, et al., 2018).

Muchos factores intervienen en la forma en cómo el bebé evoluciona desde el principio de su vida, entre los cuales es central la relación y sus interacciones con los padres y las personas de su entorno. Cuando esta relación es saludable, aporta los estímulos necesarios para la maduración del cerebro y de la estructuración de su mente, imprescindible para que todas otras funciones se desarrollen, como son la capacidad de pensar, de representación mental, de simbolización y el proceso de diferenciación o individuación y separación (Torras de Beà, 2007).

En la primera visita de la viñeta, se observan dificultades en la interacción. El niño no se dirige a nadie y no busca a la madre con la mirada o no se interesa en atraer su atención. Sabemos, por nuestra experiencia, que, si esto se mantiene en el tiempo, podría derivar hacia un aislamiento e incluso hacia un repliegue autístico (Golse y Bursztejn, 1992). Algunos autores (Torras de Beà, 2007) hablan del “bebé silencioso”, como bebés que no sonríen, ni reclaman la atención y no transmiten emociones. En estos casos, sino se realiza una intervención a tiempo, algunos de ellos presentarán una evolución con aspectos depresivos importantes y otros hacia un repliegue, como hemos dicho, de características autísticas. En estos casos, es fundamental la detección y la intervención precoz para evitar estos repliegues (Busquets et al., 2018).

Vemos en la viñeta dificultades en los padres para darse cuenta de si el niño los llama o si se ha despertado; nos explican que “no dice nada”. Estos déficits de estimulación son frecuentes en los casos que aparecen dificultades en el desarrollo o la maduración y si son sostenidos en el

tiempo, no se pueden elaborar las experiencias emocionales básicas de vinculación y afecto (Bowlby, 2014).

En la viñeta, se observan respuestas de carácter concreto en los cuidadores que describen aspectos conductuales del niño con poca manifestación de emoción. Desde la perspectiva de la mentalización (Midgley, Ensink, Lindqvist, Malberg y Muller, 2019), a veces los padres tienen dificultades para ver más allá del comportamiento de los hijos y considerar los sentimientos subyacentes. Puede suceder que estos, al no ver la angustia del niño, puedan entrar en círculos viciosos no mentalizadores que impiden el desarrollo del vínculo y el encuentro emocional entre ambos.

Pensamos en la representación mental de los padres y los cambios cuando hay una implicación emocional padres e hijos: a través de la estimulación de los padres conseguimos estimular al niño (Gerhardt, 2008).

En la primera visita de la viñeta, vemos cómo la madre no puede interpretar o poner palabras a lo que siente el niño, aspecto que dificulta la aparición del lenguaje. Cuando observamos y estimulamos este vínculo, estamos favoreciendo y mejorando la cualidad de la interacción, aspectos básicos para desarrollar la capacidad y el deseo de comunicación y, consecuentemente, el lenguaje (Golse y Bursztejn, 1992).

En la primera visita, la terapeuta pregunta sobre cómo es el día a día de su hijo, cómo comunica sus necesidades en casa o cómo se sintió en la entrada a la guardería. El hecho de que los padres puedan informar de estas dificultades es el primer paso para la mentalización de estos, de tomar consciencia de que hay procesos o situaciones que no evolucionan de la mejor forma posible. Es un paso delicado, pues todos los padres piensan o quieren hacerlo de la mejor manera. Tienen la ilusión que lo hacen de la mejor forma.

En la viñeta, la terapeuta se muestra en interacción con el niño y también se propone la posibilidad de que la madre inicie conversaciones con él. Decir a los padres aquello que puede ayudar, únicamente lo podemos hacer en este contexto, donde hay la relación y la confianza que los padres depositan en el pediatra e indirectamente en el psicólogo del CDIAP (Sabrià, 2005).

Como hemos visto en el material de la viñeta, hay alguna dificultad en mostrarse jugando o no saben si lo podrán hacer. En este sentido, un buen trabajo es introducir elementos de juego, hábitos, rutinas que van a paliar estas dificultades de relación. Por este motivo, se sugieren algunos juegos para que lo vayan probando en casa. Poder jugar juntos crea una forma de relación más lúdica y supone un cambio de relación entre padres e hijos.

Sabemos que el juego es para los niños su manera de relacionarse y descubrir el mundo. Ayuda a reforzar la relación entre niño y adulto. Se establecen turnos de diálogo y una interacción en que uno responde a las señales del otro y el niño reacciona delante de las acciones que le ofrece el adulto. El juego permite unas interacciones lúdicas placenteras y divertidas entre los progenitores y el niño que refuerzan, al mismo tiempo, el vínculo (Winnicott, 2007, 2008), como un espacio potencial y de confianza entre el bebé y la figura materna. En la viñeta, se sugieren a los padres juegos de esconderse y buscarse, como el juego del “cucú-tras”. Este se inicia a entre los cuatro y los cinco meses y es la primera actividad lúdica del niño. Consiste en aparecer y desaparecer. Es el momento en que el bebé pasa de una relación única con el cuidador a empezar a establecer una tríada, padre-madre-hijo, que es la base de las futuras relaciones del individuo con el mundo. De su cuerpo salen diferentes sonidos, y es capaz de repetirlos una y otra vez (balbuceo), y son su primer intento de experiencia verbal (Aberastury, 1983).

Así, cuando interactuamos y nos comunicamos, intercambiamos pensamientos, fantasías, asociamos ideas, recuerdos y emociones. En el tratamiento y prevención en niños, se destaca la importancia del juego y sus funciones, como son la comunicación, la experimentación, el desarrollo de la capacidad de simbolización y la elaboración de experiencias (Torras de Beà, 2007).

En nuestra intervención, nos situamos como observadores de la interacción madre-niño; entramos en un clima de confianza suficiente como para poder hablar de situaciones o aspectos que están bloqueando el desarrollo del vínculo (Tizón, 1991). De este modo, la madre puede estar atenta y comunicativa. En la segunda

visita de la viñeta, vemos cómo la madre está más atenta a los intentos comunicativos del niño. Se han fijado en si los mira, han pensado en cómo atraer su atención mirando cuentos juntos o ponerse en una mesa que esté a su altura para facilitar el cara a cara. El hecho de que una pediatra o una psicóloga observe a su hijo hace que el progenitor también se interese por aquello. Provoca el interés de la madre por lo que le puede interesar, por sus potencialidades. En el caso, encontramos una madre que, fruto de la preocupación, sólo podía fijarse en aquellos aspectos que preocupan, mientras falta el interés por aquello que puede hacer o la pueda sorprender.

La investigación empírica ha demostrado que, cuando los padres pueden adoptar una actitud reflexiva, es posible que apoyen a sus hijos en términos de crecimiento emocional, apego seguro y de la propia capacidad de desarrollo del niño (Midgley et al., 2019). Cada vez más autores señalan que el hecho de estar atento a lo que el bebé o el hijo pueda estar pensando o haciendo es fundamental para su desarrollo.

Aprender a observar y ser curioso con la conducta del niño es el primer paso para entenderlo mejor, para poder disfrutar del hijo, para poderse avanzar a lo que pueda necesitar para que la frustración no sea excesiva y poder conectar con su creatividad.

Estimular la capacidad que Bion denomina de “reverie”, de las personas cuidadoras, como la capacidad que tienen de contener los sentimientos y experiencias corporales que le causan malestar y las pueden transformar en una vivencia soportable, es la base del pensamiento y la confianza (Sáinz, 2017).

En la segunda visita vemos cómo los padres empiezan a tener una representación mental de lo que le puede pasar a su hijo y de qué hacer con él. Cuando hay un trastorno de la regulación, observamos que cuando conseguimos despertar las cosas que hace o no hace el hijo a ojos de los padres, ayudamos a que baje el nivel de crítica, se entiende más lo que está pasando y dejan de pensar en si lo hacen bien o mal.

La actitud de “escucha atenta” tiene una función preventiva pero también es una actitud que, al mismo tiempo, puede modificar la forma de la relación y, por tanto, favorece la salud y el

desarrollo del niño (Torras de Beà, 2007).

Es esencial, para el desarrollo, el grado en que los progenitores o cuidadores están emocionalmente disponibles y presentes para el niño, en el sentido de darse cuenta de los mensajes que les envía y puedan, de esa manera, regular su estado emocional (Gerhardt, 2008). Fomentar esta disponibilidad emocional es uno de los objetivos en este programa.

Es importante dedicar un tiempo para que se pueda mirar a los niños en este contexto. Los padres ven cómo los profesionales estamos disponibles, atentos a los mensajes y las señales que envía el niño y cómo les damos respuesta (Tizón, 1991).

La pediatra, junto con la profesional del CDIAP, intentamos mostrar una forma de relación para que los padres lo puedan integrar o imitar. La terapeuta se muestra en interacción con el niño, le habla y busca su atención creando un espacio de juego y diálogo. Aprender a través de observar cómo otra persona se relaciona y hace con su hijo ayuda a integrar nuevas posibilidades de relación. Crear una atmósfera de colaboración y exploración mutuas posibilita que los padres puedan explorar el mundo interno de sus hijos.

Por ese motivo, es tan importante la tarea de detección de los profesionales de pediatría (Sabrià, 2005) que nos permite un trabajo común que activa las capacidades de relación de los progenitores, permite mirar al niño, desbloquea las capacidades de los padres y favorece el desarrollo emocional del hijo. Al mismo tiempo, previene la aparición de posibles dificultades graves que se pueden dar posteriormente si se hubiera mantenido el estilo de relación menos estimulante y poco atenta a las señales que dan los niños. Les ayuda a ser madres y padres que pueden permitirse ser “suficientemente buenas/os”, que no les hace falta ser perfectos y, por tanto, se pueden situar en un estado de humildad necesario para poder aceptar los errores cuando se produjeran. “Lo bastante” sería “se hace lo que se puede” (Midgley et al., 2019).

El papel del terapeuta como alguien que escucha y manifiesta disponibilidad e interés hacia los padres y el niño, sin capacidades mágicas para resolver sus problemas, da a los padres la esperanza de que hablar y probar de entender juntos puede ser útil para su relación y desarrollo. La

no intervención en el momento oportuno o adecuado puede complicar la evolución del niño al generar más ansiedad interna en él (Negri, 2011).

A menudo, en el CDIAP, cuando llegan niños mayores, observamos que algunos han pasado por situaciones similares a las del que hemos presentado aquí. Nuestra experiencia y evidencia clínica nos dice que, para mejorar las dificultades, es necesario atender a la familia y no centrarnos exclusivamente en la sintomatología del niño.

Los primeros meses y años tras haber nacido el hijo constituyen un periodo crítico en el desarrollo de una madre y un padre. En esta fase temprana de la maternidad o la paternidad, los sentimientos de los padres parecen mostrarse más accesibles que en otros períodos y la ayuda psicológica es con frecuencia buscada y bien recibida, y resulta efectiva, ya que las relaciones dentro de la familia son flexibles. Una ayuda relativamente pequeña, proporcionada, con habilidad durante este período, puede dar lugar a resultados duraderos (Bowlby, 2014).

Si se llegaran a estructurar las dificultades en el niño y en los padres, estas serían mayores. Serían necesarios más recursos y el progreso quedaría comprometido porque la sintomatología se convertiría en más grave (Tizón et al., 2008) y sería más difícil poder sensibilizar a los padres, ya que frecuentemente se sentirían más culpables.

Conclusiones

Entendemos que las visitas con el pediatra forman parte del contexto natural del niño. Este entorno facilita que los padres expliquen y compartan de manera espontánea sus preocupaciones respecto al desarrollo, la crianza, el sueño, la alimentación, el lenguaje y el carácter del niño. También permite que se puedan observar las capacidades y competencias que tiene la familia y cómo van resolviendo las dificultades que se van encontrando en el desarrollo del niño.

Este contexto de confianza hace que el profesional del CDIAP que entra en la consulta de pediatría sea visto también como alguien que puede ayudar a su hijo.

El trabajo conjunto con pediatría ha aportado una mayor sensibilización referente a los

aspectos vinculares y relacionales de los niños y sus familias. Se detectan más dificultades de carácter emocional que se comparten con el profesional del CDIAP.

Se ha observado un aumento de las consultas que provienen de pediatría sobre diversas problemáticas, lenguaje, alimentación, conducta, así como una mejora en la comunicación entre los dos servicios, se comparten más casos y se realizan más coordinaciones.

Las familias visitadas en este encuadre hacen una valoración positiva, valoran la presencia del pediatra y de la psicóloga de atención precoz en la consulta de atención primaria.

En este programa, las dificultades observadas se relacionan con la realidad asistencial del servicio de salud, donde al pediatra le es difícil poder ofrecer un espacio de 30-40 minutos para poder realizar este tipo de visitas. Al mismo tiempo, disponer de un espacio físico más cercano al centro de salud facilitaría el trabajo asistencial y la coordinación entre equipos.

Agradecimientos

Agradecimientos a Jordi Artigue, por su apoyo y experiencia, al Equipo de Pediatría del centro de Atención Primaria de Vilafranca del Penedès (Barcelona) y, en especial, a Anna Gatell y Alba Vergés por su entusiasmo y cercanía. Al equipo del CDIAP y a la Fundació l'Espiga por darme la oportunidad de crecer con la pequeña infancia.

Bibliografía

Aberastury, A. (1998). *El niño y sus juegos*. Barcelona: Paidós.

Artigue, J., Tizón, J. y Salamero, M. (2016). Reliability and Validity of the List of Mental Health Items (LISMEN). *Schizophrenia Research*, 176(2-3), 423-430.

Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata.

Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Chocrón Bentata, L., Carmen Fernández Alonso, M., García Campayo, J., Montón Franco, C. y Tizón García, J. (2018). Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria.

Actualización PAPPS 2018. *Atención Primaria*, 50 (1), 83-108.

Busquets, L., Miralbell, J., Muñoz, P., Muriel, N., Español, N., Viloca, L. y Mestres, M. (2018). Detección precoz del trastorno del espectro autista durante el primer año de vida en la consulta pediátrica. *Pediatría Integral*, XXII(2), 1-6.

Diputació de Barcelona (2001). *Llibre blanc de l'atenció precoç*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Departament de Salut, Generalitat de Catalunya (2008). *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica: infància amb salut*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública.

Gerhardt, S. (2008). *El amor maternal*. Barcelona: Albesa.

Golse, B. y Bursztejn, C. (1992). Pensar, hablar, representar. *El emerger del lenguaje*. Barcelona: Masson.

Heckman, J. (2011). El poder de los primeros años: políticas para fomentar el desarrollo humano. *Infancias imágenes*, 10(1), 74-83.

Martí, L., Sánchez, J., Sánchez, P., Ureta, A. y Zafra, G. (2019). *Protocol de detecció dels signes d'alerta en el desenvolupament de la comunicació i el llenguatge*. Documento de trabajo interno del CDIAP Alt Penedès L'Espiga no publicado.

Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N. y Muller, N. (2019). *Tratamiento basado en la Mentalización para niños. Un abordaje de tiempo limitado*. Bilbao: Ed. Desclée de Brower.

Negri, R. (2011). La consulta terapèutica en els primers mesos de vida. *Desenvolupament infantil i atenció precoç: revista de l'Associació catalana d'Atenció Precoç*, 32, 2-16.

Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020* [en línea]. Recuperado de http://www.who.int/mental_health

Sabrià, J. (2005). Aspectos psicosociales en la pediatría de atención primaria. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 5, 41-46.

Sáinz Bermejo, F. (2017). *Winnicott y la perspectiva relacional en el psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Herder.

Tizón, J. L. (1991). La observación terapéutica del niño junto con su madre en la clínica infantil.

Clínica y Análisis Grupal, 13(3), 417-443.

Tizón, J. L. (2003). La psicoterapia breve padres-hijo: ¿una técnica diferenciada? *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 1, 43-70.

Tizón, J. L., Artigue, J., Parra, B., Sorribe, M., Ferrando, J., Pérez, C., Pareja, F., Gomà, M. y Marzari, B. (2008). Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva? *Clínica y Salud*, 19(1),

27-58.

Torras de Beà, E. (comp.) (2007). *Normalidad, psicopatología y tratamiento en niños, adolescentes y familia*. Valls (Tarragona): Lectio.

Winnicott, D. (2008). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

Winnicott, D. (2007). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Argentina: Paidós.

Anexos

Tabla 1. Distribución de la muestra por edades

De 0 a 5 meses	4
De 6 a 11 meses	1
De 12 a 17 meses	4
De 18 a 23 meses	3
De 24 a 29 meses	9
De 30 a 35 meses	2
De >= 36 meses	6
TOTAL NIÑOS/AS	29

Tabla 2. Distribución de la muestra según conducta problema

Movido/inquieto/irritable	2
Alimentación	4
Dificultades de lenguaje	7
Problemas de relación	4
Riesgo social	3
Baja estimulación	1
Dudas de crianza	1
Ansiedades derivadas de una enfermedad orgánica	1
Desarrollo psicomotriz	3
Prematuridad	1
Retraimiento	1
Tartamudeo	1
TOTAL DE NIÑOS/AS	29

Tabla 3. Distribución de la muestra según factores de riesgo (LISMEN)

De 0 a 5 factores de riesgo	21
De 5 a 9 factores de riesgo	4
≥ 10 factores de riesgo	4
TOTAL DE NIÑOS	29