

¿Qué es Salud Mental Infantil y Qué Significa para Otras Disciplinas?

“El amor de la madre en la infancia y la niñez es tan importante para la salud mental como lo son las vitaminas y proteínas para la salud física.”

–John Bowlby

INTRODUCCIÓN

En 1975, Selma Freiberg y sus colegas diseñaron un acercamiento basado en la teoría de la afectividad de John Bowlby para fortalecer el desarrollo y bienestar de infantes y niños pequeños dentro de una segura y estable relación con quien les cuida. Ella denominó esa práctica Salud Mental Infantil. Hoy, a la salud mental infantil (IMH) se le reconoce como un inclusivo e interdisciplinario campo de investigación y práctica profesional que se enfoca en el desarrollo y bienestar socioemocional de infantes y niños pequeños dentro del contexto de sus tempranas relaciones, la familia, la comunidad y la cultura. ¹ La investigación y perspectivas de muchos campos indica que todos los aspectos del desarrollo – socioemocional, intelectual, de lenguaje y físico— son interdependientes y reciben apoyo a través de las dinámicas de los entornos de la prestación de cuidado. La conclusión es que el momento óptimo y más económico para realizar intervenciones positivas que apoyen a los niños, sus cuidadores* y las familias es durante el período a partir del embarazo hasta la temprana niñez. ²

*Cuidador puede incluir a un progenitor u otro adulto que cuida le presta al niño el cuidado primario.

Inicialmente, la fuerza laboral estuvo compuesta de trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras y enfermeras. Más recientemente, el campo IMH se ha expandido para incluir a la comunidad médica, así como también el entrenamiento de profesionales que practican otras disciplinas tales como la temprana educación del niño, la patología del habla y del lenguaje, la terapia ocupacional y la terapia física. Esencialmente, cualquiera que tenga contacto con infantes, niños pequeños y sus familias puede reconocer y apoyar la salud y el bienestar socioemocional.

A manera de ilustración, las actividades para promover IMH pueden ser entremezcladas en múltiples programas y servicios comunitarios, incluyendo los centros de cuidado infantil, las clínicas de pediatría, las oficinas de los médicos de cuidado primario, los programas de visita a cas, etc. Todos los profesionales especializados que practican en el campo de la temprana niñez pueden incorporar las estrategias de intervención preventiva de IMH para tener impacto positivo en las trayectorias de desarrollo de infantes y niños pequeños cuyo curso de vida se encuentra bajo riesgo debido a la conducta de crianza o al trauma. Finalmente, los profesionales comunitarios de todas las disciplinas pueden aprender a reconocer relaciones entre cuidador y niño trastornadas y conocer cuándo referir al tratamiento IMH con un profesional de IMH debidamente acreditado.

Para asegurar que los niños pequeños y sus cuidadores mantengan relaciones óptimas que nutra, proteja y apoye el desarrollo socioemocional, sería provechoso para los profesionales en la práctica desarrollar un léxico compartido, reconocer conceptos claves y estar familiarizados con principios que reflejen el campo de IMH. Para comenzar, es importante definir IMH y cómo es sinónimo de desarrollo socioemocional saludable.

De cómo se define Salud Mental Infantil

A la salud mental de niños pequeños se le define como el bienestar psicológico y socioemocional de infantes y niños pequeños en las relaciones con quienes les cuidan, el entorno y la cultura –con respecto a la individualidad de cada niño.³ Un saludable desarrollo socioemocional comprende “la capacidad del niño de desarrollarse a partir del nacimiento hasta los cinco años para formar relaciones cercanas y seguras con adultos y compañeros; experimentar, regular y expresar emociones de maneras apropiadas social y culturalmente; y explorar el entorno y comprender –todo dentro del contexto de la familia, la comunidad y la cultura.”⁴ IMH también incluye el funcionamiento de la familia y la “bondad de ajuste” entre cuidador y niño, así como también la salud y desarrollo del cerebro.⁵

El desarrollo social incluye la habilidad de formar relaciones con otros y de comprender y responder a las normas culturales y expectativas acerca de las interacciones y comportamientos interpersonales. El desarrollo emocional comprende el poder interpretar y responder a sentimientos expresados por otros, así como también regular y expresar los propios sentimientos.

Los infantes y niños pequeños confían en sus cuidadores en cuanto al desarrollo social (*Yo señalo mis necesidades y sentimientos, después quien me cuida responde sensiblemente a mis señales*) y al desarrollo emocional (*Puedo comunicar mis sentimientos y ser comprendido. Mis sentimientos son importantes. Quienes me cuidan también comunican sus sentimientos y yo puedo aprender a comprender sus sentimientos*). El desarrollo del autovalor, la autoconfianza, y la autorregulación viene de este saber compartido y significado compartido entre el cuidador y el niño, los cuales son importantes características del desarrollo socioemocional.

“A partir de la temprana infancia, parece que nuestra habilidad para regular los estados emocionales depende de la experiencia de sentimiento de que una persona significativa en nuestra vida está simultáneamente experimentando un estado mental similar.”

Daniel Siegel

IMPORTANCIA DE LAS TEMPRANAS RELACIONES

Para los pequeños niños, las relaciones entre cuidador y niño representan el contexto más importante para la temprana organización, regulación y desarrollo del cerebro y son el enfoque distintivo del campo de la IMH.⁷ Los niños crecen y se desarrollan dentro del contexto de sus continuas relaciones y experiencias con sus cuidadores y familias. La habilidad de un niño pequeño de lograr el óptimo desarrollo socioemocional, cognitivo, lingüístico y físico depende del juego, la exploración, la interacción con otros, y de *enamorarse y estar enamorado* de un adulto que ofrece seguridad y nutre la relación.⁸

Relaciones de afectividad

La teoría de la afectividad es una piedra angular de la IMH. Los profesionales deben tener conocimiento acerca de las destrezas que los infantes y niños pequeños necesitan desarrollar para el futuro éxito en la

vida. Desarrollar una afectividad fuerte con el propio cuidador se considera un componente esencial para la posterior habilidad de formar saludables relaciones personales.

Afectividad es un término que se usa para describir la relación de dependencia que un niño desarrolla hacia su cuidador primario. A lo largo de todas las culturas estudiadas, se observa un proceso llamado comunicación contingente en el cual el cuidador percibe las señales de un niño, les busca el sentido y responde de una manera oportuna y eficaz.⁹ Esta forma sensible de receptividad le permite al niño sentirse seguro y comprendido, saber que sus necesidades serán satisfechas y comprender que el cuidador es un recurso de confianza de crianza y protección. La calidad de la relación de afectividad o relación cuidador-niño juega un papel predominante en el desarrollo socioemocional y sirve como un sistema regulatorio social y homeostático.¹⁰

Las intervenciones y tratamientos de IMH se enfocan en las familias que tienen problemas con ofrecer el tipo de entorno de apoyo y fomento tan importante para la afectividad del infante y el niño pequeño. Los cuidadores que están extremadamente agotados, fácilmente agobiados por las demandas del día a día, pudieran tener dificultad para ofrecer el cuidado sensible y receptivo necesario para desarrollar relaciones afectivamente seguras. Los entornos familiares pudieran ser caóticos y carecer de un cuidado sensible y receptivo. Los mismos cuidadores pudieran proceder de entornos adversos. Estas familias pudieran beneficiarse de la asistencia de un profesional de IMH para establecer los recursos internos para ser capaces de ofrecer la crianza y regulación o co-regulación mutua que sus niños necesitarán para desarrollar relaciones afectivas seguras.¹¹

Regulación/Co-Regulación Mutua

La mutua regulación se refiere al ritmo interactivo de conexión o desconexión que se comunica a lo largo del tiempo en la relación cuidador-niño. De forma verbal o no verbal, los infantes y niños comunican sus necesidades a sus cuidadores. El llanto, por ejemplo, le dice al cuidador que su niño tiene hambre, está mojado o siente frío, y ella entonces responde a esa necesidad porque el llanto la incita a hacerlo.¹² Cuando el cuidador escucha un llanto de angustia, su propio sistema se activa para responder a lo que escucha y actúa para aliviar la incomodidad del niño. A medida que la mamá puede calmar al niño, su propio sistema nervioso también se regula lo cual la calma a ella y fortalece el sistema de respuesta. Algunas veces, se dan discrepancias en la regulación. Algunos cuidadores se frustran u se disgustan cuando no pueden comprender las señales del niño. Pudieran no leer correctamente esas señales y responder de una manera que no es calmante para el niño; o pudieran sentirse sin ayuda y frustrados cuando no pueden comprender lo que el niño necesita.¹³

Cuando no se satisfacen las necesidades del niño, el infante pudiera desarrollar destrezas para arreglárselas a responder al estrés interactivo prolongado.¹⁴ Por ejemplo, si el llanto se activa de una manera que es frustrante para la mamá, se interrumpe el sistema que se establece entre el cuidador y el niño y esto pudiera llevar a un sentimiento de desconexión. Estas malinterpretaciones y rupturas en la respuesta del cuidador pudieran ocurrir aun cuando el cuidador está tan atento como sea posible y actúa para reparar la interacción. La experiencia ocasional ayuda al niño a aprender a manejar el conflicto, la falta de comprensión y la falta de comunicación que son inevitables en la vida.¹⁵ Sin embargo, si el proceso de reparar no se inicia, el niño pudiera permanecer en n estado de estrés prolongado.

En situaciones saludables, a medida que la relación crece y el cuidador aprende a comprender más al niño, el niño aprende a confiar en que sus necesidades serán satisfechas. Sucesivamente, el niño aprende que puede afectar el entorno, incluyendo el comportamiento de los cuidadores, por medio de la expresión de sus necesidades y la respuesta contingente de los cuidadores.¹⁶ De esta manera, el niño y quien le cuida son interdependientes. El éxito de la habilidad del niño para demostrar autorregulación después se relaciona con la experiencia del infante de una relación mutua que sea clara, consistente y receptiva en los primeros años.¹⁷

Desarrollo temprano del cerebro

La infancia y la temprana niñez son ventanas de oportunidad para darle forma al desarrollo, regulación y funcionamiento del cerebro, y también un momento de vulnerabilidad. Los infantes necesitan conexiones con los cuidadores para regular y organizar la función de su cerebro en el momento, y permitir que se desarrolle debidamente a lo largo del tiempo.¹⁸ Los altos niveles de afecto, sincronía y receptividad recíproca durante las interacciones entre cuidador y niño le dan forma a la arquitectura del cerebro y se asocian con el mejorado desarrollo del infante a lo largo de todas las áreas. En cambio, bajos niveles de estas mismas cualidades dramáticamente disminuyen el riesgo de una variedad de resultados adversos.¹⁹

Estas tempranas relaciones les ofrecen a los infantes y niños pequeños las experiencias que no sólo le dan forma a la arquitectura de su cerebro, sino que tienen impacto en el desarrollo a lo largo de sus vidas. Si se establece una fundación debidamente, un pequeño niño tendrá las estructuras neurobiológicas que le permitirán bregar con el estrés, autorregularse, fomentar la curiosidad, desarrollar un lenguaje complejo y motivar la capacidad de aprendizaje.²⁰ Adicionalmente, las relaciones e interacciones positivas apoyan el desarrollo de las estructuras cognitivas del niño las cuales se necesitan para aprender a autorregular las emociones y el comportamiento. Se ve la estable autorregulación como la fundación de todas las relaciones socioemocionales, así como de la capacidad para aprender. Si las relaciones con los cuidadores son negativas o débiles, las más bajas estructuras del cerebro se convierten en las dominantes y las estructuras corticales cognitivas que participan en la autorregulación no se desarrollan en toda su capacidad.²¹

Profundizar nuestro conocimiento de los contextos relacionales y el impacto tanto de las positivas como las negativas experiencias en la maduración del cerebro es un paso importante hacia la promoción de un desarrollo saludable en la temprana niñez. Adicionalmente, el conocimiento y comprensión aumenta nuestra habilidad de predecir las trayectorias del desarrollo. Lleva menos tiempo, intensidad y repetición el organizar los sistemas neurales de desarrollo en un infante que reorganizar los sistemas neurales de desarrollo en un niño mayor.²² El campo de la IMH reconoce que la mayor concienciación de cómo los contextos relacionales ayudan a darle forma a las conexiones en el cerebro es crítica para la temprana intervención.

El maltrato y los estudios ACE (Experiencias Adversas en la Niñez)

La temprana salud mental del pequeño niño establece el trabajo de base para futuras relaciones, salud mental y aún la salud física. En cambio, los niños expuestos a una temprana adversidad, especialmente aquellas situaciones relacionadas con relaciones e interacciones personales pueden comprometer el desarrollo. De hecho, los resultados del estudio de Experiencias Adversas en la Niñez (ACE) demostraron una fuerte, calificada relación entre el trauma en la niñez y el nivel de estrés traumático con débiles

resultados físicos, mentales y de comportamiento más tarde en la vida.²³ El concepto clave que le sirve de fundamento al estudio ACE es que las experiencias estresantes o traumáticas en la temprana niñez pueden resultar en impedimentos socioemocionales y cognitivos. Una niñez llena de temor interrumpe el neurodesarrollo y puede alterar la estructura y funcionamiento del cerebro.²⁴ Por ejemplo, el temor puede resultar de violencia familiar o la crónica falta de recibir un cuidado receptivo. La conclusión es que el temor durante la infancia y la niñez tiene un efecto acumulativo en el desarrollo de la niñez.

Cuando los niños experimentan el maltrato aprenden a modificar su comportamiento hacia el entorno y al cuidado que reciben. La adaptación al maltrato por parte del infante o niño pequeño puede resultar en que sus señales y comportamientos sean difíciles de comprender. A pesar de que ellos desarrollan estrategias para arreglárselas que les pueden ayudar a sobrellevar la adversidad, las mismas estrategias pueden interferir con muchos aspectos del desarrollo. La falta de experiencias claves de desarrollo resultará en la persistencia de una primitiva, inmadura reacción de comportamiento, y predispone al niño pequeño a luchar, escapar, temer o congelar respuestas, lo cual contribuye a la desorganización del desarrollo.²⁵

Memoria

Se ha perpetuado el mito de que los infantes o niños pequeños no recordarán lo que les ha pasado. En realidad, los infantes y niños pequeños tienen memorias bien desarrolladas aun cuando ellos no las puedan describir en palabras –lo cual se describe como memoria implícita. Estas memorias pueden surgir como respuesta a ciertos estímulos tales como suspiros y sonidos los cuales resultan de una interrupción en la condición emocional. La memoria implícita aparece sin un sentido real de “recordar.”²⁶

La seguridad es primordial para el desarrollo socioemocional saludable; pero cuando los infantes y niños pequeños no se sienten seguros en sus relaciones o entornos, las memorias se incorporan en las conexiones neurales sensoriales y con base en el cuerpo dentro del cerebro. Las memorias y las más tempranas representaciones mentales que los niños pequeños tienen del progenitor/cuidador consisten en la manera como el progenitor/cuidador hizo cosas con el niño. Si el progenitor/cuidador se va o se muere, el niño pierde el sentimiento de seguridad generado por esas interacciones tranquilizadoras –“reguladores escondidos”– que ayudan a organizar al niño psicológicamente y también fisiológicamente. Cuando un niño pequeño pierde un progenitor o cuidador, el sentido de sí mismo se altera. Las interrupciones repetidas en relaciones de prestación de cuidado continuamente interfieren con la habilidad del niño de formar un sentido claro de quien es en relación con otros.²⁷

La paradoja es que para muchos infantes y niños pequeños que crecen en entornos de alto riesgo, ellos pudieran estar atados a sus cuidadores, pero no se sienten seguros con ellos. El punto importante es que los infantes y niños pequeños no sólo *se les pasa* u *olvidan* el temprano maltrato o estrés crónico; la experiencia está incorporada en sus cerebros y cuerpos.

Los cuidadores que proceden de grupos de población de alto riesgo social, especialmente los cuidadores que tienen historias traumáticas propias son vulnerables en cuanto al desarrollo de relaciones e interacciones trastornadas, no reguladas, entre cuidador y niño.²⁸ Muchos cuidadores con experiencias negativas durante la etapa crítica de su propia crianza ponen de manifiesto sus propias experiencias de maltrato en la temprana niñez implícitamente en su manera de criar en el presente. Algunas experiencias se codifican en sus cerebros de tal manera que la consciencia no está inmediatamente disponible para el individuo. El cuidador pudiera, de hecho, no saber por qué actuó de cierta manera. Darse cuenta de que

los cuidadores pudieran estar operando a partir de la memoria implícita y comprender cómo las experiencias de la temprana niñez afectan el comportamiento adulto, incluyendo la regulación emocional, ayuda a los profesionales de IMH a comprender mejor a los cuidadores con los cuales están trabajando.

Funcionamiento reflexivo

El funcionamiento reflexivo del progenitor es un determinante clave de cómo dentro del contexto de las tempranas relaciones sociales del niño, un infante o niño pequeño aprende a autoorganizarse y autorregularse. El funcionamiento reflexivo del progenitor es la capacidad de un cuidador de comprender el comportamiento del infante en términos de estados internos y sentimientos.²⁹ El desarrollo de la autoorganización depende de la habilidad del cuidador de comunicar y comprender la posición intencional del niño por medio de “marcado reflejo” de expresiones faciales, voces y manifestaciones táctiles.³⁰ Por ejemplo, un infante pudiera llegar a ser exigente y la mamá, de cara a cara con el infante, le muestra un afectuoso interés en su cara y le dice, “parece que tienes hambre, debe ser la hora de tu biberón.”

Ser capaz de leer las señales de un niño y anticipar sus necesidades son partes importantes de la crianza. En otro ejemplo, un cuidador que reflexiona puede interpretar el comportamiento de oposición de su hija como sentimientos ocultos de tristeza u otros sentimientos que son parecidamente inconsistentes con el comportamiento y ayuda a la niña a identificar estos sentimientos.³¹ El cuidador puede comprender y reflexionar la “vida interna del niño.” Esta destreza le permite al cuidador responder apropiadamente al comportamiento del niño y ver el comportamiento como una expresión del estado interno del niño. Por otra parte, un cuidador con déficit de reflexión ve el comportamiento del niño tal cual, en sentido literal; por ejemplo, se ve la agresión como una indicación de la “maldad” del niño.³² La falta de funcionamiento reflexivo del progenitor juega un papel clave en el funcionamiento patológico y problemas en la relación entre progenitor y niño y pudiera requerir tratamiento y el apoyo de un terapeuta de la IMH acreditado.

Niño con discapacidades

Uno no puede predecir el impacto de una discapacidad dentro de una familia particular sin conocer su historia, valores, esperanzas y sueños, su contexto cultural y su entorno social. Se da un consenso general de que la discapacidad presenta un factor de estrés significativo. Cuando una discapacidad está presente, las fantasías y esperanzas para el niño se encuentran significativamente atacadas de inmediato y de maneras dolorosas. Adicionalmente a la ansiedad y la depresión, entre las reacciones típicas se pudiera incluir desconcierto, disgusto, culpa y negación.³³ Estas emociones pueden ser tan intensas que para un cuidador son abrumadoras y desorganizadoras.

Es importante repetir que las relaciones que cualquier niño tiene con su significativo cuidador son vitales para su salud emocional. La relación entre infantes con necesidades especiales y sus cuidadores no es diferente a este respecto. Es vital considerar cómo una discapacidad en particular puede afectar las relaciones entre su niño y sus progenitores u otros cuidadores. El contacto visual evoca un poderoso sentido de conexión, pero los impedimentos visuales, por ejemplo, pudieran hacer difícil o imposible el contacto visual. Los problemas de fuerza muscular pudieran hacer que los placeres comunes de cargar al infante sean menos gratificantes y se sientan como un rechazo. Las dificultades en la interacción social que son un problema para los niños en el espectro del autismo pudieran ser causa de que un cuidador se

sienta angustiado y desconectado.³⁴ Estos ejemplos muestran cómo la discapacidad del niño pudiera impedir las capacidades centrales usadas para establecer las relaciones entre cuidador y niño.

Finalmente, cuando otros retos en el desarrollo o necesidades de salud son muy evidentes, el desarrollo social y emocional se pasa por alto a menudo o se desatiende la forma de facilitar el desarrollo socioemocional.³⁵ Sin embargo, no se puede ignorar estas funciones porque la relación entre cuidador y niño es esencial y ofrece la función central de organización a partir de la cual todas las áreas del desarrollo empiezan a desplegarse.

El momento de apoyo

Ya que los primeros años son tan cruciales para el desarrollo, los servicios de apoyo deben comenzar tan pronto como sea posible e incluir los principios y prácticas de IMH. Los profesionales de la IMH que se encuentran en contacto regular con las familias de los niños pequeños deben compartir la responsabilidad de apoyar cualitativamente la relación entre cuidador y niño y el desarrollo temprano del cerebro.³⁶ El campo de la IMH entrena a profesionales en la práctica a reconocer la complejidad del desarrollo en los primeros años y a organizar las múltiples influencias subyacentes en el significado de comportamiento tal como lo destacan los asuntos relacionados específicamente con el niño, los factores de la relación, así como las condiciones del entorno.³⁷ En la IMH, la clave es enfocarse en los procesos del desarrollo y utilizar las intervenciones clínicas hacia la comprensión y asistencia a díadas de cuidador-infante o cuidador-niño tan pronto como sea posible. Los profesionales de la IMH efectúan una contribución esencial en un equipo de temprana intervención.

PRINCIPIOS DE LA PRÁCTICA DE SALUD MENTAL INFANTIL (IMH)

La práctica de IMH es guiada por seis principios, tal como los ha articulado la Dra. Alicia Lieberman, una reconocida autoridad en el campo de IMH.

Primer principio

El más básico y ampliamente aceptado principio con respecto a la salud mental de infantes, niños pequeños y preescolares es que *su salud mental se despliega en el contexto de sus cercanas relaciones emocionales e interacciones de momento a momento con progenitores y cuidadores*.³⁸ De acuerdo con la Dra. Kristie Brandt, a cada niño se le debe ofrecer cinco ingredientes esenciales para el desarrollo de una óptima salud mental: 1) un embarazo seguro, saludable y con bajo nivel de estrés; 2) la oportunidad y destreza de “enamorarse” y “estar enamorado” de un adulto seguro y dispuesto a cuidar; 3) apoyo para aprender a autorregularse; 4) apoyo para aprender a regularse mutuamente; y 5) un cuidado que fomenta, que es contingente y apropiado para el desarrollo.³⁹

Una relación segura entre el cuidador y el niño requiere de la disponibilidad y participación emocional materna. Una falta de participación del progenitor inculca inseguridad en la relación.⁴⁰ Por ejemplo, cuando consideramos a una madre que experimenta la tristeza o depresión posterior al parto —¿cómo cambia esta relación si la mamá no puede complacer la mirada del bebé, ofrecer un apoyo de calma, o participar en sonrisas recíprocas? Tal interacción pudiera conducir a un infante que experimenta la falta de disponibilidad emocional de su madre y no puede co-regular sus emociones o necesidades. Estas mismas

interacciones pudieran conducir a una madre que se ve a sí misma como ineficaz porque recibe poco placer cuando le responde a su bebé.⁴¹

Segundo principio

El segundo principio es que *las características de constitución, incluyendo las predisposiciones temperamentales, juegan un papel mayor en cómo los niños registran y procesan eventos y experiencias emocionales de la vida real.*⁴² Al mismo tiempo, debido a la importancia central de las relaciones emocionales, la respuesta de apoyo del cuidado al niño puede modular y aun transformar las vulnerabilidades de constitución de manera que ellas no saque del carril el curso del desarrollo del niño. Por ejemplo, comprender las variaciones en cuanto a la reactividad sensorial juega un papel en cuán disponible un infante está para interacciones sociales. Encontrar maneras como se puedan alterar las interacciones con el cuidador para ofrecer un ajuste bondadoso con las respuestas sensoriales de procesamiento del niño ayuda a transformar los sentimientos inadecuados que un cuidado pueda tener.⁴³ Usando un ejemplo de un infante de 8 meses, cuando la profesional en la práctica observó un tiempo de respuesta generalmente lento por parte del infante, ella se preguntó junto con el cuidador qué pasaría si ella mantuviera el contacto y esperara a que el infante procesara la comunicación usando menos palabras, pedidos y movimientos. Cuando el cuidador esperó, la sonrisa y la vocalización retrasadas del infante motivaron las lágrimas en ella ya que comprendía que la velocidad del proceso, no así el rechazo interpersonal, era la raíz del reto del niño.⁴⁴

Tercer principio

Los valores culturales de la familia y las costumbres de crianza forman una matriz indispensable para comprender el comportamiento y curso del desarrollo del niño es el tercer principio.⁴⁵ Cada niño y cada cuidador existen dentro de un contexto cultural particular que profundamente afecta su funcionamiento individual. En las más tempranas relaciones, la cultura está incorporada en cada actividad de la prestación de cuidado. Los infantes confían en sus progenitores y otros cuidadores primarios para ayudarlos a regular y a lo largo del tiempo, a aprender culturalmente maneras aceptables de comportarse y responder a emociones y expresarlas.⁴⁶ No podemos comprender y apoyar el desarrollo social y emocional de infantes y niños pequeños sin comprender las expectativas culturales, las creencias y costumbres de la familia. Las relaciones y experiencias formadoras del niño son únicas.

Cuarto principio

El cuarto principio es que *los profesionales de la IMH hacen un esfuerzo para comprender cómo los comportamientos se sienten desde dentro y no sólo cómo parecen desde afuera.*⁴⁷ Dentro de una perspectiva de IMH, un profesional aprende cómo las interacciones de momento a momento se están formando y se formaron por el continuo proceso de crear significados tanto del niño como del cuidador.⁴⁸ Cuando el infante llega a angustiarse debido a demasiada estimulación, y el cuidador levanta al bebé y camina con el bebé hacia un espacio más tranquilo, estableciendo contacto visual, una voz suave y un toque tierno (interacciones de momento a momento), el significado que esta diada crea es que “cada uno de nosotros entiende al otro.” El significado que el bebé crea es que “cuando estoy disgustado mi cuidador comprende cómo me siento y qué necesito;” el significado que la mamá crea es que “yo conozco lo que mi bebé siente y logro calmar a mi bebé.” Estos tipos de interacciones que ocurren una y otra vez

incluyen la regulación mutua o la lectura adecuada de y una apropiada forma de responder a las señales del infante o niño pequeño.

Entrar en el mundo interno del infante, del niño pequeño o del cuidador es importante para la práctica de IMH. La calidad, el momento oportuno y el tono de la respuesta del cuidador a las varias necesidades del infante ayudan a formar las destrezas de regulación interna. Considérese un bebé con asuntos gastrointestinales severos tal como se expresan a través de la débil alimentación, el llanto excesivo y las frecuentes respuestas de reflujo a la alimentación. Aun una muy atenta y emocionalmente disponible mamá puede llegar a sentirse ansiosa a medida que se acerca el momento de alimentar al infante y pudiera estar emocionalmente retraída con respecto al desafío con este infante, sintiéndose como un fracaso porque no puede cuidar de su bebé.⁴⁹ El infante pudiera reflejar la ansiedad que ve en la madre cuando ella se acerca con el biberón y puede experimentar un mundo cada vez más doloroso con poco alivio emocional o físico.

Quinto principio

Un punto central para el entrenamiento de IMH es comprender acerca de *sentir empatía con los progenitores e infantes en un proceso dual que incluye el aprendizaje de los profesionales acerca de cómo sentir empatía consigo y escucharse a sí mismos*.⁵⁰ Los propios sentimientos y comportamiento de un interventor tienen un impacto grande en la intervención. Algunas áreas de enfoque de la IMH que Lieberman recomienda son:

- El estar consciente de las propias sensaciones corporales del profesional cuando se interactúa con un cuidador e infante o niño pequeño es importante para la intervención
- Aprender cómo la atención al propio sentido de lo que el profesional siente puede ayudarlos a saber cómo responder a eventos complejos en las interacciones y relaciones entre cuidador e infante.⁵¹

Sexto principio

El último principio es intervenir tan pronto como se posible. Los cerebros de los niños están organizados y todos los aspectos del aprendizaje son mediados por sus relaciones con los cuidadores. Cuando esas relaciones se interrumpen, se da un impacto en el desarrollo y aprendizaje del cerebro, La práctica de IMH se convierte así en un apoyo al niño a través de las mejores relaciones e interacciones posibles tan pronto como sea posible. Esto significa que todos los profesionales de la práctica deben:

- Estar conscientes de los efectos del maltrato en todos los aspectos del desarrollo.
- Aprender a comprender lo que los niños nos dicen que necesitan.
- Asegurar/formar respuestas a la prestación de cuidado que sean consistentes, sensibles, estimulantes y contingentes a lo largo de todas las relaciones.
- Mantener la importancia de todas las relaciones como punto central para todo el trabajo y decisiones.⁵²

Estos principios ofrecen un mapa de destrezas y oportunidades de entrenamiento para que los profesionales de la IMH en todas las disciplinas desarrollen un lenguaje compartido y logren visualizar al mismo bebé y familia. El profesional de la IMH no es visto sólo como un miembro de una disciplina particular, sino también como alguien con un distintivo grupo de creencias centrales, destrezas,

experiencias de entrenamiento y estrategias clínicas en el campo de la IMH y que incorpora un acercamiento comprensivo, intensivo y con base en la relación al trabajo con niños pequeños y familias.⁵³

“No confunda al niño con sus síntomas.”

Erik Erikson

CONTINUUM DE LOS SERVICIOS

El campo de IMH apoya el bienestar socioemocional de un infante y niño pequeño por medio de alentar positivas relaciones entre los bebés y sus familias. El apoyo, los acercamientos y servicios de IMH se ven como un continuum. EL continuum incluye:

Promoción: Los servicios y apoyos que reconocen la importancia central de las tempranas relaciones en cuanto al desarrollo del cerebro, el aprendizaje, y el bienestar socioemocional de todos los niños pequeños promueven los principios de IMH. Estos servicios incluyen un enfoque en relaciones positivas entre cuidador y niño y el cuidador primario dentro de la casa, la guardería, los servicios médicos y otros escenarios para niños pequeños y familias.⁵⁴

Intervención preventiva: Los servicios que mitigan los efectos de riesgo y estrés y que tratan de los posibles retos y vulnerabilidades de la temprana relación, las cuales tienen un documentado impacto en el temprano desarrollo son intervenciones preventivas. Cuando no se da una relación compartida entre el cuidado que ofrecen los progenitores y el estilo de interacción y necesidades del bebé, se pudieran necesitar intervenciones específicas. Las estrategias de intervención específica se diseñan para cultivar relaciones mutuamente satisfactorias entre el cuidador y el niño y prevenir la progresión de futuras dificultades.⁵⁵ Estos tipos de intervención se pueden ofrecer por parte de una gama de intervencionistas entrenados en asuntos de temprana relación y que proveen la oportunidad de incluir las prácticas de IMH dentro de varias diferentes intervenciones en su disciplina particular.

Tratamiento: Se considera tratamiento a los servicios cuyo objetivo son los niños angustiados o con claros síntomas que indican un trastorno de salud mental. Los servicios tratan de alteraciones en la afectividad y la relación y las interacciones entre el niño, progenitor y otros significativos cuidadores que ponen en peligro el logro de la temprana salud mental y el desarrollo socioemocional. Los servicios de tratamiento especializados de temprana salud mental se enfocan en la díada cuidador-niño y se diseñan para mejorar el funcionamiento del niño y la familia y la salud mental del niño, los progenitores y otros cuidadores primarios.⁵⁶ Este nivel de cuidados debe ser ofrecido por terapeutas acreditados de la salud mental entrenados en IMH.

A lo largo de este continuum, los servicios de IMH buscan facilitar el desarrollo neurobiológico y socioemocional del niño mientras que se enfocan en las tempranas relaciones y en el “ajuste bondadoso” entre el niño, los progenitores y otros cuidadores significativos.⁵⁷

Cuando referir

La temprana negligencia, trauma y maltrato tienen efectos patogénicos a largo plazo, incluyendo efectos de malfuncionamiento del cerebro y dificultades sicosociales relacionadas. Los problemas en cuanto al desarrollo emocional del infante a menudo involucran las dificultades de los progenitores manejando su propio mundo interno –dificultades que incapacitan su habilidad de cuidar a sus bebés. Las dificultades de crianza de estos individuos pueden van desde la repetición explícita del abuso temprano a muy sutiles distorsiones y déficits en la crianza.⁵⁸ Cuando el profesional de la práctica observa a lo largo del tiempo que la díada cuidador-niño presenta significativas dificultades para mantener la regulación, recobrar el estrés, o manejar el afecto intenso, y que estas observadas dificultades están obstaculizando el éxito del desarrollo, una referencia a un terapeuta acreditado en salud mental con entrenamiento en IMH pudiera ser apropiada.

“Si valoramos a nuestros niños, debemos apreciar a sus progenitores.”

John Bowlby

ACERCAMIENTO A LOS SERVICIOS

El campo de la IMH aboga por acercamientos a las evaluaciones e intervención que sean interdisciplinarios, preventivos, informados sobre el trauma, informados sobre el desarrollo y basados en la relación. Hoy, los profesionales reconocen que para comprender cómo de desenvuelven los procesos de desarrollo, uno debe mirar el infante y el niño pequeño dentro del contexto de su propio entorno y más particularmente dentro del contexto de su relación con los cuidadores en su vida. Sin embargo, puede haber diferencias entre los acercamientos y metas del ofrecimiento de servicios que tienen quienes trabajan con niños pequeños y familias. Mientras más podemos comprender las diferencias, más podremos comprender cómo colaborar por el mejor interés del niño y la familia con el empleo de los principios de IMH.

La familia es el centro

Un enfoque en las relaciones está en armonía con la perspectiva de que la familia ocupa el centro que se refiere a los cuidadores como socios a tiempo completo en todos los aspectos del ofrecimiento de servicios. La familia, no sólo el niño, es el enfoque de intervención desde un acercamiento centrado en la familia. Las características de las prácticas centradas en la familia y un proceso de ayudar efectivo incluyen respeto por el miembro familiar, presunción de competencia, y promoción de sus puntos fuertes y habilidades en vez de limitarlos en base a los déficits que se presumen.⁵⁹ Un énfasis se pone en la opción de la familia, los puntos fuertes de la familia y la naturaleza de la relación entre los profesionales y la familia. Un terapeuta físico, por ejemplo, pudiera modelar cómo estirar el cuerpo del niño y entrena al cuidado a medida que ella practica los estiramientos. Ellos discuten oportunidades naturales cuando al niño se le puede estirar durante el día tales como cuando se cambia un pañal, entonces el cuidador practica los estiramientos sobre la mesa donde se cambia el pañal. Ellos identifican el hecho de que esta es una buena rutina en la cual incorporar movimientos de estiramiento. El terapeuta físico, como entrenador, y el cuidador en una interacción recíproca para compartir ideas, solucionar problemas y practicar posibles soluciones y estrategias.⁶⁰

Con base en la relación

Mientras que una intervención centrada en la familia define quien es el enfoque de la intervención y provee directrices con respecto a cómo enfocarse en la familia, los principios de un cuidado basado en la relación aportan puntos específicos con respecto a la relación que es inherente en todo cuidado centrado en la familia. Cuando usamos el término “acercamientos basados en la relación” nos referimos a acercamientos de intervención que confían en el contexto de las relaciones como punto central al enfoque de la intervención. Un acercamiento de IMH basado en la relación trata el estrés esperado y el inesperado, reacciones del proceso de arreglárselas y de ajustarse, así como el bienestar general de las familias.⁶¹

La intervención que se basa en la relación asume una perspectiva centrada en la familia, pero toma un paso más allá al enfocarse en la salud socioemocional tanto del niño pequeño como del cuidador. El acercamiento requiere de la creación de un contexto seguro y estimulante en el cual un cuidador y un profesional pudieran pensar profundamente acerca del cuidado del infante, la salud emocional del cuidador, los retos múltiples de la temprana condición de ser progenitores, así como las posibilidades de crecimiento y cambio.⁶² Entre las preguntas que se pueden hacer de una manera orientada a la relación se incluyen, “¿cómo pueden el profesional y el cuidador ver al mismo bebé? ¿Quién es el infante o niño pequeño en esta familia?”⁶³

Para un niño con discapacidad, la evaluación y la intervención incluirían no sólo los síntomas y funcionamiento del niño, sino también los factores de riesgo y de protección dentro de la relación cuidador-niño. Entre estos se pueden incluir: 1) las creencias del cuidador acerca de la causa del retardo en el desarrollo; 2) la manera como la condición del niño afecta a los diferentes miembros de la familia, incluyéndose sus respuestas emocionales; 3) las representaciones mentales que el cuidador tiene del niño y su capacidad; 4) las representaciones que los cuidadores tienen de sí mismos y de su papel como progenitores; y 5) los mecanismos de arreglárselas de los cuidadores.⁶⁴

Supervisión con reflexión

La supervisión con reflexión se recomienda para todos los profesionales de la IMH debido a la naturaleza evocativa de trabajar con niños pequeños y familias. Ofrecerles a las profesionales oportunidades para reconocer el posible estrés de proveer una práctica basada en la relación y permitirse el tiempo para reflexionar adecuadamente es algo a lo que se alienta a todos lo que trabajan en IMH a participar.⁶⁵

El mejor trabajo de los profesionales con familias ocurre cuando ellos están reflexivamente conscientes de sus propias reacciones, ya sean positivas o negativas, y pueden hablar acerca de ellas en la supervisión con reflexión.⁶⁶ Dentro del proceso de reflexión, el profesional continuamente usa su conocimiento interno y conocimiento externo para examinar y avanzar la práctica tanto en la supervisión como en el trabajo clínico.⁶⁷ Una supervisión con reflexión regular es crítica para la práctica eficaz en IMH.

“Haz con los demás lo que te gustaría que te hicieran a ti.”

Jeree Pawl

INTEGRACIÓN DE IMH Y LA TEMPRANA INTERVENCIÓN

Léxico compartido y creencias centrales

Ayuda definir a un profesional de la IMH no como un miembro de una disciplina en particular, sino como alguien con un grupo inconfundible de creencias centrales, principios, experiencias de entrenamiento y estrategias clínicas que incorpora un acercamiento comprensivo y basado en la relación para trabajar con niños pequeños y familias.⁶⁸ Sin embargo, ciertas destrezas pudieran distinguir a un profesional de la IMH entrenado de un proveedor de servicios de temprana intervención. Para los proveedores que no son terapeutas de la IMH, pero que están interesados en integrar la temprana intervención con la práctica de IMH, pudiera garantizarse algún entrenamiento adicional. Tener un léxico compartido, entrenamiento central y adherencia a los principios de IMH aseguraría el mejor éxito para las familias.

Entrenamiento y estrategias

A medida que los acercamientos de la IMH se integran en el trabajo de la temprana intervención, la Dra. Deborah Weatherston acierta en que las siguientes destrezas y estrategias pudieran garantizar un entrenamiento complementario:

1. Reconocer la relación entre cuidador y niño como la unidad de desarrollo y, por tanto, aprender nuevos métodos de observación, evaluación e intervención.
2. Aprender a sentirse cómodo con el hecho de tener múltiples puntos de vista.
3. Mirar el comportamiento de crianza, no las habilidades.
4. Preguntarse acerca de los pensamientos y sentimientos del cuidador relacionados con la presencia y cuidado del infante o niño pequeño y las cambiantes responsabilidades de la condición de ser progenitores.
5. Preguntarse acerca de las experiencias y sentimientos del infante en interacción y relación con el cuidador adulto.
6. Escuchar sobre el pasado tal como se expresa en el presente, preguntando y hablando.
7. Permitir que los conflictos y emociones centrales a la relación sean expresados por el cuidador; resistiendo, conteniéndose y hablando acerca de ellos según el cuidador pueda.
8. Estar atento y responder a las historias del progenitor de abandono, separación y pérdida no resuelta o trauma en la medida en que ellas afecten el cuidado del infante, el desarrollo del infante, la salud emocional del cuidador, así como la temprana relación en desarrollo.
9. Estar atento y responder a la historia del infante de temprano cuidado en cuanto a la relación cuidador-infante en desarrollo.
10. Identificar, referir, y/o colaborar con otros si fuera necesario, en el tratamiento de trastornos de la infancia, retardos y discapacidades, enfermedad mental del progenitor, así como la disfunción de la familia.

11. Permanecer con la mente abierta, curiosa y reflexiva.
12. Recibir supervisión con reflexión para alentar la capacidad de trabajar con un modelo basado en la relación, sin tomar en cuenta la disciplina.⁶⁹

Ejemplo de colaboración

La siguiente viñeta de Pawl y Milburn (2006) ilustra cómo la salud mental y los asuntos de la relación pueden ser difíciles de distinguir de asuntos médicos y de desarrollo y cómo la colaboración entre los profesionales puede ayudar a aliviar la confusión de los progenitores.

Marta, de 12 años, había desarrollado retardos y microcefalia, pero no había recibido un diagnóstico más específico. Su madre, Erika, hablaba sólo un poco de inglés, de manera que comprender lo que los doctores, que hablaban inglés, le decían acerca de Marta era muy difícil para ella. Desde el principio, había sido difícil de alimentar a Marta y el aumento de peso había sido un problema serio. El pediatra creía que los problemas de alimentación eran orgánicos en origen, pero él no había sido capaz de identificar una causa. Él le había explicado a Erika que la microcefalia a menudo resultaba en retardo mental.

Carol, una profesional en la práctica de la IMH, quien fue recomendada por un terapeuta ocupacional que trabajaba con la familia, comenzó a hacer visitas semanales para apoyar a Erika, que se había deprimido. Ella observó la interacción de alimentación y vio que Erika forzaba la comida en la boca de Marta, ignorando todas las protestas de que ella no quería comer.

Carol se sentó pacientemente con Marta y Erika, comentando sobre que experiencia tan penosa era para ambas. Ella escuchó la desesperación y frustración de Erika y gradualmente comenzó a comprender lo que había pasado. Cuando era infante, Marta no había sido una niña ávida por comer. Alimentarla no era posible, y aún con un biberón, ella no era lo suficientemente fuerte para mamar eficazmente. Cuando el pediatra le había explicado a Erika que Marta tenía microcefalia, Erika había entendido que él quería decir que Marta debería comer más de manera que su cerebro podría crecer. En la mente de Erika, alimentar a Marta se convirtió en un sinónimo de prevenir un retardo mental. También, en su intento de comprender las percepciones de Erika sobre el retardo mental, Carol llegó a saber que el hermano más pequeño de Erika había sido etiquetado como mentalmente retardado and muchos de los niños en su barrio de niñez se burlaban de él.

No fue difícil comprender la desesperación de Erika. Con el permiso de Erika y en colaboración con el terapeuta ocupacional, Carol llamó al pediatra y le dijo que a ella le gustaría trabajar con Erika y Marta junto con el terapeuta ocupacional para cambiar la dinámica de alimentación. Ella necesitaba su aprobación de que sería seguro dejar a Marta tener suficiente hambre para que comiera por sí sola. Erika se entusiasmó en teoría, pero su ansiedad acerca de que Marta no comiera era abrumadora y ella no podía detener su instinto de forzarle la comida. En ese punto, Carol y el terapeuta ocupacional hablaron de cómo proceder y llegaron al acuerdo de que Carol le pediría al pediatra que le permitiera llevar a Marta diariamente para un chequeo de peso y salud

para minimizar su ansiedad. Gradualmente, Marta comenzó a picar comida por sí misma y la ansiedad de Erika comenzó a disminuir.⁷⁰

En este ejemplo, fue la colaboración que eventualmente aportó una solución tanto al problema médico – falta de aumentar de peso y un problema de relación— la dinámica de forzar la comida. Fue necesaria la colaboración y una comprensión mutua acerca de cómo esta díada creaba significados para reducir la ansiedad de Erika y permitirle a Marta aprender a comer por sí misma. Una vez que esta díada se sintió “guiada” a través de las relaciones colaborativas entre el pediatra, el terapeuta ocupacional y la terapeuta de IMH, sus interacciones en otras áreas comenzaron a mejorar.

“La esencia de la creatividad es averiguar cómo usar lo que ya sabes para ir más allá de lo que ya piensas.”

Jerome Bruner

CONCLUSIÓN

El campo de IMH ha andado ya un largo trecho desde que Fraiberg acuñó el término y continúa creciendo. Comprender cómo se puede fortalecer o interrumpir el bienestar emocional en la temprana niñez puede ayudar a todos los sistemas a promover los tipos de entornos y experiencias que previenen problemas y aportan un remedio a las tempranas dificultades, de manera que ellas no desestabilicen el proceso del desarrollo. Sin tomar en cuenta el origen de las preocupaciones de salud mental, la investigación claramente indica que los acercamientos de IMH pueden tener un positivo impacto en la trayectoria de problemas emocionales o de comportamiento comunes, así como también en los resultados para niños con serios trastornos.

Como campo interdisciplinario, se recomienda que la atención deba extenderse más allá de nuestra área de entrenamiento profesional en comunicación, cognición, regulación sensorial, o el desarrollo motor, hacia un interés en los sentimientos, incluyendo nuestras propias relaciones, en apoyo de la calidad de la relación de intervención entre cuidador y niño.⁷¹ Esto pudiera requerir un entrenamiento adicional que incluya los principios de la IMH para crear una red terapéutica y ampliar el continuum de profesionales que trabajan para fortalecer el desarrollo y bienestar de infantes y niños pequeños dentro de unas relaciones seguras y estables entre cuidador y niño.

El factor más común para los niños que desarrollan resistencia es por lo menos una estable y comprometida relación con un cuidador que les apoya u otro adulto.⁷²

