

Note: THIS IS A PAPER IN SPANISH WITH AN ABSTRACT IN ENGLISH. THE TITLE MEANS "WHY AND HOW OF INFANT MENTAL HEALTH" AND A modified (shortened) version of the paper that appeared in the journal.

Maldonado-Durán, JM., Saucedo-García, JM, Lartigue, T. Karacostas V.La Salud Mental del Bebe. Nuevas Evidencias [Infant Mental Health. Newevidence]Salud Mental. , 2000. Vol. 25. No.6. 59-67

EL PORQUÉ Y EL CÓMO DE LA SALUD MENTAL DEL BEBÉ. Descripción basada en la evidencia.

THE WHY AND "HOW TO "OF INFANT MENTAL HEALTH. An evidence-based description.

Dr. J. Martín Maldonado-Durán

Investigador, Centro del Niño y la Familia. Clínica Menninger, Psiquiatra infantil, Family Service and Guidance Center.

325 Frazier Ave. Topeka, Ks. USA 66604

E MAIL mmaldonado@fsgctopeka.com

Dr. Juan Manuel Saucedo García,

Asesor de la dirección. Hospital Juan N Navarro

Avenida San Fernando y Calzada de Tlalpan

Mexico D.F. Mexico

Dra. Teresa Lartigue,

Investigadora, Sistema Nacional de Investigadores CONACYT, Jefa, Servicio de Salud Reproductiva. Instituto Nacional de Perinatología. Calzada de Virreyes S/N

Mexico D.F. Mexico

Dr. Velissarios Karacostas.

Residente de Psiquiatría Infantil.

Baylor College of Medicine

7530 Brompton Rd .Apt 758

Houston, Texas, USA. 770225

RESUMEN

Se resume la evidencia más significativa sobre la importancia de la salud mental del lactante y su implementación tanto clínica como preventiva. Se revisa la importancia del desarrollo temprano del cerebro, su necesidad de estímulo para que se establezcan sinapsis y vías refinadas, así como el impacto negativo de experiencias adversas, lo que hace a la infancia temprana un período de gran vulnerabilidad. Se describen algunos estudios longitudinales que conectan factores de la infancia temprana con criminalidad y timidez excesiva en la edad adulta. Se resumen los estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de llanto excesivo, problemas de dormir y la alimentación, así como de ansiedad, trastorno traumático y la depresión materna. Se abordan técnicas de intervención clínica y la escasa evidencia sobre su eficacia, subrayando las indicaciones y diferencias entre los diversos enfoques terapéuticos. Finalmente, se aborda el efecto

de la intervención temprana (durante el embarazo, período neonatal y visitas domiciliarias) como factor de prevención de psicopatológica a largo plazo.

Palabras clave: lactante, psicopatológica, prevención, psicoterapia padres-bebé.

INTRODUCCIÓN

El propósito de este artículo es presentar algo de la evidencia reciente sobre la relevancia de la salud mental del lactante (desde el embarazo a los 36 meses de edad), su significado y cómo se puede intervenir clínicamente. Deseamos estimular a los profesionales de salud mental a adentrarse en esta práctica y darse cuenta de la importancia de la intervención temprana.

EL PORQUÉ DE LA SALUD MENTAL DEL LACTANTE

Nueva información sobre el desarrollo del cerebro.

Existe nueva información que correlaciona el desarrollo del cerebro con los cambios cognoscitivos y conductuales en el bebé (1). El cerebro aumenta de tamaño y peso rápidamente durante el tercer trimestre intrauterino y el primer año de vida, hay una constante migración neuronal y depositación de las capas de la corteza, y mielinización paulatina. Este período de migración neuronal, el establecimiento de nuevos “circuitos” y su funcionamiento conjunto hacen posibles las asombrosas capacidades cognoscitivas del recién nacido (2) y el lactante.

Es éste un período de rápida reproducción de neuronas así como de destrucción de muchas otras con el propósito de formar vías funcionales refinadas, que son necesarias para la especialización de las diferentes áreas del cerebro. El bebé necesita un suplemento considerable de nutrientes (pues triplica su peso entre el nacimiento y el primer cumpleaños) además de estímulo, que se le presente nueva información y constantes cuidados. Esta gran dependencia de sus cuidadores lo hace más vulnerable a experiencias negativas y la falta de estimulación, que pueden causar retrasos o desviaciones en su desarrollo.

La maduración cerebral se asocia con cambios cognoscitivos y conductuales en el bebé, como la desaparición de los reflejos primitivos (p.ej. de prensión, de hociqueo, de Moro) alrededor del tercer mes de vida (3). La aparición de señales de apego hacia sus cuidadores poco después de los seis meses, y más tarde, la ansiedad de ante extraños a los 8 o 9 meses, y de separación alrededor de los 10 y 11 meses. Ocurre una “explosión” en el desarrollo del lenguaje después del primer cumpleaños. Hacia el año y medio de vida el bebé se da cuenta, al mirarse al espejo, que es él mismo quien está allí. Asimismo, la falta de alimentación, de estimulación (lingüística y de otros estímulos auditivos, visuales, táctiles, propioceptivos, etc.) pueden producir retraso o alteraciones en el comportamiento o desarrollo emocional del bebé.

Vygotsky (4) señaló la importancia de la interacción con el medio ambiente interpersonal para promover el desarrollo, que antes se consideraba “innato”: las interacciones promueven el desarrollo del lenguaje, cognoscitivo y aún motor, que ahora se saben dependientes de un estímulo óptimo (5, 6,7). La falta de estímulo táctil en el recién nacido puede asociarse con menor ganancia de peso y menos

aprovechamiento de los nutrientes que el bebé ingiere, como lo sugieren estudios sobre los efectos del masaje (8, 9).

Los primeros años de la vida son también de gran vulnerabilidad al estrés psicosocial y al trauma psicológico. Éstos producen elevación crónica de cortisol sérico y neurotransmisores relacionados con el estrés (10), lo que produce daño a áreas específicas del cerebro^{1[1]}, entre otras el área límbica (11). Esto puede afectar adversamente la capacidad del niño para sentir empatía, compasión y poder autorregular su nivel de actividad, sentir miedo normal y autoinhibirse cuando es necesario. Por todo lo anterior es indispensable tratar de intervenir cuando el bebé está expuesto a demasiado estrés, maltrato o privación afectiva o de estímulos.

Investigaciones Longitudinales

Las experiencias durante la infancia temprana pueden ser precursoras de algunas dificultades mayores. Varios investigadores han evaluado longitudinalmente la “carrera” de un criminal. Farrington y cols.(12), encontraron por análisis de regresión factores de la infancia temprana que se correlacionan con un criminalidad en la edad adulta. Como el antecedente de maltrato, presenciar violencia doméstica o tener un padre que haya sido convicto por un crimen. Otros estudios encuentran correlación con hiperactividad en la edad preescolar, si hay además impulsividad y falta de miedo, y búsqueda constante de estímulos (13) así como tratos agresivos por parte de los padres (14). Estos son los “ingredientes” necesarios para llegar a la criminalidad y lo que ésta representa en cuanto al funcionamiento psicosocial del individuo (15, 16). Otros estudios longitudinales demuestran la persistencia de dificultades como la timidez excesiva, que se observa desde la lactancia hasta la vida adulta cuando no hay ninguna intervención, según los resultados de Caspi en Dunedin, Nueva Zelanda con 800 personas (15, 17). La timidez excesiva tiene un peor pronóstico para los varones. Un estudio mucho menos ambicioso, de seguimiento de 120 bebés vistos durante la infancia temprana y reevaluados a los cuatro años de edad (por medio de la escala conductual de Achenbach) por nuestro equipo, encontró que el factor de predicción más importante en términos de la persistencia o no de psicopatología era la calidad de los cuidados de los progenitores del niño o niña, evaluados durante la intervención inicial. Los cuidados de los padres tuvieron precedencia aún sobre la gravedad y número de síntomas que pudiera tener el bebé^{1[2]}. Todo lo anterior nos habla de la importancia de los factores relacionales y las experiencias tempranas, los cuales son susceptibles de ser modificados por medio de una intervención psicosocial temprana. Entonces, ¿por qué esperar hasta que haya problemas psicosociales graves si se puede intervenir y tal vez remediar algo cuando la dificultad ya es manifiesta?

La etapa perinatal es un “período crítico” en que los padres están más sensibles a las sugerencias y opiniones del personal de salud, de hecho a veces el tener un hijo(a) es un momento “encrucijada” que puede cambiar la vida del adulto que había venido teniendo problemas psicosociales, hacia un curso más favorable (18).

^{1[2]} Maldonado-Durán y cols, sometido a dictamen para publicación

Evidencia sobre los factores de resiliencia

¿Qué es lo que hace posible al niño(a) “resistir” la influencia negativa de las situaciones adversas o de desventaja psicosocial? Hay alguna información sobre los factores que hacen posible un resultado favorable a largo plazo (19, 20, 21, 22, 18). E. Werner con su grupo (23, 24, 25 por medio del seguimiento de bebés hasta la edad adulta (42 años), han discernido algunos de los factores de resiliencia. Éste y otros estudios indican que uno de ellos es tener un “temperamento fácil” (el bebé es rítmico, tranquilo, puede enfocar su atención y que no llora demasiado, se adapta fácilmente a lo nuevo). Otras características observadas desde la primera infancia: ser “sociable”, tener un buen sentido del humor, ser inteligente y atractivo(a) físicamente. Con esta información se podría identificar a los bebés en mayor riesgo y ayudarlos a promover la aparición de características de resiliencia que los ayuden a hacer frente a la adversidad.

Existencia de dificultades emocionales y conductuales en la primera infancia (Estudios Epidemiológicos)

La tasa de prevalencia de trastornos es similar a la de los escolares y adolescentes (26) entre 15 y 20% tienen alguna alteración importante. Es frecuente que estos problemas sean ignorados por el personal de salud de atención primaria, esperando que desaparezcan por sí solos o simplemente por no saber qué recomendar a la familia. Varios estudios en población abierta han encontrado entre el 15 y 20% de bebés tienen problemas significativos para dormir (27) cifra semejante a la encontrada en los problemas de alimentación (28, 29, 30, 31). El llanto excesivo se estima entre el 10 y 15% (32, 33, 34, 35). Los trastornos emocionales, depresión o de ansiedad se reconocen clínicamente en el bebé pero no se sabe su prevalencia (36). Se sabe aún menos sobre la frecuencia de los llamados “trastornos en la relación” entre progenitor y lactante (37), los cuales se conciben como un trastorno en la interacción que se da entre ellos (por ejemplo relación controladora, de poco involucramiento, ansiosa, etc.) Otras dificultades que afectan al bebé pero no son un trastorno en el menor mismo son la depresión materna postnatal y la violencia doméstica. La primera tiene con una frecuencia de entre 15 y 20% de todas las nuevas madres, siendo mayor su prevalencia aún entre más estresores y experiencias negativas existan. La depresión materna tiene un impacto negativo en las emociones del bebé: llanto excesivo, irritabilidad, trastornos del sueño y dificultades conductuales (hiperactividad y conducta agresiva) en la edad escolar (38, 39) o bien tendencias cognoscitivas depresivas (40). La violencia doméstica ocurre en alrededor del 15% de todas las familias en países como E.E.U.U. y el Reino Unido, pudiendo causar ansiedad postraumática en el niño (41).

En una encuesta nuestra reciente (41) con 120 bebés sanos, usando un breve instrumento de tamizaje también encontró alrededor de 25% bebés con las dificultades arriba anotadas. Siendo tan frecuentes estos problemas ¿por qué no se les atiende? El llanto excesivo puede asociarse con maltrato del bebé, golpes y con el síndrome de sacudimiento (42, 43). En una encuesta anónima reciente en Holanda (44), alrededor del 5% de las madres decía haber golpeado o sacudido a su bebé durante los primeros cuatro meses de vida. Los problemas de alimentación, pueden causar gran ansiedad a los padres y llevar al fallo del crecimiento y retraso de crecimiento estatural. La pobre nutrición en la infancia temprana se ha asociado hipertensión y mayor riesgo de

enfermedad coronaria en la edad adulta ^{1[3]}(45,46). La privación del sueño conlleva dificultades para el niño(a) y sus padres. En el bebé se asocia con mayor irritabilidad e “hiperactividad” durante el día (47)

EL “CÓMO” DE LAS INTERVENCIONES

Evaluación Observación e interacción directa con el o la bebé

El bebé en realidad sí “habla”: con su cuerpo y movimientos, expresando sus emociones y por interacciones con otras personas y su entorno. Expresa libremente sus reacciones y no teme lo que se va a pensar de él o ella. Hay que observar su estado de ánimo, si pone atención y mira a los ojos. Debe en algún momento intentarse interactuar directamente con el lactante. Se observan sus reflejos, la calidad de sus movimientos finos y gruesos, su reacción a los estímulos sensoriales (visuales, auditivos, táctiles, vestibulares, etc.) así como su uso del “lenguaje” (aún en el bebé de dos meses de edad, que ya tiene “conversaciones” con sus padres), y si tiene capacidad de reciprocidad social.

Observación de interacciones padres-bebé

Se puede utilizar una técnica “etológica”, es decir, que va más allá de las palabras y el lenguaje, observa señales y respuestas, la proximidad corporal (“danza interactiva”), la conducta instintiva, el involucramiento emocional, las expresiones faciales, respiración, etc. Además de esto se nota qué dice el progenitor sobre el niño o niña, qué tanta calidez se percibe.

El papel del observador

El entrevistador trata de identificarse empáticamente con el bebé: ¿qué se sentiría ser este bebé?. También se “pone en el lugar” de cada uno de los progenitores. Mientras presta atención a la semiología de los síntomas que se le presentan (duración, intensidad, gravedad, etc). Por último, ¿qué está sintiendo el evaluador ante la situación? (48.)

TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

Una descripción más completa trabajo, pero puede encontrarse en diversos trabajos (49) aquí se enfatizan las diferencias entre los diversos enfoques y sus indicaciones.

Psicoterapia psicodinámica breve padres-bebé

Esta modalidad ha sido descrita por Cramer (48,50) y principalmente en Ginebra, Suiza (y es similar a la consulta terapéutica descrita por Lebovici). Consiste en unas seis sesiones. Utiliza técnicas psicodinámicas para evocar los sentimientos y fantasías de los padres, es no-directiva y presta atención particular a las proyecciones inconscientes de los padres hacia el bebé sintomático. Los autores han notado su eficacia en estudios de seguimiento (50). Se utiliza sobre todo con familias íntegras, que no tienen demasiados estresores psicosociales.

Guía de Interacción

Hay evidencia empírica de que esta técnica, descrita por McDonough en Michigan E.E.U.U., puede ser útil para resolver problemas del bebé sintomático. Se ha utilizado con “familias inalcanzables” o multi-problema, agobiadas por múltiples estresores y con pocos recursos emocionales, aisladas y que desconfían de terapeutas. Consiste en realizar videograbaciones de interacciones padre-bebé y enfocarse solamente en las interacciones exitosas o positivas. Éstas se visualizan con la familia y gradualmente se ayuda a la familia a promover esta clase de interacciones.

Psicoterapia bebés-padres.

Descrita por Alicia Lieberman (51), se utiliza también con familias que han sufrido múltiples pérdidas, transiciones, desilusiones y que no confían en profesionales: familias muy difíciles de tratar. Poco a poco se establece una relación de confianza. No se hacen observaciones críticas ni se dan “instrucciones” a los padres. El terapeuta puede dar ayuda práctica (no es anónimo ni neutral) y gradualmente introduce con la vida emocional del bebé y de los padres. Se intenta que los padres tengan una “experiencia correctiva de apego” que se traducirá en mayor sensibilidad con su bebé(51).

En E.E.U.U. en general se pone más énfasis en la contribución del bebé a las dificultades que están ocurriendo de lo que es común en la mayoría de los países europeos. Es preferible aprender varias técnicas y poder utilizarlas de modo flexible (52).

¿Intervención temprana como prevención?

Una pregunta abierta es si estas intervenciones terapéuticas evitan que el trastorno se haga mayor o continúe (53). Pese a la impresión de muchos clínicos que trabajan en este campo de que tal cosa sí ocurre, no hay evidencia empírica al respecto.

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

Se describen programas de intervención temprana que han tenido mayor significancia (54).

Prevención antes del nacimiento del bebé.

Terapia matrimonial pre-parental. HC Heinicke (55) demostró que si antes de que naciera el bebé la pareja de futuros padres tenía varias sesiones enfocadas a la resolución de conflictos, expresar mejor sus emociones y buscar apoyo mutuo, una vez nacido el bebé los padres eran más sensibles con el bebé, sobre todo la madre. El bebé más frecuentemente tenía un apego seguro.

Etapa Postnatal

Klaus y Kennel(56,57)tratan de favorecer que se dé un buen vínculo materno-infantil en el periodo post-parto inmediato. Por medio de un estudio aleatorio y controlado, ha demostrado por ejemplo, que si en lugar de interferir en el encuentro piel a piel entre el bebé y su madre inmediatamente después del nacimiento se les “permite” estar en contacto, y al bebé buscar el alimento y mamar, un año más tarde la madre es más

paciente con el niño(a), más sensible y hace atribuciones más benignas de la conducta del menor. También, han observado que si la mujer tiene más apoyo psicosocial durante el trabajo de parto (por ejemplo con una *doula*), además de haber menos complicaciones, la madre tiene mejor autoestima, y es más cariñosa y sensible con su hijo meses después (58).

Etapas de lactancia y visitas domiciliarias.

Las visitas domiciliarias se practican en un número de programas en EE.UU. y otros países con el propósito de ayudar a los nuevos padres a atender a su hijo, a reducir el aislamiento en que viven muchas familias o madres solteras o con graves dificultades psicosociales. No se brinda terapia *per se*, sino ayuda y apoyo psicosocial. Hay controversia sobre su eficacia, si realmente ayudan, y si así es, cuáles son los ingredientes que las hacen útiles. Varias revisiones recientes (59, 60,61,62,63) indican que los programas más eficaces son aquéllos en los que participan enfermeras, más bien que otros visitantes entrenados. También, si el programa de visitas es corto (varias semanas) y si se provee información práctica y concreta a los padres, o se les muestran cómo resolver problemas. La evidencia existente sugiere que los programas de visita domiciliaria ayudan a que el niño tenga un mejor desarrollo del lenguaje o cognoscitivo, menos enfermedades físicas en los primeros años de la vida (59,60) y menos dificultades conductuales. En cuanto a la prevención del maltrato al niño, la evidencia sugiere (62,63) que los programas más prometedores son aquéllos que tienen un componente de visitas domiciliarias, pero a largo plazo (por espacio de dos o tres años) y que ayudan a los padres a resolver problemas respecto a la crianza de los hijos. También hay datos de que pueden disminuir el riesgo de conducta criminal cuando el hijo es un adolescente, es decir, que podría tener efectos preventivos a largo plazo (59, 60) así como menos de los efectos negativos asociados con la depresión materna (63).

Provisión de guardería al bebé en alto riesgo.

Un número de estudios como el *Yale Child Welfare Project*(64), así como el *Syracuse University Family Development Project* (65) y otros, estudios a largo plazo y con grupo control, demuestran que el proveer cuidados de guardería y visitas domiciliarias ayudan a que el niño no sea maltratado, tenga mejor aprovechamiento escolar a largo plazo, y menos dificultades como criminalidad en la adolescencia (efecto durmiente). Entonces, la pregunta es si conviene invertir recursos tempranamente o más bien tarde, cuando ya el niño en riesgo ha crecido y ha tenido falla escolar, conducta agresiva o antisocial. La evidencia sugiere que es más económico y humano intervenir temprano, en estos períodos “sensibles [o de la vida del bebé y la familia. Después de todo ¡ los bebés no pueden esperar!

BIBLIOGRAFIA

46. BARKER D J P, OSMOND C, RODIN I, FULL C H D , WINTER P H. Low weight gain in infancy and suicide in adult life, *British Medical Journal*, 311: 1203, 1995
42. BECKER J C, LIEBRICH R, TAUTZ C, Shaken Baby Syndrome: report on four pairs of twins. *Child Abuse Negl* 22:931-937, 1998
65. BECKWITH L, SIGMAN M D. Preventive interventions in infancy. *Child Adol Psychiatr Clin North Am* ,4: 683-700. 1995
47. BOWER C M, GUNGOR A, Pediatric obstructive sleep apnea syndrome. *Otolaryngologic Clin North Am*, 32:49-75,2000

3. BROWN J K, OMAR T, O'REGAN M. Brain development and the development of tone and movement. En: Connolly KJ, Forssberg H, (eds.) Neurophysiology and neuropsychology of motor development. *Clin Dev Med* No. 143-144. London: Mc Keith Press: 1-41. 1997
15. CASPI A; The child is father of the man: personality continuities from childhood to adulthood. *J Pers Soc Psychol*. 78:158-172 ,2000
17. CASPI A, SILVA K Temperamental qualities at age three predict personality traits in young adulthood: longitudinal evidence from a birth cohort. *Child Dev*, 66:486-498, 1995
19. CEDERBLAD M The children of the Lundby study as adults: a salutogenic perspective. *Eur Child Adolesc Psychiatry*;5:38-43, 1996
20. CEDERBLAD M, DAHLIN L, HAGNELL O, HANSSON K . Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals. Follow-up of the children from the Lundby study grown up in families experiencing three or more childhood psychiatric risk factors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*; 244:1-11, 1994
21. CEDERBLAD M, DAHLIN L, HAGNELL O, HANSSON K; Intelligence and temperament as protective factors for mental health. A cross-sectional and prospective epidemiological study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* ;245:11-19, 1995
38. COOPER P J, TOMLINSON M, SWARTZ L, WOOLGAR M, MURRAY L, MOLTENO C .Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *Br J Psychiatry*, 175: 554-558, 1999
50. CRAMER B, ROBERT-TISSOT C, STERN D N, SERPA-RUSCONI S, DE MURALT U, BESSON G, PALACIO-ESPASA F, BACHMANN J P, KNAUER D, BERNER C, D ARCIS U. Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: A preliminary report. *Infant Mental Health Journal*, 17:97-114, 1996
43. CROWE H P, ZESKIND P S, Psychophysiological and perceptual responses to infant cries varying in pitch: comparison of adults with low and high scores on the Child Abuse Potential Inventory. *Child Abuse Negl* 15:19-29, 1992
3. EINSPIELER C, PRECHTL HF, FERRARI F, CIONI G, BOS AF. The qualitative assessment of general movements in preterm, term and young infants--review of the methodology. *Early Hum Dev*, 50:47-60, 1997
12. FARRINGTON D P: Psychosocial predictors of adult antisocial personality and adult convictions. *Behav Sci Law*, 18:605-622. 2000
8. FIELD T M: Massage therapy effects. *Am Psychol*, 53:1270-1281, 1998
54. FONAGY P, Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19: 124-150, 1998
36. GUEDENEY A. La dépression du nourrisson: nécessité d'une définition et d'une évaluation précises. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 7 : 436-440, 1990
55. HEINICKE H C, BECKWITH L, THOMPSON A, Early intervention in the family system: A framework and review. *Infant Mental Health Journal*, 9: 111-141, 1988
9. HERNANDEZ REIF M, FIELD T, DIEGO M, BEUTLER J: Evidence-based medicine and massage. *Pediatrics*, 108:1053. 2001
11. HERSCHKOWITZ N. Neurological bases of behavioral development in infancy. *Brain Dev*, 22:411-416, 2000
10. KAUFMAN J, CHARNEY D: Effects of early stress on brain structure and function: Implications for understanding the relationship between child maltreatment and depression. *Dev Psychopathol*, 13:451-471. 2001
56. KENNEL J H, KLAUS M H Bonding: recent observations that alter perinatal care. *Pediatr Rev*, 19:4-12, 1998
57. KENNEL J H , MC GRATH S, What babies teach us: the essential link between baby's behavior and mother's biology. *Birth*, 28:20-1, 2001
58. KLAUS, M H, KENNEL J H The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Paediatr*, 86:1034-1036, 1997
49. LARTIGUE T, MALDONADO-DURÁN J M. Psicoterapias padres-bebé. En Salles M, (ed.) *Manual de psicoterapia infantil*. Plaza y Valdez Mexico. 339-388, 2001
48. LEOVICI S: Le pratique des psychotherapies mères-bebés par Bertrand Cramer et Francisco Palacio-Espasa. *Psychiatrie Enf* 37:415-427, 1994

51. LIEBERMAN A F, WESTON D R, PAWL J H. Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Dev* 62: 199-209, 1991.
14. LOEBER R, FARRINGTON D P: Young children who commit crime: epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Dev Psychopathol*, 12:737-762, 2000.
45. LUCAS A. Role of nutritional programming in determining adult morbidity, *Archives of Disease in Childhood*, 71: 88-90. 1994
62. MACMILLAN H L, Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *Am J Orthopsychiatry* 71:171-181, 2001
63. MACMILLAN HL , MACMILLAN J H, OFFORD D R , GRIFFITH L, MACMILLAN A , Primary prevention of child physical abuse and neglect. A Critical Review. Part 1. *J Child Psychol Psychiatry* 35: 835-874. 1994
2. MALDONADO-DURÁN JM. La conducta del recién nacido normal. En Jasso- Gutiérrez L (ed.) *Neonatología. Temas de Pediatría*. Asociación Mexicana de Pediatría AC. Ed. Interamericana-McGraw Hill. Mexico DF: 49-59, 1996
31. MALDONADO-DURÁN JM. A new perspective on Failure to Thrive. *Bulletin of Zero to Three. National Center for Infants, Toddlers and Families* :21. No. 1. 2000
7. MALDONADO-DURÁN J M, GLINKA J: Motor Skills Disorders. Textbook of Pediatrics. Textbook of Pediatrics. eMedicine
8. MALDONADO-DURÁN JM, MILLHUFF C. Posttraumatic stress disorders. En. Textbook of Pediatrics. eMedicine
32. MALDONADO-DURÁN JM, SAUCEDA J M. Excessive crying and regulatory disorders in infants. *Bull Menninger Clin*, 60: 62-78, 1996
26. MALDONADO-DURÁN JM, SAUCEDA J M. Epidemiología de los trastornos psiquiátricos del niño y el adolescente. En: Saucedo-García, JM, Maldonado-Durán, JM. (eds.) . *Psiquiatría. Temas de Pediatría*. Academia Mexicana de Pediatría. Editorial Interamericana-McGraw-Hill. 31-48. Mexico DF, 1998
28. MALDONADO-DURÁN JM, SAUCEDA J M. Los problemas de alimentación en la primera infancia. En Lartigue T, Maldonado-Durán J M, Ávila H. (eds.) . *La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo*. Asociación Psicoanalítica Mexicana y Plaza y Valdez. 133-162. Mexico D.F. 1998
41. MALDONADO-DURÁN J M, HELMIG L, MOODY C. Signos de alarma en la detección temprana de problemas emocionales y conductuales en el bebé. *Perinatología y Reproducción Humana*, 15:21-30,2001
28. MALDONADO-DURÁN JM, SAUCEDA J M. Los problemas de alimentación en la primera infancia. En Lartigue T, Maldonado-Durán J M, Ávila H. (eds.) . *La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo*. Asociación Psicoanalítica Mexicana y Plaza y Valdez. 133-162. Mexico D.F. 1998
22. MASTEN AS, HUBBARD JJ, GEST SD, TELLEGE A, GARMEZY N, RAMIREZ M L, Competence in the context of adversity . Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Dev Psychopathol*, 11:143-169, 1999
16. MOFFIT T E, CASPI A; Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Dev Psychopathol*,13:355-375, 2001
52. MURATORI F, MAESTRO S, TANCREDI R, PFANNER P. Interventi terapeutici flessibili [Intervenciones terapéuticas flexibles] En Muratori, F (ed) *La nascita della vita mentale e i suoi disturbi. Argomenti di psicopatologia della primai nfanzia* (El nacimiento de la vida mental y sus alteraciones. La psicopatología de la primera infancia). Edizioni del Cerro. Pisa.166-184 1999
39. MURRAY L, COOPER P, Effects of postnatal depression on infant development. *Arch Dis Child* 77: 99-101, 1997
40. MURRAY L, WOOLGAR M, COOPER P, HIPWELL A, Cognitive vulnerability to depression in 5-year-old children of depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry*. 42:891-899, 2001
60. OLDS D, HENDERSON CR, COLE R, ECKENRODE J, KITZMAN H, LUCKEY D, PETTIT L, SIDORA K, MORRIS P, POWERS J. Long term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15 year follow up of a randomized controlled trial. *JAMA*,14: 1248-1244. 1998
61. OLDS D, HILL P, ROBINSON J, SONG N, LITTLE C. Update on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Curr Probl Pediatr* 30: 107-141, 2000
41. OSOFSKY JD The impact of violence on children. *Future Child*, 9: 33-40, 1999
34. PAPOUSEK M, von HOFACKER N. Persistent crying in early infancy: a non-trivial condition of risk for the developing mother-infant relationship. *Child Care Health Dev*, 2:395-424, 1998
64. PROVENCE S, NAYLOR A. *Working with disadvantaged parents and children. Scientific issues and practice*. Yale University Press, New Haven, 1983

13. RAINE A, REYNOLDS C, VENABLES P H, MEDNICK S A, FARRINGTON D P. Fearlessness, stimulation-seeking, and large body size at age 3 years as early predispositions to childhood aggression at age 11 years. *Arch Gen Psychiatry*, 55: 745-751, 1999
29. RAMSAY M. Feeding Disorder and failure to thrive. *Child Adol Psychiatr Clin North Am* : 4 , 605-616, 1995
18. RUTTER M. Transitions and turning points in developmental psychopathology as applied to the age span between childhood and mid adulthood. *International Journal of Behavioral Development*, 19:603-626, 1996
30. SKUSE D, WOLKE D, REILLY S. Failure to thrive. Clinical and developmental aspects. En: Remschmidt H. y Schmidt M. (eds.) *Developmental psychopathology, child and youth psychiatry. European perspectives*. Vol. 2. Hogrefe & Huber. 46-71. Göttingen, 1991
33. ST JAMES-ROBERTS I, HALIL T. Infant crying patterns in the first year: normal community and clinical findings. *J Child Psychol Psychiatry* 32: 951-958, 1991
6. THELEN E: Motor Development. A new synthesis. *Am Psychol* : 50: 79-95, 1995
53. UPSHUR C C, Early intervention as preventive intervention. En: Meisels S J y Shonkoff, J P (eds.) *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge University Press. Cambridge. 633-650, 1991
44. VAN DER WAL M F, VAN DEN BOOM D C, PAUW PLOMP H, DE JONGE G A, Mothers' reports of infant crying and soothing in a multicultural population. *Arch Dis Child*, 79:312-317, 1998
59. VAN IJZENDOORN M, JUFFER F, DUYVESTYEN M G, Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment. A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *J Child Psychol Psychiatry*. 36. Vol. 2. 225-248, 1995
4. VYGOTSKY L. *Thought and Language*. Cambridge. MIT Press. 1962
23. WERNER E E. Vulnerable but invincible. High risk children from birth to adulthood. *Acta Paediatrica* 86, 103-105, 1997
24. WERNER E E, Protective factors and resilience. En Shonkoff J P y Meisels S J.(eds.). *Handbook of early childhood intervention*. 115-134. New York, 2000
25. WERNER E E, SMITH R S; *Journeys from childhood to midlife. Risk, resilience and recovery*. Cornell University Press. 25-37. Ithaca, 2001
35. WURMSER H, LAUBEREAU B, HERMANN M, PAPOUSEK M, VON KRIES R. Excessive infant crying: often not confined to the first 3 months of age. *Early Hum Dev*, 64:1-6, 2001
27. ZERO TO THREE, *Classification of Mental Health and Developmental Disorders Of Infancy and Early Childhood*. National Center for Clinical Infant Programs. 49-55, 1994
27. ZUCKERMAN B, STEVENSON J, VEIRA BAILEY. Sleep problems in early childhood: Continuities, predictive factors and behavioral correlates. *Pediatrics*: 80:664-671, 1987
-