

EL FRACASO EN EL CRECIMIENTO O RETRASO PONDERAL EN UN MARCO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Astrid Berg

Editores: Daniel Martínez Uribe y Matías Irarrázaval

Traductores: Manuela Casas Sevilla, Francisco Bellver Pradas, Beatriz Ortega



Una familia javanesa
en Tasik, Malaya, Java
(Foto: CH Graves, c1902)

Astrid Berg MB ChB,
FCPsych (SA), M Phil
(Psiquiatra infantojuvenil)

Red Cross War Memorial
Children's Hospital y
Universidad de Ciudad del
Cabo, Ciudad del Cabo,
Sudáfrica

Conflicto de intereses:
ninguno declarado.

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o con práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas son de responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente el punto de vista del Editor o de IACAPAP.

Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y las prácticas basadas en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió, tal como fueron evaluadas por los autores, y éstas pueden cambiar como resultado de nueva investigación.

Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes de acuerdo con las directrices y leyes de cada país en el que ejercen profesionalmente. Algunos medicamentos pueden que no estén disponibles en algunos países por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que ni se mencionan todas las dosis, ni todos los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen la finalidad de ilustrar situaciones o se enlazan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

©IACAPAP 2017. Esta es una publicación de acceso libre bajo criterios de Licencia Creative Commons Atribución No-comercial. El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial.

Citación sugerida: Berg A. Retraso en el desarrollo o pérdida ponderal en un marco de atención primaria (Martínez Uribe D, Irarrázaval M. Editores en Rey JM (ed), Libro electrónico de *IACAPAP de Salud Mental de Niños y Adolescentes*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesiones Afines de Niños y Adolescentes, 2012.

La principal preocupación de una madre es sobre si podrá mantener la vida y el crecimiento de su bebé (Stern, 1990). Alimentar al niño y verle desarrollarse es una tarea primordial que todos los padres desean cumplir. La mayoría de las madres desean lo mejor para su descendencia. Por el otro lado, el bebé posee una necesidad innata de avanzar, crecer y progresar: los bebés están hechos para desarrollarse. Desafortunadamente, muchos bebés en todo el mundo carecen de este derecho fundamental. Cuando las cosas van mal, cuando el crecimiento del bebé se ve impedido por una u otra razón, se convierte en un problema muy serio y profundo para los padres. Merece la pena reflexionar sobre el significado de esta condición “fracaso en el desarrollo”: ¿no implica un fallo por parte del cuidador? ¿No puede suponer una injusticia hacia la madre? En lo sucesivo consideraremos “retraso ponderal” como un término mejor, menos peyorativo para describir esta condición.

La alimentación varía considerablemente entre los niños durante la infancia y los problemas alimenticios son muy frecuentes, llegando a afectar al 30% de los bebés dependiendo de cómo se defina el problema nutricional. Sin embargo, los trastornos alimentarios están todavía mal entendidos. Las causas de los trastornos alimenticios en los niños son multifactoriales, no se conocen bien y en ellos se superponen los campos de la pediatría y de la salud mental, aunque las causas físicas siempre deberían ser excluidas primero.

La investigación ha mostrado que en los países en desarrollo, los niños menores de 5 años no pueden alcanzar su total potencial debido a la exposición a múltiples factores de riesgo. La pobreza juega un papel primordial en la salud mental en general de los adultos (Lund C y cols, 2010), pero es particularmente importante entre los niños pequeños. La malnutrición en los primeros años tiene consecuencias muy serias para el desarrollo cerebral (Grantham-McGragor y cols, 2007) que podrían afectar negativamente la capacidad posterior del niño para aprender y progresar académicamente. El efecto negativo a largo plazo del retraso del crecimiento sobre la capacidad cognitiva no se debería subestimar: se ha llegado a cifrar en alrededor de 4 puntos de CI (Corbett y Drewett, 2004).

Es importante que los profesionales de la salud que atienden lactantes y niños entiendan que la malnutrición no es simplemente una cuestión de una inadecuada ingesta de alimentos o de enfermedad física, sino que puede ser una manifestación de que las cosas van mal en la relación entre madre e hijo. El término “alimentar” implica que en la primera infancia el acto de comer precisa de una relación bidireccional (Chatoot, 2002): en el acto de dar de comer existe una delicada interacción entre madre e hijo. Mientras que la Organización Mundial de la Salud reconoce la importancia de la estimulación en los niños pequeños, no hay énfasis suficiente en la centralidad de la relación cuidador-niño en el acto de dar de comer.

El presente capítulo se centra específicamente en cómo se debe dar prioridad a la relación entre el cuidador y el niño en el contexto de una situación de atención primaria en un país en desarrollo como Sudáfrica. En él se repasarán las categorías que describen las diversas razones para el retraso ponderal. El foco se situará en el niño muy pequeño, de menos de 12 meses, teniendo en cuenta que los efectos de los problemas tempranos en este campo se extienden más allá del primer año de vida. El término “madre” se usará para denotar el adulto que es el principal

Alimentar

El término “alimentar” implica una relación bidireccional, una delicada interacción entre la madre y el hijo en el acto de la alimentación.

cuidador y quien asume las funciones “maternales” tradicionales. No excluye a otros cuidadores tales como el padre, abuelos, cuidadores de día y familias de acogida.

DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN

El *retraso en el crecimiento* puede ser considerado como un término genérico descriptivo que se refiere al crecimiento inadecuado debido a una deficiencia nutricional. El término *retraso del desarrollo* a menudo se emplea en la práctica clínica para indicar que el peso, o la tasa de ganancia de peso de un niño están significativamente por debajo de las esperables en niños similares, de la misma edad y sexo. No existe una medida definida aceptada para diagnosticar esta condición; la mayoría de los facultativos diagnostican retraso del desarrollo cuando el peso de un niño para su edad cae por debajo del percentil cinco en las tablas de crecimiento estandarizadas (ver Apéndice B.2.1). Aunque el retraso del desarrollo se clasificó en un principio en orgánico e inorgánico, en estos momentos se considera como el resultado de la interacción entre el entorno y la salud del niño, su desarrollo y su conducta (Gahagan, 2006). Una alimentación adecuada no sólo es necesaria para la supervivencia física sino que está íntimamente ligada con el desarrollo general del niño.

El fracaso en el crecimiento puede ser considerado como un término genérico para bebés o niños que tienen dificultad en establecer patrones regulares de alimentación y no ganan el peso esperado.

Los Sistemas de Clasificación DSM-5 y el DC 0-3R

El “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ª Edición”, abreviadamente DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), describe el “trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos”, que sustituye y, según los autores, amplía el diagnóstico del “trastorno alimentario en la infancia y lactancia” del DSM-IV-TR. El “Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos” se describe como un fracaso persistente para cumplir las necesidades nutricionales y/o energéticas adecuadas que tienen como consecuencia una pérdida de peso significativa o una deficiencia nutricional, o una dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos, o una interferencia significativa en el funcionamiento psicosocial. El trastorno no puede explicarse por falta de disponibilidad de alimentos, prácticas culturales ni por condiciones médicas o psiquiátricas como la anorexia o la bulimia. Sin embargo, esta definición es limitada, ya que no incluye subcategorías ni agrupamientos que son evidentes cuando se trabaja con niños pequeños que presentan pérdida de peso.

La “Clasificación diagnóstica: 0-3. Clasificación diagnóstica de la salud mental y de los desórdenes en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana, edición revisada”, abreviadamente DC 0-3R (Zero to Three, 2005) soluciona este problema y hace uso de las categorías originalmente descritas por Chatoor (2002). Según el DC 0-3R, el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria debería considerarse cuando un lactante o niño pequeño tiene dificultad en establecer patrones regulares de alimentación. Como ya se ha mencionado, la ingesta de alimento en esta etapa temprana de la vida no es una actividad aislada, sino que es parte de la relación que existe entre cuidador y bebé. Se describen cuatro estadios de trastorno de la conducta alimentaria los cuales pueden hacerse evidentes durante fases específicas del desarrollo, desde las primeras semanas hasta la infancia temprana:

- *Trastorno de la alimentación de regulación de estado.* Dificultad de la



Foto: Kent Page, UNICEF, DRC, 2003.

alimentación que se hace evidente durante el periodo neonatal. Los niños pequeños deben alcanzar un estado de alerta tranquila para alimentarse con éxito. Los niños vulnerables pueden tener dificultad en conseguir este estado de alerta tranquila: un cuidador en sintonía será capaz de ayudar a su bebé a alcanzar y mantener un estado óptimo para alimentarse. Sin embargo, si la cuidadora está abrumada o deprimida, podría tener dificultad en ayudar al bebé a conseguir este estado de alerta tranquila.

- *Trastorno de la alimentación en la reciprocidad entre el cuidador y niño.* Entre los 2 y los 6 meses, el bebé se compromete afectivamente con su cuidador. Las vocalizaciones recíprocas, el contacto visual y la cercanía física son las características de identidad de esta fase, que Daniel Stern ha llamado “el periodo de la vida más socialmente exclusivo” (Stern, 1985). Así, se considera que si el cuidador es incapaz de responder a las señales del niño, la alimentación puede verse afectada. Según Chatoor (2002), estos bebés podrían llamarse “abandonados”. Sus madres a menudo sufren alteraciones psiquiátricas, tales como enfermedades afectivas o abuso de sustancias. Debido a su perturbación mental, son incapaces de estar suficientemente en sintonía con las señales de sus hijos. Sin embargo, la asociación de trastornos mentales graves con trastornos de la alimentación por reciprocidad entre el cuidador y niño podría ser más aplicable a los países de ingresos altos. En los países de ingresos bajos o medios, la alteración materna es más a menudo reactiva, reactiva a unos acontecimientos vitales estresantes muy reales a los que tienen que hacer frente a diario. Estas dificultades son la causa de preocupaciones y de un afecto depresivo que, a su vez, pueden explicar la falta de sensibilidad hacia las señales de su hijo y de esta manera dar lugar a un trastorno alimenticio de reciprocidad. Así, no necesariamente implica un abandono o una perturbación mental grave de la madre.

- *Anorexia infantil.* Este trastorno se hace aparente entre los 6 meses y los 3 años. Chatoor (2002) lo vincula con dificultades en la fase del desarrollo de

separación-individualización descrita por Margaret Mahler (1972). Si las señales del niño no han sido entendidas y se ha respondido a sus peticiones de consuelo dándole de comer, el bebé confunde hambre con experiencias emocionales, y aprende a comer o no comer en respuesta a sentimientos negativos. Así pues, comer puede convertirse en un campo de batalla como resultado de una alimentación regulada externamente por los padres. Esta situación causa una enorme ansiedad en los padres, que pueden recurrir a medidas extremas para engatusar a sus hijos para que coman.

- *Aversiones sensoriales hacia alimentos.* Éstas se hacen evidentes cuando el niño hace el cambio de alimentos para bebés a comida de mesa. Estos niños son muy conscientes de varios estímulos sensoriales, y pueden responder al sabor, textura, olor y apariencia de algunos alimentos. Pueden mostrar reacciones aversivas cuando se colocan ciertos alimentos en su boca, y generalmente son reacios a probar nuevos alimentos, lo que a menudo resulta en una dieta restringida.

No vamos a detenernos en el *trastorno de la alimentación asociado a condiciones médicas concurrentes*, ni en los *trastornos alimentarios asociados a afectación del tracto intestinal*, ya que no están basados en el desarrollo psíquico y por tanto pueden aparecer a cualquier edad.

FRACASO EN EL CRECIMIENTO, VÍNCULO Y SENSIBILIDAD MATERNA

El DSM-III (American Psychiatric Association 1980) incluía el retraso del desarrollo bajo el diagnóstico de trastorno reactivo de la vinculación de la infancia; sin embargo, cuando el DSM-III-R se publicó en 1987, la asociación entre el retraso del desarrollo y el trastorno reactivo de la vinculación fue eliminada (Boris y Zeanah, 2005). La investigación posterior ha demostrado que la mayoría de los niños con retraso del desarrollo no cumplen los criterios para el trastorno reactivo de la vinculación. Irene Chatoor y colaboradores (1998) llegaron a la conclusión de que los problemas de la alimentación y las deficiencias del crecimiento pueden ocurrir en el contexto de relaciones organizadas y de vínculo seguro. Sin embargo, se puede establecer fácilmente una conexión entre el retraso del desarrollo y la relación entre madre e hijo, incluso aunque no se cumplan los criterios del trastorno del vínculo.

Un contexto de crianza en Mozambique: *Madzawde*

En cuanto nacía un bebé, se consideraba que estaba en *madzawde*. Durante este periodo la madre tenía que amamantar a su hijo durante 2 años y se garantizaba sin condiciones una relación simbiótica entre madre e hijo a través de este estado de *madzawde*. La madre usaba el pecho como consuelo, el niño se cargaba a la espalda y ella dormía con el bebé. Todo esto facilitaba una oportunidad para un cuidado óptimo tanto físico como psicológico durante esta etapa temprana de la vida. A los dos años del nacimiento del bebé, los padres llevaban a cabo un ritual *madzawde* que marcaba el punto de separación entre la madre y el hijo y permitía el restablecimiento de la relación matrimonial. Si el ritual no se practicaba de acuerdo a la costumbre, se creía que sobrevendrían una serie de síntomas físicos que afectarían al niño y que incluso podrían llevarle a la muerte. Esta fase y el ritual está enraizada en el profundo conocimiento cultural de lo que un niño necesita en los primeros años de vida y se ha transmitido de una generación a la siguiente. Sin embargo, los acontecimientos bélicos de la región quebrantaron la capacidad de los padres para llevar a cabo el ritual, postulándose que la etiología de la malnutrición calórico-proteica observada con posterioridad en esta área se debe no tanto a la falta de alimentos como a la falta de organización del *madzawde* (Igreja, 2003)

La relación de vínculo se construye en gran medida sobre la capacidad de la madre de estar en sintonía con su hijo. En su estudio de Uganda, Mary Ainsworth formuló el concepto de la sensibilidad materna a las señales del niño, que ella correlacionó con la seguridad posterior del vínculo (Bretherton, 1992). Las madres que están deprimidas o preocupadas tienden a estar menos disponibles para responder rápida y apropiadamente a sus hijos (Patel y cols, 2004). Esta falta de sensibilidad puede manifestarse en el acto de alimentar, el cual es, durante el primer año, la principal tarea de la madre y la necesidad física fundamental del bebé. Lo que se necesita entonces es que las madres sean conscientes de esta conexión y ayudarles a que mejoren su capacidad de respuesta con sus bebés en las situaciones diarias de alimentación.

ALIMENTACIÓN PERCEPTIVA

Los programas de nutrición y de atención primaria ponen énfasis en prácticas de alimentación concretas y en el tipo de dieta indicada, (Bourne y cols, 2007; Bowley y cols, 2007; Cattaneo y cols, 2008) a menudo sin mencionar el hecho de que alimentar a un niño pequeño está íntimamente ligado a la relación con la persona que le cuida. Sin embargo, es alentador constatar que a lo largo de la última década ha habido una creciente toma de conciencia de la necesidad que tiene el niño de un cuidador sensible y atento, también en la situación de ser alimentado. De ahí que se haya desarrollado el concepto de alimentación perceptiva y que se haya incorporado tanto a la literatura científica, como a los programas nutricionales (Bentley y cols, 2011).

Los padres y los cuidadores varían en el modo de alimentar a sus niños, lo que depende no sólo del contexto socio-económico, sino también del ambiente cultural en el que se cría al niño. Sin embargo, hablando en términos generales, las verbalizaciones positivas y las madres atentas se asocian con una mayor aceptación del alimento y mayor crecimiento. Si bien la lactancia natural es la norma en la mayoría de las culturas no occidentales, el momento del destete puede venir marcado por rituales que, si se perturban, pueden conducir a una disminución del peso (ver recuadro de página 5).

Al planificar programas de intervención nutricional para niños pequeños, se tienen que dar mensajes básicos, simples, que sean fácilmente comprensibles y que tengan significado en contextos culturales diversos. Black y Aboud (2011) conceptualizaron un proceso de cuatro pasos entre el cuidador y el niño que refleja reciprocidad e interdependencia que se sitúa en el corazón de una alimentación responsable:

1. El cuidador crea un contexto que promueve la interacción: esto incluiría mantener una rutina, una estructura, expectativas y una atmósfera emocional positiva.
2. El niño responde y emite sus señales al cuidador.
3. El cuidador, por su parte, responde rápidamente de una manera que sea contingente, que le brinde apoyo y que sea adecuada a las capacidades y necesidades evolutivas del niño.
4. El niño de esta manera experimenta una respuesta predecible.

Aunque los pasos anteriores parecen claros y, aparentemente, son fáciles de poner en práctica, en mucha medida dependen de la habilidad del cuidador para estar en consonancia con el niño y para ser capaz de responder contingentemente. El tercer paso de la secuencia es el que más depende y más refleja el estado de ánimo del cuidador. La falta crónica de recursos, que incluye no sólo a los materiales, sino también a la falta de relaciones de apoyo, hace a las personas más vulnerables a un estrés adicional, lo que contribuye a una posterior pérdida de recursos (Hobfoll, 2001). En países en desarrollo o de ingreso económico bajo, esta falta crónica de recursos tiene una prevalencia mayor. Es por esto que no sorprende que la atrofia del crecimiento sea un eslabón importante de la cadena de acontecimientos que llevan en última instancia al bajo rendimiento educativo de los niños del mundo en desarrollo (Grantam-McGregor y cols, 2007).

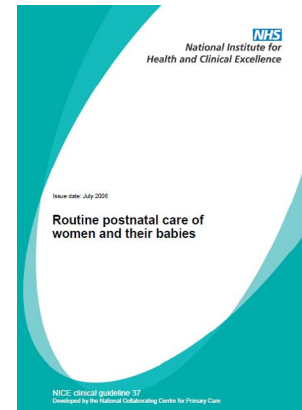
Conceptos como la *alimentación perceptiva* ayudan a articular los posibles mecanismos que están en juego en el acto de alimentar. Sin embargo, debe recordarse que la mayoría de los padres son capaces de mantener a sus hijos vivos y alimentarlos adecuadamente sin haber sido adiestrados sobre cómo hacerlo. Es este un conocimiento que ha sido transmitido a través de las generaciones y, sea cual sea el método utilizado, ha funcionado, ya que de lo contrario ese grupo particular de humanos no habría sobrevivido. Las palabras de Daniel Stern (2002) resuenan ciertas: “El repertorio de cuidados de una madre no necesita ser enseñado, de hecho no pueden enseñarse, pero pueden desinhibirse”.

La pregunta es, entonces ¿cómo puede una madre, un padre u otro cuidador ser desinhibido como para llegar a ser un alimentador perceptivo de su bebé? Y, si vamos a un paso anterior, ¿cómo identificamos a los cuidadores que están luchando por conseguirlo? Puesto que debe haber millones de niños en los países en vías de desarrollo ¿cómo les encontramos a ellos y a sus padres? Introduciremos un posible punto de acceso a continuación.

La niña NB fue remitida a la edad de 14 meses con un problema de disminución de peso, que había comenzado a los 3 meses de edad. Mientras se hacía la historia en términos de la familia y de los arreglos para su cuidado diario, se observó que NB dudaba a la hora de acercarse a la galleta que se había dejado delante de ella. Le llevó un buen rato acercarse y, una vez que la tuvo en la mano, la examinó con mucho cuidado. Sólo después se la puso en la boca y comenzó a masticarla. Esta observación de una larga vacilación y un examen detenido llevó al personal de atención primaria a preguntar por más detalles acerca del destete. Resultó que había sido una temporada traumática para la madre y para NB quien, a los tres meses, no estaba preparada para ser retirada del pecho: la madre peleó durante un mes por lo menos para que ella aceptara el biberón pues la madre no tenía alternativa ya que debía volver al trabajo.

Se explicó la sensibilidad y el temperamento de NB a su madre, que estuvo de acuerdo con las observaciones. Cuando regresó dos semanas después, su peso se había incrementado de 8,3 kg a 9,1 kg, y espontáneamente la madre expresó que estaba muy contenta de que la hubieran derivado.

Este simple ejemplo de un caso ilustra cuánta información puede recogerse al observar al niño, y cuánto alivio se puede proporcionar a la madre si ella y su niño son entendidas y no juzgadas.



Haz clic en la imagen para acceder a la Guía Clínica NICE de Cuidado Postnatal Rutinario de las Mujeres y sus Bebés.



Pérdida de peso en atención primaria

El Servicio de Salud Mental Paternofilial de la Universidad de Ciudad del Cabo está situado en el hospital infantil local y, como parte de su programa de atención, da servicio a un gran suburbio a las afueras de la ciudad. Un psiquiatra infantil junto con un trabajador social que también actúa como intérprete y agente cultural, visitan la misma clínica de salud neonatal semanalmente. Se le conoce como "Centro Mlezana".

La salud mental infantil es un concepto nuevo y desconocido en muchas comunidades. Aunque es fundamental, la salud mental en sí no está entre los puestos más altos en la lista de prioridades de estas poblaciones en las que se pelea diariamente por afrontar las tareas básicas de supervivencia. La salud mental infantil es aún menos comprendida. Por tanto, tenía que encontrarse una manera por la cual se pudiera identificar y remitir parejas de madre e

hijo en situación de riesgo. También debía hacerse de manera que no se intimidara ni ofendiera a las madres, que podrían vivir dicha remisión de manera negativa o amenazante.

Con el tiempo se hizo evidente que la pérdida de peso podría constituir un signo de que no todo iba bien, y que esto no se debía necesariamente a dificultades para obtener comida, sino más bien a la inhibición materna. El peso del niño se registra en cada visita en la "Tabla de monitorización del crecimiento". En muchas clínicas se facilita comida en los casos en los que el crecimiento ha sido insatisfactorio. Sin embargo, a pesar de esto, muchos bebés no logran responder, subrayando el punto señalado con anterioridad de que la alimentación se entrelaza con la relación entre madre e hijo. La declaración de principios del servicio puede verse en la página 9 (en inglés).

EL MARCO DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA NIÑOS DE PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO

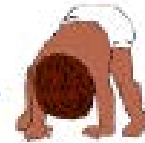
Es una práctica habitual que se pese a todos los bebés y niños pequeños en las visitas clínicas establecidas para la vacunación. La monitorización del crecimiento se ha utilizado como una herramienta de cribado para detectar durante estas visitas a niños vulnerables. La tabla de mortalidad infantil usada en Sudáfrica contiene un gráfico que incorpora en cada visita médica el peso en función de la edad del niño. Los niños que se desvían de su trayectoria son considerados en situación de riesgo y se derivan a apoyo nutricional. La experiencia clínica ha demostrado que la pérdida de peso puede estar asociada con una variedad de factores socioemocionales y que puede ser una vía de entrada muy útil para los profesionales de la salud mental.

The MDLEZANA CENTRE MISSION STATEMENT

Molweni BooMama!



We are the team from the Molelezana Centre and would like to talk to you about your babies. While most other people talk about the healthy body of the babies, we also talk about the happiness of you and your baby.



Babies do not just need food, but they need love – this is not always so easy to give, especially when you are feeling heart-sore, upset or angry. Sometimes we feel that something is just not right, and then we cannot enjoy our children.



You must know that even new-born babies are able to hear and see. They pick up from the environment far more than we ever thought they would. If the mother is unhappy, she cannot smile at her baby when the baby is looking at her. If the mother is angry, she will not talk to her baby. So, it can happen that the baby too becomes sad, because it is not being looked at and spoken to the way it needs to. A sad baby will not eat properly and then will be behind in his/her development.



We are taking the first 3 years of life very seriously because it is during this time that the foundation is laid down for the future development of the child. Not just whether the child will be happy or unhappy, but whether the child will be able to learn and concentrate in school.



We thus ask you to come to us and talk with us if you feel something is not right between you and your baby. We cannot offer food or employment, but we can offer a listening ear and advice. Whatever you discuss with us is confidential and remains only with us. We have the time and the knowledge to listen to your troubles.

If you are feeling well then your baby will feel well and develop in the way you want it to. Just as you pay attention to your baby's physical needs, like food and immunisation, so you must pay attention to your own and your baby's emotional needs.



Si existen servicios de salud mental, estos niños y sus cuidadores también son derivados a un profesional de salud mental infantil. Será tarea del médico el determinar qué factores relacionados con el desarrollo socioemocional del niño podrían estar contribuyendo a la pérdida de peso. Debe advertirse que para la mayoría de los cuidadores en cualquier lugar del mundo, y mucho más en los países en vías de desarrollo, la noción de que un niño pueda estar afectado por factores psicológicos tales como un conflicto familiar o una depresión materna es bastante novedosa, y debe tenerse cuidado en explicar esta posibilidad de manera comprensible (Berg, 2007) Los siguientes pasos son directrices que resultan útiles al encontrarse con una madre y su niño con pérdida de peso en un entorno de atención primaria.

Información del Entorno de la Familia y del Niño

- *Ganarse la confianza de la madre.* Puede que proceda de un entorno en el que se le ha culpado por el poco incremento de peso del bebé por lo que puede estar enfadada o con una actitud cerrada hacia los profesionales de la salud. La confianza se establece teniendo una actitud no crítica y dando una simple explicación acerca del descubrimiento de que, a menudo, los problemas de los niños relacionados con la alimentación y el incremento de peso tienen que ver con factores que no son el suministro de comida. Estos factores son los problemas emocionales de la madre causados por dificultades en el seno familiar, acontecimientos familiares estresantes y problemas por el estilo. A menudo esto tiene sentido para los cuidadores y están dispuestos a hablar sobre sus vidas. Además, debe ponerse énfasis en la confidencialidad. La mayoría de madres provienen de comunidades cerradas donde hay mucho cotilleo, lo que supone que muchas personas no se sientan seguras para hablar abiertamente de sus preocupaciones.
- *Información acerca de la constelación familiar.* La información importante aquí es el paradero del padre, del bebé y la presencia o ausencia de la abuela materna. La experiencia clínica atestigua el hecho que frecuentemente la madre da albergue a sentimientos y pensamientos negativos hacia el padre del bebé; esto se puede manifestar mediante el rechazo de la madre al niño a causa de la asociación consciente o inconsciente de su hijo con el padre. El apoyo de la abuela materna es crucial, en particular para las madres muy jóvenes. Tradicionalmente, las abuelas maternas ofrecen un importante asesoramiento y si éste se ve alterado por un motivo cualquiera, la joven madre se siente abandonada, tanto física como emocionalmente.
- La tercera tarea consiste en observar detenidamente la *evolución del peso del bebé* y registrar cuándo cayó el peso. Entonces se pueden hacer preguntas sobre cambios o dificultades en la madre o su familia, separaciones o pérdidas que hayan ocurrido durante ese período. Es importante explicar a la madre el impacto que estos eventos pueden haber tenido sobre ella y su hijo. También debe anotarse el momento del destete, ya que en ese período a menudo hay una pérdida de peso. Una lactancia prolongada puede ser signo de dificultad en la separación y puede afectar a la aceptación de la comida sólida (y podría ser el comienzo de una anorexia infantil).
- Puede ser necesario realizar una *exploración física* si hay rasgos dismórficos o indicios de enfermedades subyacentes que puedan afectar el crecimiento. Aspectos que deben explorarse son la presencia de erupciones cutáneas, labio leporino, síntomas de enfermedad cardíaca o respiratoria (p.ej.: cianosis, taquipnea), distensión abdominal u organomegalia, evaluar la coordinación succión-deglución o la presencia de rasgos dismórficos relacionados con una alteración genética tales como el síndrome de Down; los niños con discapacidad intelectual a menudo pueden presentar problemas alimenticios.

Sin embargo, el objeto de atención de este capítulo es acerca de la conexión o desconexión emocional entre la cuidadora y el niño, y que esto es lo que afecta la relación en torno a la alimentación. El propósito para recopilar información y hablar de las facetas de vida de la madre y del bebé radica en capacitar a la madre para que disponga de un espacio en el que pensar, establecer conexiones y

encontrar el significado, y de esta manera conseguir una mayor conciencia acerca de cómo su mente y sus acciones impactan en el bebé. También ofrece a la madre la única oportunidad que puede que tenga de compartir las dificultades con un oyente empático. La mayoría de cuidadoras entienden que una ayuda concreta, en forma de empleo, subsidios o comida no puede ofrecerse en un servicio de este tipo, y aprecian el hecho de que exista un espacio seguro en el que son escuchadas.

Evaluación de la Interacción entre el Niño y su Cuidadora

Mientras se recoge toda la información mencionada, se toma nota acerca de la manera en que la madre da la información, de la manera en que maneja y cuida de su hijo. En particular, se anota cómo la madre interactúa con su bebé ¿se da cuenta de sus necesidades? ¿Está en sintonía con lo que el bebé está haciendo? Esta observación naturalística, al contrario de las medidas de observación formales, tiene la ventaja de que nos permite un enfoque abierto.

En el marco de la atención primaria y en los países en vías de desarrollo las escalas de evaluación estandarizadas son a menudo difíciles de utilizar, ya que requieren entrenamiento especializado y se basan mayoritariamente en muestras de países desarrollados. La relación paternofamiliar puede ser clasificada de acuerdo a la “Escala de evaluación global de la relación niños-padres” (PIR-GAS) del DC: 0-3R (Apéndice B.2.2.) El funcionamiento emocional y social del niño puede ser revisado usando las “Capacidades de valoración para el funcionamiento social y emocional” del DC: 0-3 (2005) (Apéndice B.2.3).

Además de estas observaciones naturalísticas y evaluaciones, hay una técnica que puede resultar particularmente útil en un marco con pocos recursos. De la misma manera que Winnicott usó el juego de la espátula para evaluar el nivel de ansiedad de un niño, podemos utilizar una galleta para observar al niño más detenidamente. Se coloca la galleta al alcance del niño y se observa la manera en que éste se acerca a este nuevo objeto. ¿Existe alguna curiosidad por sentirlo, por



Una galleta es útil para observar la conducta del niño más directamente.

La autora trabajando con una intérprete (y mediadora cultural) en una clínica de Sudáfrica.



ponérselo en la boca? ¿Hay un largo periodo de duda, o lo agarra con confianza y espontaneidad? ¿Muestra el pequeño algún interés en absoluto? Observar el uso de la galleta es una técnica similar a la observación de la manera en la que un niño más mayor se involucraría con un juguete y es un añadido muy útil a la evaluación general del niño. Un bebé que coge la galleta con confianza, que la explora con la boca y juega con ella preocupa menos que uno que casi ni se da cuenta del nuevo objeto o que está demasiado inhibido como para aventurarse a cogerlo. Este niño puede que no esté bien físicamente, pero también puede significar que se ha vuelto introvertido, faltándole la energía y vitalidad: sea por el motivo que sea, este niño requiere nuestra atención (Berg, 2010).

Trabajar con un asesor cultural e intérprete

La mayor parte de las interacciones en temas de salud en un país en vías de desarrollo como Sudáfrica tienen lugar en presencia de una tercera persona. Esta persona, que puede ser una enfermera o alguien más, se espera que cumpla una función que va más allá de la de ser un mero intérprete, y que podría considerarse como de enlace cultural y co-terapeuta. Si el profesional sanitario proviene de una cultura diferente, entonces es imprescindible asegurarse de que hay una traducción correcta. Es esencial que se entiendan las normas y valores culturales y, en el caso que exista una separación entre la biomedicina occidental y los métodos de curación tradicionales, la mediación y las explicaciones se hacen esenciales. El trabajo estrecho entre el profesional sanitario y el mediador cultural asegurará que la comunicación sea clara y respetuosa. La clínica de atención primaria es un sistema en sí mismo y tiene su propia cultura. Es sensato ajustarse a este sistema hasta donde sea posible.

CONCLUSIÓN

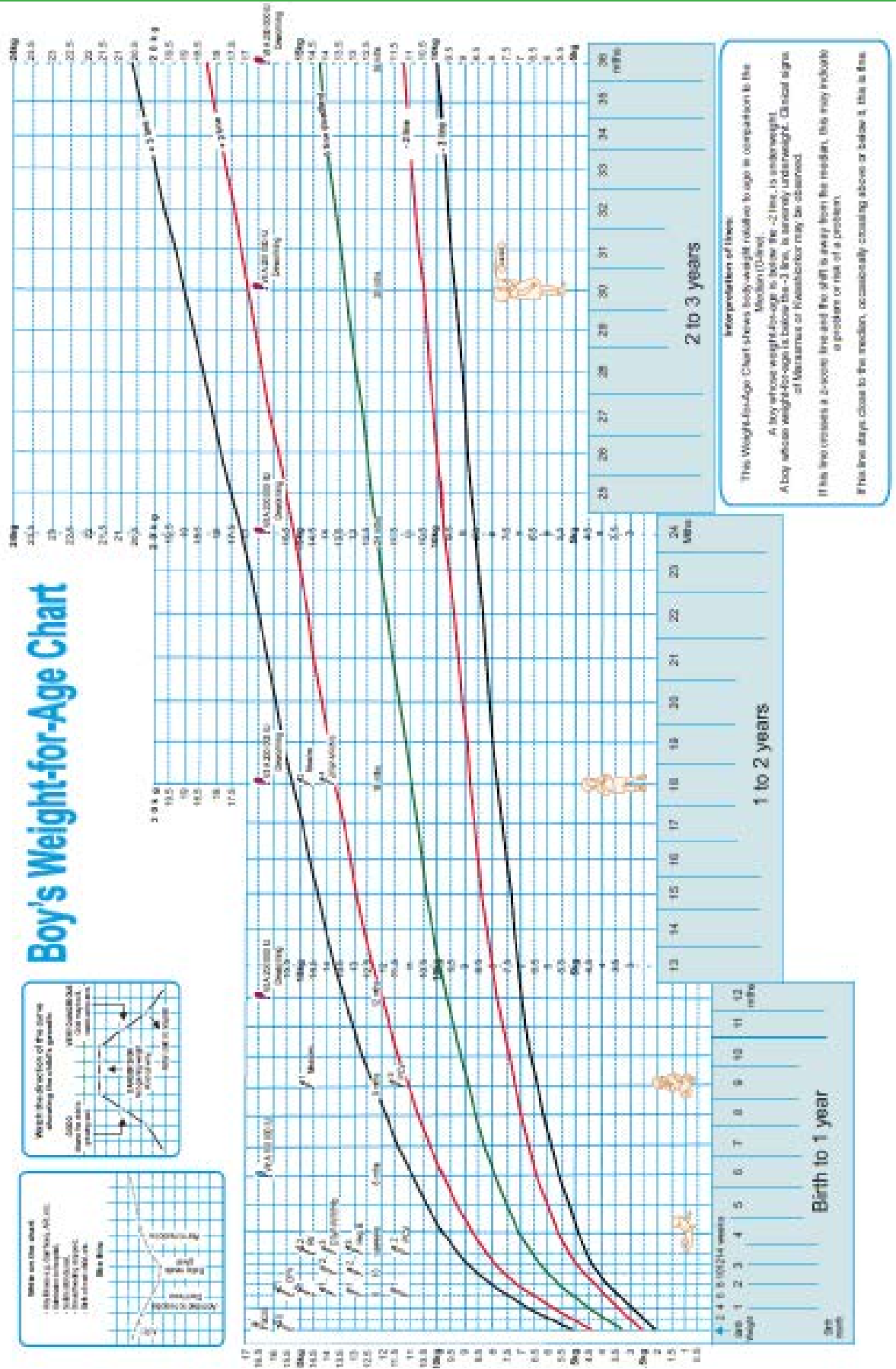
La disminución de peso en un niño pequeño es un signo de que no todo va bien. Esto no significa que la causa sea necesariamente un consumo insuficiente de proteínas o calorías, ni tampoco significa que el niño esté físicamente enfermo. Obviamente, ambos factores deben ser excluidos antes de considerar otras causas. Este capítulo aborda otras posibles causas de las cuales la más importante puede ser la depresión y la preocupación materna, que pueden ser la causa de una alimentación no perceptiva del niño.

Ofrecer un espacio en el que se asegure la confidencialidad, y en el que la madre sea capaz de pensar y establecer vínculos es, a menudo, todo lo que se necesita para tomar conciencia y reflexionar. De este modo, las conductas cambian y se provee al niño de una respuesta alimentaria predecible y adecuada a su estado de desarrollo. Esto no sólo conducirá a un incremento del peso más marcado, sino que sentará las bases de una relación más segura entre el niño y la cuidadora, la cual es el comienzo de la salud mental para todos.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition. Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition Revised. Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Bentley ME, Wasser HM, Creed-Kanashiro HM (2011). Responsive feeding and child undernutrition in low- and middle-income countries. *Journal of Nutrition*, 141:502-507.
- Berg A (2007). Ten years of parent-infant psychotherapy in a township in South Africa. What have we learnt? In Pozzi-Monzo M (Ed), *Innovations in Parent-Infant Psychotherapy*. London: Karnac (pp. 215-230).
- Berg A (in press). Infant-parent psychotherapy at primary health care level in South Africa – Report on the establishment of a service. *South African Medical Journal*.
- Berg A (2010). [Fallire la crescita. Il dubbio sul cibo per nascondere il dubbio sull'amore]. Failure to Thrive. Doubt about food to hide doubt about love? In Bisagni F (Ed.), *Dialoghi d'Infanzia. Voci dall'Inter-School Forum on Child Analysis 2008-2009*. Torino: Antigone.
- Black MM, Dubowitz H, Hutcheson J et al (1995). A randomized clinical trial of home intervention for children with failure to thrive. *Pediatrics*, 95:807-814.
- Black MM, Aboud FE (2011). Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting. *Journal of Nutrition*, 141:490-494.
- Boris N, Zeanah CH (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44:1206-1219.
- Bourne LT, Hendricks MK, Marais D et al (2007). Addressing malnutrition in young children in South Africa. Setting the national context for paediatric food-based dietary guidelines. *Maternal & Child Nutrition*, 3:230-238.
- Bowley NA, Pentz-Kluyts MA, Bourne LT et al (2007). Feeding the 1 to 7-year-old child. A support paper for the South African paediatric food-based dietary guidelines. *Maternal & Child Nutrition*, 3:281-291.
- Bretherton I (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28:759-775.
- Cattaneo A, Timmer A, Bomestar T et al (2008). Child nutrition in countries of the Commonwealth of Independent States: time to redirect strategies? *Public Health Nutrition*, 11:1209-1219.
- Chatoor I (2002). Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 11:163-183.
- Chatoor I, Ganiban J, Colin V et al (1998). Attachment and feeding problems: a reexamination of nonorganic failure to thrive and attachment insecurity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37:1217-1224.
- Corbett SS, Drewett RF (2004). To what extent is failure to thrive in infancy associated with poorer cognitive development? A review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45:641-654.
- Gahagan S (2006). Failure to thrive: A consequence of undernutrition. *Pediatrics in Review*, 27:e1-e11.
- Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S et al (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 369:60-70.
- Hobfoll SE (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology*, 50:337-421.
- Igreja V (2003). The effects of traumatic experiences on the infant-mother relationship in the former war zones of central Mozambique: The Case of Madzawde in Gorongosa. *Infant Mental Health Journal*, 24:469-494.
- Lund C, Breen A, Flisher AJ et al (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science and Medicine*, 71, 517-528.
- Mahler MS (1972). On the first three subphases of the separation-individuation process. *International Journal of Psychoanalysis*, 53:333-338.
- Patel V, Rahman A, Jacob KS, Hughes M (2004). Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. *British Medical Journal*, 328:820-823.
- Stern D (2002). *The First Relationship*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Stern DN (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A view from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books.
- Stern D (1995). *The Motherhood Constellation*. New York: Basic Books.
- Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB et al (1954). Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called "colic." *Pediatrics*, 14:421-435.
- Zero to Three (2005). DC: 0-3R: *Diagnostic Classification of Mental Health Disorders of Infancy and Early Childhood* (Revised ed). Washington, DC: Zero to Three Press.
-

Apéndice B.2.1



Apéndice B.2.2

ESCALA DE EVALUACIÓN GLOBAL DE LA RELACIÓN PATERNO-FILIAL

Puntuaciones PIR-GAS de acuerdo a DC: 0-3 R

91-100 Bien adaptado

Disfrute mutuo sin tensión o conflicto sostenidos

81-90 Adaptado

Puede haber conflicto en ocasiones, pero éste no persiste durante más de unos pocos días; las interacciones son principalmente recíprocas y sincrónicas

71-80 Perturbado

Algún aspecto del funcionamiento general es menos que óptimo; el hijo y el padre pueden experimentar angustia transitoria que puede durar hasta unas pocas semanas. La perturbación está limitada a un aspecto del funcionamiento

61-70 Significativamente perturbado

Las relaciones son tensas, pero aún adecuadas en gran medida. Los conflictos se limitan a una o dos áreas problemáticas. Tanto el padre como el niño pueden experimentar y dificultad durante un mes o más.

51-60 Angustiado

El conflicto se puede propagar a través de múltiples dominios del funcionamiento y la resolución es difícil. El progreso en el desarrollo de la díada parece tendente a fallar si el patrón no mejora

41-50 Perturbado

La relación está empezando a ser eclipsada por características problemáticas. Los patrones disfuncionales son más que transitorios, y el progreso del desarrollo puede ser interrumpido temporalmente

31-40 Desordenado

Interacciones rígidamente desadaptativas, las interacciones conflictivas son evidentes. Es probable que el progreso en el desarrollo del niño se vea influenciado de manera adversa

21-30 Severamente desordenado

Las relaciones se ven gravemente comprometidas. Tanto el padre como el niño están significativamente afligidos por la relación en sí misma. Parece que los patrones interactivos hayan tenido lugar durante un largo tiempo. El progreso en el desarrollo del niño es influenciado negativamente y el niño puede perder las habilidades del desarrollo previamente adquiridas

11-20 Gravemente alterada

Las relaciones están peligrosamente desorganizadas y el niño está en peligro inminente de daño físico

1-10 Maltrato documentado

Negligencia documentada y abuso físico o sexual que está afectando negativamente el desarrollo físico y emocional del niño

Apéndice B.2.3

Escala de evaluación de las capacidades del niño para el funcionamiento emocional y social

De acuerdo con DC: 0-3 R

Capacidades de funcionamiento emocional y social	Valoración funcional						
	1	2	3	4	5	6	n/a
Atención y regulación							
Formación de relaciones/mutuo acuerdo							
Comunicación intencional bidireccional							
Resolución de problemas y gestos complejos							
Uso de símbolos para expresar pensamientos/sentimientos							
Conexión de símbolos de forma lógica/pensamiento abstracto							

Valoración funcional

1. Funciona a un nivel apropiado a su edad bajo cualquier condición y con una amplia gama de estados afectivos
2. Funciona en un nivel apropiado para la edad, pero es vulnerable al estrés o con un rango de afecto limitado.
3. Funciona de manera inmadura (es decir, tiene la capacidad, pero no a un nivel adecuado a su edad)
4. Funciona de manera inconsistente o intermitentemente a no ser que disponga de una estructura especial o de apoyo sensoriomotor.
5. Apenas evidencia esta capacidad, incluso con apoyo
6. No lo ha conseguido