

# Prevención y detección precoz en la Atención Primaria pediátrica de los problemas emocionales y del comportamiento en la infancia

J. Sabrià Pau

Pediatra de Atención Primaria. CAP Vila Vella. Sant Vicenç dels Horts. Barcelona



## Resumen

La promoción de la salud y la prevención de problemas orgánicos y psicológicos son objetivos básicos de la Atención Primaria. Los pediatras y el personal de enfermería atienden en múltiples ocasiones a los niños especialmente en sus 3 a 4 primeros años de vida, siendo sus principales referentes en salud durante esta época fundamental de la vida. Para ofrecer una atención preventiva que mejore la calidad de vida, conviene practicar una escucha activa, empática a las preocupaciones de los padres, ofrecer orientación anticipatoria en temas tanto de salud física como de educación emocional. Con la detección y tratamiento precoz de los problemas se pretende evitar que se estructuren patologías cada vez más severas. La atención integral y el soporte del personal pediátrico permiten que los padres se sientan más seguros, se relacionen mejor con sus hijos y disfruten más de la crianza de su bebé.

## Abstract

*The promotion of health and prevention of organic and psychological problems are basic objectives of primary care. Pediatricians and nursing staff attend on numerous occasions to children especially in their first 3 to 4 years of life being their main references in health during this basic period of life. To provide preventive care to improve the quality of life we should practice listening actively and empathetically to the concerns of parents, providing anticipatory guidance on issues of both physical and emotional education. The aim of early detection and treatment is to prevent the structuring of increasingly severe pathologies. Comprehensive care and support of the pediatric staff allows parents to feel more confident, relate better with their children and enjoy the upbringing of their child more.*

**Palabras clave:** Prevención; Detección precoz; Salud mental infantil; Atención primaria de salud.

**Key words:** Prevention; Early detection; Children mental health; Primary care.

*Pediatr Integral 2012; XVI(9): 677-682*

## Introducción

Este artículo va a tratar, principalmente, de la prevención en salud mental infantil. Otro trabajo anterior del mismo autor en esta revista (Vol. XII n° 9, noviembre 2008) aborda el tema de la historia clínica y la detección precoz en salud mental. En la tabla I, se desglosan los componentes

fundamentales, que incluyen: entrevista clínica, factores de riesgo y factores protectores a nivel personal y familiar, signos de alarma de patología en salud mental, tipos de relaciones familiares disfuncionales y la posible utilización de cuestionarios. Al seguir vigente, se remite allí al lector en caso de interesar la consulta de estos temas.

## Un entorno saludable para el niño

Establecer los objetivos de la prevención en salud y definir un entorno saludable para el niño son pasos previos a todo el trabajo posterior.

Se podría considerar un entorno de salud adecuado para un niño aquel que

**Tabla 1.** Desglose de los componentes principales de la historia clínica en la prevención y la detección precoz en salud mental

- Entrevistar al niño y a los padres con valoración del desarrollo y exploración física
- Investigar y recoger las preocupaciones, dudas e inquietudes de los padres
- Revisar el historial previo del paciente para relacionarlo con los datos actuales
- Observar el comportamiento del niño y de la familia en la consulta
- Valorar los patrones de interacción entre ellos
- Buscar y evaluar la presencia de factores de riesgo en el niño y en el entorno familiar
- Buscar y evaluar la presencia de signos de alarma de trastorno psicopatológico
- Buscar y evaluar los factores protectores del niño, de la familia y del entorno
- Registrar los datos en el historial clínico del paciente

es afectuoso, cariñoso, con amor, que lo educa con flexibilidad según las normas de su comunidad, que le permite desarrollar sus capacidades cognitivas, relacionales y emocionales. Un entorno estimulante, motivador, respetuoso, protector, que le ofrece espacios progresivos de libertad física y mental, le ayuda a pensar, le enseña a sentir, genera esperanza y contiene el sufrimiento emocional<sup>(1)</sup>.

La labor preventiva sanitaria y educativa en salud tendría como objetivo que los niños llegasen a adultos con una autonomía personal suficiente, criterio propio, buena autoestima, capacidad de amar, de dar afecto, tener seres queridos con los que relacionarse, capacidad de goze en el vivir, tener motivaciones, ilusiones, algún proyecto de vida y una cierta salud física y mental que permita recorrer las diferentes etapas del devenir vital.

Toda prevención en salud física genera a la larga mayores posibilidades de mejor salud mental, ya que todo trastorno orgánico importante conlleva un riesgo más elevado de patología mental, especialmente la de tipo ansioso y depresivo, tanto en la persona afectada como en su entorno cuidador.

### Es preciso individualizar y adaptar la atención a cada niño y familia

**Tanto para prevenir como para detectar precozmente y tratar, hay que individualizar cada caso, analizar a cada niño con su familia, en su entorno étnico, cultural, social, con sus particulares creencias y escala de valores.**

Es pertinente plantearse de inicio: ¿qué queremos prevenir y detectar? ¿Queremos solamente prevenir unos

síntomas del niño, por ejemplo un trastorno de su conducta, una encopresis, una clínica ansiosa o depresiva, o queremos ir algo más allá para intentar descubrir el origen, las causas de estas manifestaciones sintomáticas para, si es posible, prevenir las y modificarlas?

Algunas actividades de promoción de la salud infantil son evidentes y de eficacia comprobada. Por ejemplo, vacunar para evitar la rubéola congénita, la meningitis, la poliomielitis, el tétanos... Tampoco parecen discutibles otras técnicas médicas, como el cribado neonatal de hipoacusia o la detección precoz del hipotiroidismo.

Otros objetivos de salud son más polémicos: ¿hay que administrar fármacos psicotrópicos a un niño que, en sus años escolares, es movido, olvidadizo y disperso, muy juguetón y que parece estar a veces poco atento? Este niño, ¿tiene un trastorno mental o hay una disfunción en su entorno que genera sus manifestaciones clínicas? ¿O bien es todo el grupo social de referencia que prefiere, que exige, niños poco conflictivos, que no molesten, que obedezcan ciegamente las normas, sin criterio propio, sumisos, incapaces de criticar, de enfrentarse a los demás? Quizás este niño está viviendo en una familia con pautas de relación muy intrusivas, muy rígidas. Su entorno familiar y escolar puede que sea inapropiado para sus capacidades cognitivas y su momento madurativo. Quizás exista una relación conflictiva entre sus padres o el entorno familiar sea frío, distante, sin amor, sin afecto. Quizás se ha producido una separación reciente.

Cabe preguntarse: ¿la reacción sintomática de este niño ante su entorno es patógena o actúa como protectora frente al medio hostil y difícil? Este niño, capaz

de exteriorizar el conflicto con algunos síntomas que evidencian su malestar y sufrimiento puede que esté, en cuanto a su salud global, más sano que otro niño con menos problemas conductuales, menos molesto para sus mayores pero que, al explorar con cierta profundidad, se le aprecia inhibido, bloqueado emocionalmente, cerrado y muy solo en su sufrimiento. De todo ello se deduce que, tanto para prevenir como para detectar precozmente y tratar, hay que individualizar cada caso, analizar a cada niño con su familia, en su entorno étnico, cultural, social, con sus particulares creencias y escala de valores.

### Multicausalidad de los problemas

**La raíz de los problemas en salud mental es, habitualmente, multicausal.**

En salud mental infantil muchas veces no hay una única causa origen de la problemática sino varias y las relaciones que se establecen entre ellas son complejas. En ocasiones, es el entorno el que no sabe manejarse ante un niño difícil por su temperamento, por padecer una enfermedad crónica o por tener un déficit sensorial severo. Otras veces es el niño el que inicia un trastorno mental dentro de un contexto familiar sano. A menudo, es la disfunción del grupo familiar, de las relaciones interpersonales o la patología de algún miembro de la familia la que genera el malestar y los síntomas del niño.

### Características de la Atención Primaria pediátrica

**Dadas sus características, la Atención Primaria pediátrica es un marco idóneo para hacer promoción y prevención de salud.**

La Atención Primaria pediátrica tiene las siguientes singularidades:

- Generalmente, es el primer punto de contacto del niño y su familia con las redes profesionales de asistencia una vez se ha producido el alta hospitalaria tras el parto.
- Ofrece una atención diacrónica (a lo largo del tiempo), acompañando al niño y a su familia en todos los años de su crecimiento y los primeros de su adolescencia.
- La atención se ofrece cerca del entorno donde vive la familia, está disponible de manera rápida y es accesible.

- Durante los primeros años de vida del niño, las visitas al pediatra por temas de puericultura o de enfermedad aguda son frecuentes. Los padres, especialmente con su primer hijo, se sienten más inseguros y agradecen mucho el soporte, la orientación, el refuerzo positivo que les puede ofrecer el pediatra y el personal de enfermería pediátrico. Se puede reforzar la tarea de los padres destacando su labor cuidadora y de buen hacer, las capacidades actuales de su hijo, así como los progresos que va realizando gracias, en parte, a la atención que le proporcionan. Todo ello favorece que los padres mejoren en su confianza y autoestima como buenos cuidadores, disfruten más con su hijo y realicen mejor sus funciones parentales. A su vez, se sienten más seguros, arropados y protegidos en caso de dificultad.
- A lo largo de los sucesivos contactos, se establece una confianza mutua y el pediatra va ampliando con el tiempo el conocimiento del niño y de su entorno. La familia, a su vez, aprende de la experiencia, mejora en conocimientos y habilidades, se hace más autónoma y capaz, pierde miedos (Tabla II).
- Es el marco idóneo para practicar una atención integral (somática, mental y relacional) e individualizada, adaptada a cada niño, a cada familia y cerca de su entorno vital. Ofrece oportunidades para prevenir futuros problemas mentales, promoviendo estilos de vida saludables, ayudando a la educación emocional de los hijos, dando orientaciones anticipatorias de salud sobre los temas más prevalentes a cada edad e interviniendo precozmente sobre los problemas en sus fases iniciales.
- Las demandas espontáneas de la familia se refieren a todo tipo de problemas: aspectos de puericultura, problemas somáticos agudos y crónicos, cuestiones administrativas, cualquier tipo de problema mental, temas que afectan a la relación o interacción padres-hijos. En ocasiones, la consulta de la familia es solamente para pedir consejo, ayuda u opinión sobre temas que preocupan a los padres.

**Tabla II.** Consecuencias en los padres del miedo excesivo para ejercer sus funciones parentales

- Distorsiona la realidad
- Provoca sufrimiento mental
- Bloquea los propios afectos
- Hace disminuir o perder el placer emocional
- Hace más difícil captar las necesidades afectivas del otro
- Altera funciones biológicas

- Una parte no desdeñable de la demanda inicial por quejas orgánicas es debida a somatizaciones ante el estrés o la ansiedad, lo que hay que saber interpretar y responder valorando el contexto general del niño y de su familia. La Atención Primaria pediátrica está bien posicionada para dar respuestas integrales a este tipo de demanda.
- Los pacientes con un proceso crónico, tanto biológico como mental, pueden recibir una atención global y periódica que complementa la recibida por especialistas pediátricos en hospitales o centros de salud mental infantil.

### Una actitud, una predisposición, ciertas habilidades y conocimientos en psicopatología infantil<sup>(2)</sup>

**La visita pediátrica precisa los componentes antes señalados para una buena práctica.**

La atención integral en salud implica una actitud de escucha atenta, sensible. Cuidar la acogida de los consultantes, ofrecer intimidad, disponibilidad de ánimo, transmitir a la familia y al niño que tienen tiempo, que disponen de unos minutos en que ellos son los protagonistas, se les escuchará con atención y se intentará responder a sus demandas. La mirada, los gestos, toda la comunicación no verbal del profesional sanitario está en la misma dirección.

Se precisa una predisposición abierta a investigar y recoger las preocupaciones, las dudas de los padres y del niño, preguntar con delicadeza, pero de manera clara, sobre aspectos relacionales, sobre la familia, la escuela, las amistades. El objetivo es adquirir tanto el profesional como el niño y sus padres una visión más global de la situación. También, im-

plica la voluntad de no quedarse con la demanda explícita de la familia sino querer ir algo más allá en la entrevista para conocer e intervenir mejor sobre las causas y sus efectos. Relacionar los hallazgos con la historia previa evolutiva del niño, revisar las anotaciones y registros en el historial clínico.

Hay que dejar constancia escrita de todos los aspectos evaluados: los orgánicos, la exploración física, los datos psicológicos, relacionales, familiares y sociales nuevos para poder utilizarlos en posteriores consultas.

Se precisan ciertas habilidades para desenvolverse con agilidad y eficiencia en la entrevista y en el trato. Estas se adquieren en gran parte con la experiencia si se tiene una actitud abierta, se reflexiona sobre el trabajo hecho y se comentan los casos con otros profesionales. Se puede aprender y sacar información de las reacciones y sentimientos que se despiertan en el propio profesional observando uno mismo cómo se nota, como siente la atmósfera que se crea en el encuentro, las sensaciones que le despiertan los consultantes.

### Prevención durante el embarazo

**Durante el embarazo los profesionales sanitarios pueden y deben adoptar muchas medidas para prevenir una patología posterior.**

La enfermedad somática, en especial si es grave y crónica, genera ansiedad, malestar, dolor físico y psíquico. Toda prevención en el ámbito biológico repercutirá en un mejor bienestar global del niño y de su familia. Durante el embarazo es fundamental la prevención. Las posibilidades de intervención son enormes:

- Prevención de patología neurológica con una nutrición adecuada, rica en ácido fólico, hierro y nutrientes esenciales.

- Detección de cromosomopatías, defectos del tubo neural y malformaciones con los cribados del primer y segundo trimestre. Debido al incremento de la edad materna de las gestantes, la tasa de embarazos con síndrome de Down ha aumentado de 0,9 por mil el año 1993 hasta 1,8 por mil el 2006, lo que hace aún más indispensable el cribaje universal de todas las embarazadas. Con las técnicas actuales, la tasa de detección puede conseguir niveles superiores al 80-90% para una tasa de falsos positivos inferior al 5%<sup>(3)</sup>.
- Prevención del síndrome alcohólico fetal con educación sanitaria intensiva y recomendación de abstinencia total del alcohol durante el embarazo.
- Lucha activa contra el tabaquismo a todos los niveles y, especialmente, durante el embarazo.
- Detección y tratamiento precoz de infecciones: lúes, toxoplasmosis...
- Control clínico de la TA, glucemia, prevención de anemia, prevención de isoimmunización Rh...
- Política de incorporación activa del padre en la atención integral del embarazo, para que se sienta protagonista y comparta con su pareja todo el proceso. Medidas concretas, como acompañar a la mujer en la gimnasia preparto, participar en los grupos de preparación al parto, asistir a los controles clínicos, a las visitas prenatales, ayudarán a integrarlo y vincularlo. Si el padre no puede asistir, hay la posibilidad de hacerlo presente en el relato para que la madre lo incorpore y le ceda espacio mental. Cuando el padre percibe que es tenido en cuenta, que se le considera importante, establece a la larga vínculos más estables y fuertes con su hijo, disfruta más con la crianza, tolera mejor las dificultades, las renuncias que comporta cuidar a su hijo, facilita la estabilidad de la pareja y previene que el padre se desentienda de su función paterna.
- Atención específica al embarazo de riesgo elevado cuidando, no solamente la parte orgánica, sino teniendo en cuenta el necesario soporte y contención emocional a la tensión que se vive ante la mayor incertidumbre.

### Atención adecuada en el preparto y en el parto

**El parto es una época vital para la mujer y el niño. Hay que mimarlo y protegerlo.**

Durante los años en que, deslumbrados por la técnica, se medicalizó excesivamente el parto y se aceleró artificialmente, se comprobó un aumento del sufrimiento fetal con graves secuelas, más dolor físico y psíquico en la madre y menos vinculación posterior con su hijo<sup>(4)</sup>. Actualmente, se acepta mejor que el parto es un acto fisiológico, de gran impacto emocional, que hay que cuidar, proteger y respetar en sus ritmos. Hay editadas guías clínicas de atención al parto normal estupendas, como la del Servicio Nacional de Salud del 2010, fácilmente accesibles desde Internet<sup>(5)</sup>. En esta guía se destaca el hecho de tratar a la embarazada con el máximo respeto e implicarla en la toma de decisiones. Ella es protagonista activa en esos momentos tan vitales. Se resalta la importancia del contacto piel con piel durante las 2 a 3 primeras horas de vida, cuando el bebé está atento y alerta. Madre e hijo se tocan, se miran y establecen vínculos inolvidables de gran impacto emocional. En estos primeros minutos el bebé huele, busca el pecho de la madre e inicia las primeras succiones. Estas medidas facilitan la instauración y el mantenimiento de la lactancia materna durante más tiempo e incrementan la secreción de oxitocina materna, la hormona del amor y del apego. Se recomienda que la madre pueda estar acompañada por la persona de confianza que elija durante el periodo de dilatación, el parto y el postparto. Asimismo, se aconseja, tras un parto normal, evitar cualquier separación de la madre de su bebé durante todo el tiempo de hospitalización.

### Vinculación del padre durante el parto

**Es necesaria una política activa de incorporación del padre a todo el proceso del parto.**

Al padre habitualmente le cuesta más vincularse con su hijo que a la madre y a veces este proceso progresivo no se produce en su plenitud hasta los 2 a 3 primeros meses del bebé. La incorporación del padre como soporte

y acompañamiento a la madre durante el trabajo de parto, el parto y en el postparto inmediato reforzará mucho la vinculación con su hijo<sup>(6)</sup>. Estar presente durante el contacto piel con piel de la nueva madre con su bebé, poder tocar a su hijo, descubrirlo, observar atentamente cómo se mueve, cómo respira. Si el padre puede intercambiar miradas con su nuevo hijo sentirá un gran placer que dejará impronta. Se reforzará su autoestima, estará más seguro y deseoso de ejercer su función paterna.

Hay que favorecer el acceso libre y total del padre y hermanos mientras dure el ingreso de la madre e intentar vincularlos durante el alta hospitalaria.

Cuando la familia contacta con su pediatra para concertar cita después del alta, conviene aconsejar la presencia de los 2 padres en la primera visita.

Un vínculo fuerte de los padres con sus hijos favorece un tipo de apego seguro y refuerza la estima hacia el bebé.

### Prematuridad y prevención en salud mental

**En los últimos años se ha avanzado mucho en la atención integral al prematuro y a su familia pero no en lograr disminuir las tasas de prematuridad.**

A pesar de las mejoras en la atención al embarazo, las tasas de prematuridad se mantienen sin descenso. Se cree que es debido al incremento de edad de las mujeres gestantes y a las técnicas de reproducción asistida. Durante el 2010, la prematuridad global (< de 37 semanas) en Cataluña fue del 7,3% de partos. De estos, un 11,5% se consideraron de prematuridad extrema (<32 semanas). Un 6,9% de recién nacidos (429 niños) pesaron menos de 1.500 g y un 3% (187) pesaron menos de 1 kg al nacer<sup>(7)</sup>. En el año 2009, nacieron en España 1.131 niños con menos de 29 semanas de gestación.

Las unidades pioneras de grandes prematuros en España llevan años incorporando a los padres en el cuidado diario del prematuro y practicando una atención integral, preventiva, que tiene en cuenta la mayor vulnerabilidad del prematuro a los ruidos, a la luz, al dolor, su menor capacidad de habituación y adaptabilidad a los estímulos. Se pretende vincular a los padres desde el

principio al considerarlos parte activa y fundamental en los cuidados diarios.

Basándose en estos conceptos, se ha construido un decálogo de atención al prematuro:

1. Acceso de los padres a su hijo prematuro sin restricciones, las 24 horas del día, cuidando la comodidad: lavabos, salas de descanso...
2. Apoyo psicológico a los padres desde el inicio.
3. Evitar al máximo el dolor, no hacer más de lo necesario e indispensable.
4. Disminuir el ruido ambiental en lo posible.
5. No exponer al prematuro a las alarmas de otros niños de la sala.
6. Poca luz, solo la iluminación imprescindible.
7. Contacto humano piel a piel padre-hijo el máximo tiempo posible (método canguro).
8. Mucha atención a la postura del niño, a los cambios de posición: un gran prematuro se puede mover poco, la gravedad lo aplasta y es importante la movilización experta y el cambio postural adecuado para favorecer la flexión, los movimientos hacia la línea media, proporcionar información táctil y propioceptiva, facilitando el movimiento activo: "cuando el movimiento es activo lo aprendo y aprendo más".
9. Protección del sueño: un prematuro precisa dormir más horas.
10. Soporte y protección de la lactancia materna con una estrategia que se inicia desde el postparto inmediato.

## La educación emocional

**Los pediatras pueden ayudar a las familias a avanzar en la educación emocional de los hijos.**

La educación emocional se basa en enseñar a los niños a reconocer sus propios estados emocionales y los de los demás. A saber identificar las diferentes emociones para poder poner después palabras que las nombren, desde las más básicas: alegría, tristeza, rabia o sorpresa, a las más complejas, como: ira, compasión, solidaridad, envidia, rencor, piedad... Aprender emocionalmente también implica saber manejarse con la frustración y con la agresividad dirigida hacia uno mismo y hacia los de-

más. Aprender a dosificarse, a tolerar la espera, saber escuchar con atención, con empatía. Adquirir recursos psicológicos para hacerse respetar por los demás, para saber mantener el propio espacio vital y defenderse si es preciso utilizando la palabra, el debate, el diálogo. También es aprender a disfrutar del vivir, de los pequeños momentos. Saber encontrar motivos para ilusionarse y poder construir uno mismo proyectos, sentirse con ilusión y capacidad para realizarlos, crear expectativas gratificantes de futuro que generen goce y motiven en el día a día. Saber compartir con los demás teniendo criterio propio, sin diluirse en el grupo, sin dejarse arrastrar ciegamente por la opinión de los demás. Ser capaz de mantener y defender las opiniones propias con la palabra. Dotarse de unos principios éticos construidos sobre valores positivos, como la amistad, la solidaridad, el esfuerzo, la generosidad, pero sin renunciar a uno mismo, cuidando la autoestima y el respeto hacia uno mismo.

Una buena educación emocional permitirá al niño, y luego al adolescente, ir construyendo su propia identidad sobre unas bases positivas y sólidas, les ayudará a tener criterio propio, mejorar su autoestima, estar bien consigo mismo, relacionarse sanamente con los demás. Le ofrecerá recursos para protegerse del acoso escolar, le dará seguridad, hará más fácil la relación con sus compañeros. Durante la adolescencia, lo protegerá de quedar atrapado por el placer inmediato y pasajero de las drogas o de perder su identidad diluida en el ideario del líder o del grupo.

## Función del pediatra de Atención Primaria

La mayoría de encuentros entre la familia y su pediatra se producen durante los 4 primeros años de vida del niño. Las demandas más frecuentes son por enfermedades leves respiratorias, otitis, temas de puericultura y de salud mental. El escolar y el adolescente consultan mucho menos, con la excepción de los niños que padecen algún proceso crónico.

En todas las visitas, se puede prestar una atención biopsicosocial. Si la realiza el pediatra habitual del niño, éste lo ubica mentalmente, con su familia y antecedentes principales. Puede que aquel día sea suficiente una visita rápida pero, perió-

dicamente, en sucesivos encuentros, conviene interesarse por la evolución, indagar sobre los últimos cambios, preocupaciones actuales de la familia, sus impresiones sobre los progresos que va haciendo el niño. Se transforma así una visita espontánea por un proceso orgánico leve o un tema de puericultura en una consulta más integral, biológica, emocional, relacional, psicosocial que, aunque sea breve, es eficaz, se enmarca en la atención diacrónica del paciente, refuerza la confianza mutua. Si se conoce a la familia y los datos están correctamente registrados en su historial clínico, esta manera de visitar no es una inversión excesiva en tiempo, ayuda a disminuir la frecuentación innecesaria y mejora la salud global.

## Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.\* Meltzer D, Harris M. El paper educatiu de la família. Barcelona: Espaxs; 1989.
- 2.\*\*\* Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Mental Health. The Future of Pediatrics: Mental Health Competencies for Pediatric Primary Care. Pediatrics. 2009; 124: 410-21.
- 3.\*\* Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud. Protocolo de diagnóstico prenatal de anomalías congénitas fetales. Barcelona. Direcció General de Salut Pública; 2008.
- 4.\*\*\* Behrman R, Kliegman, R, Jenson, H. Nelson. Tratado de Pediatría. 17ª edición. Madrid: Elsevier; 2006.
- 5.\*\* Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2010.
- 6.\*\* Klaus M, Kennell J. La relación madre-hijo. Buenos Aires: Panamericana; 1978.
- 7.\* Generalitat de Catalunya. Direcció General de Salut Pública. Indicadors de Salut Maternoinfantil Catalunya 2010. Canal Salut www.gencat.cat.

## Bibliografía recomendada

- American Academy of Pediatrics. The Classification of Child and Adolescent Mental Diagnoses in Primary Care. American Academy of Pediatrics; 1996.

Es especialmente interesante la lectura de los primeros capítulos: *Introduction y Considering the Severity of Clinical Need*.

- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. Direcció General de Salut Pública; 2008.

Útil para la valoración de los factores de riesgo, los signos de alarma y los consejos sobre educación sanitaria anticipatoria en las edades de las visitas periódicas de salud.



## Caso clínico

Adrián tiene 8 años. Acude con su madre a la visita del programa del niño sano. El desarrollo psicomotor y la exploración física son normales para su edad. El niño dice encontrarse bien y no tener problemas en casa ni en la escuela. Al preguntar a la madre sobre cómo ve ella a su hijo, sobre sus preocupaciones y dudas, comenta que últimamente está más nervioso, intranquilo. En la escuela la maestra también ha comentado que está menos atento, como inquieto. La relación con sus compañeros la valora como normal. Repasando mentalmente el entorno del niño, el pediatra recuerda que tiene 2 hermanos gemelos, niño y niña, de 15 meses de edad. También que, al poco de nacer los gemelos, el abuelo materno murió súbitamente. Era un miembro importante y respetado de la familia con el que mantenían una relación frecuente e intensa aun sin vivir en la misma casa. Al comentar a la madre y al niño estos hechos, la madre explica que Adrián no quiere hablar nunca del abuelo. Lloró algo durante la despedida, en el cementerio, cuando la familia lo integró en las ceremonias del duelo. Pero posteriormente el niño no

quiso hablar y los padres, para evitar alterarlo, no hablaban nunca de ello. Intentaban evitar el sufrimiento con el silencio.

Adrián ha de realizar un doble duelo: el de la muerte de su abuelo y el duelo por dejar de ser hijo único. Además, ha de aprender a manejarse con los celos que le despiertan sus dos hermanos pequeños. El pediatra puede ayudar en este proceso ofreciendo a los padres algunas recomendaciones en la línea de la educación emocional comentada, que permitan al niño hablar de sus sentimientos reprimidos, sentir tristeza, poder llorar, poder narrar su pena, su rabia, su enfado ocasional hacia sus hermanos pequeños. Conviene programar una cita al cabo de cierto tiempo para valorar la evolución. Puede que las medidas anteriores hayan sido suficientes, el niño avance de una manera sana y vaya elaborando correctamente sus dificultades, con lo que habrán de hacerse solamente labores de soporte y refuerzo. En caso de estancamiento o empeoramiento, el pediatra tendrá que plantear a la familia la posibilidad de derivación a los servicios especializados de salud mental infantil.