

# LA EVALUACIÓN CLÍNICA DE LOS LACTANTES, PREESCOLARES Y SUS FAMILIAS

**Sarah Mares & Ana Soledade Graeff-Martins**

**Edición en castellano**

**Editor: Laura Borredá Belda**

**Traductores: Paula Placencia Morán y Juan José García Orozco**



Photo: <http://www.dean.be>

Sarah Mares BMBS,  
FRANZCP, Cert Child Psych  
MMH (Infantil)

Consultora Infantil,  
Psiquiatra Infantil y Familiar;  
Senior Staff Specialist,  
Redbank House, Western  
Sydney LAHN, Sydney &  
Senior Research Fellow,  
Menziess School of Health  
Research, Darwin, Australia

Ana Soledade Graeff-  
Martins MD, DSc

Psiquiatra de niños y  
adolescentes; Miembro  
postdoctoral de equipo  
investigador, Departamento  
de Psiquiatría, Universidad  
de São Paulo, São Paulo,  
Brazil

Conflicto de intereses:  
Ninguno reportado

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o en práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas en este libro son de responsabilidad de los autores y no representan necesariamente el pensamiento del Editor o de IACAPAP. Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y prácticas basados en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió tal como fue evaluado por los autores, y estos pueden cambiar como resultado de una nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes en concordancia con las directrices y leyes del país de su ejercicio profesional. Algunos medicamentos pueden no estar disponibles en algunos países por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que no se mencionan todas las dosis ni los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen el fin de ilustrar situaciones o se mencionan 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 2016. Esta es una publicación de acceso libre bajo la licencia [Creative Commons Attribution Non-commercial License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). 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: Mares S, Graeff-Martins AS. La evaluación clínica de los lactantes, preescolares y sus familias (Editor: Laura Borredá Belda). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental del niño y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría Infantil y Juvenil y Profesiones Afines 2016.

Los profesionales de la salud se encuentran con familias, bebés y niños pequeños en una amplia variedad de entornos y circunstancias. El examen de la salud mental, problemas emocionales y sociales debe ser una parte necesaria de toda evaluación de la salud y el bienestar. El grado en que la salud mental será el foco estará determinado por el entorno y el propósito de contacto con el bebé, el niño y la familia.

En este capítulo se presenta un marco para la evaluación de los bebés, niños pequeños y sus familias, y ofrece una guía para la *comprensión* y la *formulación* de sus dificultades. No importa cuál sea el problema concreto que presenta el niño, una evaluación exhaustiva siempre incluye la consideración de los factores del niño, de los padres, de la familia en general, y del contexto social y cultural que contribuyen a la vulnerabilidad y la resiliencia. Estos factores se utilizan para delimitar las intervenciones. *La evaluación del riesgo* (p.e., riesgos en el desarrollo del niño, o riesgo de daño para el bebé o los cuidadores) es una parte importante para la evaluación de la salud mental del bebé y del niño, lo que incluye también las capacidades de los padres. Este marco se puede adaptar a una amplia variedad de entornos clínicos.

El objetivo de este capítulo es el de mejorar el interés y la capacidad de los profesionales de la salud para considerar la salud mental y los problemas del desarrollo en todas sus relaciones con las familias, que se presentan durante este período de cambio en el desarrollo rápido.

### La importancia de las relaciones tempranas en el desarrollo

Cada vez hay más evidencia de la capacidad y motivación de los bebés para relacionarse con el entorno (personas y objetos), organizando su yo y aprendiendo desde el nacimiento. La mayoría de las descripciones del desarrollo de la infancia subrayan el movimiento del bebé desde la dependencia hacia la auto-organización junto con el desarrollo de la identidad.

El desarrollo no se produce en un vacío, sino en el contexto de una relación con el cuidador, siendo éste vital en el apoyo al desarrollo de capacidades del bebé. La familia (otros niños, otros cuidadores y los hermanos) también existen dentro de una red de relaciones y la cultura. Esta red incluye las circunstancias sociales y físicas de la familia — que pueden mejorar y apoyar la calidad de vida y las relaciones de la familia — o debilitarlos. Incluso si el bebé está programado genéticamente y biológicamente para el desarrollo, se requieren ciertas experiencias ambientales en momentos específicos — conocidos como *periodos críticos* — en el desarrollo.

Los bebés nacen preparados para relacionarse, especialmente con los cuidadores específicos que les proporcionan cuidados individuales. Se desarrollan en el contexto de estas relaciones y la calidad de la crianza tiene un impacto en el desarrollo. El bebé humano nace extremadamente vulnerable y sigue dependiendo por más tiempo que las crías de otras especies, por lo que el papel de los padres o cuidadores es intenso y prolongado. La familia tiene un papel crucial en facilitar y apoyar el desarrollo de los bebés durante los primeros años de vida, y su capacidad para hacer esto afectará las fortalezas y vulnerabilidades que el bebé portará lo largo de su vida.



Haz click en la imagen de la página de Zero to Three para acceder a gráficos, imágenes y videos sobre el desarrollo temprano (en inglés)

### Un bebé psicológicamente maduro se caracteriza por:

- Capacidad para establecer relaciones seguras
- Explorar el entorno y aprender
- Todo esto en el entorno de una familia, una comunidad y una cultura, con sus respectivas expectativas
- Esto es sinónimo de salud social y emocional development

Haz click en la imagen para acceder a la página web de la Universidad de Harvard, donde podrás encontrar una breve introducción al desarrollo temprano del niño (en inglés).



El *primer año* consiste en el desarrollo de los conceptos básicos para el lenguaje y el establecimiento de relaciones de apego. El segundo año de vida implica dos logros principales: (i) el lenguaje y el juego simbólico y (ii) la movilidad. La movilidad permite a los niños explorar el entorno, el desarrollo cognitivo y el desarrollo de la independencia del cuidador. Los experimentos infantiles relacionados con la separación favorecen un sentido de identidad y autonomía en el niño. Durante *el tercer y cuarto año de vida* los niños consolidan, mejoran y amplían estas capacidades, formando un sentido de ellos mismos en relación con los demás y de su lugar en el mundo (véase el capítulo A.2).

### Apego

La calidad del apego entre un niño y sus cuidadores tiene un impacto significativo en el desarrollo social, emocional y cognitivo durante toda la vida. El apego puede ser definido como un vínculo emocional perdurable que se caracteriza por una tendencia a buscar y mantener la proximidad a una figura específica, particularmente en situaciones de estrés. La teoría del apego entiende la naturaleza del apego de los bebés hacia sus cuidadores como un fenómeno principalmente determinado biológicamente y del que depende la supervivencia. El niño desarrolla modelos internos de su experiencia temprana con sus cuidadores, y esto influirá en su desarrollo social y emocional. La evidencia de estudios longitudinales sobre apego indica que la seguridad de apego durante la infancia está relacionada con la capacidad para desarrollar la autorregulación, la reciprocidad y las interacciones sociales de colaboración (Sroufe et al, 2005).

## APEGO: PATRONES Y TRASTORNOS

La teoría del apego describe tres tipos de apego organizado y un patrón de apego desorganizado o desorientado. Los trastornos del apego (trastorno reactivo de la vinculación) se describen también (DSM-5; Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) pero hay desacuerdo sobre la utilidad de las categorías diagnósticas y las alternativas que se han propuesto (Boris et al, 2005; Chaffin et al, 2006; Newman & Mares, 2007; Zerotothree.org).

El apego organizado se refiere a estrategias para el comportamiento de uno mismo (y muestra de afecto) en relación con los demás que los niños se desarrollan en respuesta a la relación con sus cuidadores. Estos se clasifican como seguro, inseguro ambivalente e inseguro evitativo. El apego desorganizado se refiere al niño que no logra desarrollar estrategias coherentes o efectivas para lidiar con la ansiedad de separación, por lo general esto suele ocurrir cuando el cuidador es al mismo tiempo la fuente de confort y la causa de angustia o ansiedad, por ejemplo, en situaciones de maltrato infantil (ver Howe, 2005; Lyons-Ruth et al, 2005).

La teoría del apego — desarrollada inicialmente por John Bowlby desde áreas que antes estaban separadas y dispersas a nivel de conocimiento — es un cuerpo integrado de teoría y práctica que permite relacionar el comportamiento con representaciones internas de las relaciones, las experiencias de una generación y los cuidados que proporcionarán a la siguiente — es decir, los aspectos transgeneracionales de la paternidad. La teoría del apego explica la relación entre el comportamiento observado de crianza, la calidad de las relaciones entre padres e hijos y el posterior funcionamiento social y emocional del niño. Los teóricos

### Apego

Vínculo emocional perdurable que se caracteriza por una tendencia a buscar y mantener proximidad a una/s figura/s específicas, sobre todo bajo estrés.

El apego puede ser:

- Organizado
  - Seguro
  - Inseguro/ambivalente
  - Inseguro/evitativo
- Desorganizado

e investigadores del apego han desarrollado métodos para obtener y evaluar los aspectos del mundo representacional interno del bebé, del niño y del adulto. Actualmente, hay limitaciones en la aplicación de estos enfoques basados en la investigación a la práctica clínica.

## EVALUACIÓN

Un buen conocimiento de la teoría del apego permite a los clínicos evaluar los problemas emocionales y conductuales desde una perspectiva de relación. Esto no quiere decir que todas las intervenciones de salud mental infantil requieran una evaluación formal del apego. Los métodos basados en la investigación para evaluar el apego, como el procedimiento de la situación extraña (Ainsworth et al, 1978), requieren mucho tiempo y una amplia formación. Actualmente, no existe un protocolo de diagnóstico clínico universalmente aceptado para evaluar el apego a diferentes edades, así como para el diagnóstico de trastornos de apego. Esto explica en parte la inconsistencia y limitación de los enfoques de investigación para la evaluación de apego en la práctica clínica. Muchos clínicos, cuando se les pregunta acerca del apego de los niños, se enfrentan con la dificultad de que tienen poca formación e incertidumbre acerca de la evaluación clínica del apego (Crittenden y otros, 2007). Por esta razón, fuera de un contexto de investigación, es recomendable describir lo que se observa entre el niño y el cuidador, en lugar de utilizar un lenguaje que puede implicar una clasificación o diagnóstico del apego cuando no se ha llevado a cabo una evaluación formal. La evaluación del apego en la práctica clínica requiere centrarse en las fortalezas y debilidades de la relación entre el niño y su cuidador, en lugar de centrarse sólo en las dificultades del niño (Zeanah et al, 2011). Los principios de la evaluación se resumen en la tabla A.4.1.

### Apego – Evaluación Informada

Mientras que una evaluación formal del apego no suele llevarse a cabo en la práctica clínica, sin embargo sí puede realizarse una *evaluación informada* del apego. Esto incluye:

1. *La historia de apego del niño*: Es importante centrarse en un relato cronológico de las figuras de apego significativas disponibles para el niño desde su nacimiento, en particular interrupciones en los cuidados, abandonos, pérdidas, cuidadores alternativos, negligencias en los cuidados y los abusos. Deben tenerse en cuenta la disponibilidad del cuidador primario actual y el contacto del niño con otros cuidadores, así como la respuesta del niño a los cambios de cuidador. En los niños más mayores, hay que tener en cuenta la relación con los hermanos y otros iguales.

2. *Observación detallada del bebé y de la conducta del niño*. Es de particular interés en relación a la calidad del apego y sus trastornos:

- Conductas de búsqueda de ayuda, incluida la respuesta al dolor o al malestar (¿A quién acuden si se caen o se hacen daño? ¿Muestra el niño su malestar? ¿Son capaces de discriminar acerca de quien puede consolarlos? ¿Son tímidos con los extraños?).
- La calidad de la interacción y la capacidad de utilizar al cuidador para su consuelo, incluyendo la capacidad de explorar y jugar en un nuevo escenario, la respuesta a la frustración y la interacción con el clínico.

La web "Círculo de Seguridad" (COS), contiene información útil para padres y clínicos sobre el apego, y enfoques acerca de la crianza de los hijos. Esta web se basa en la teoría del apego y la neurociencia actual. El COS es fácil de usar (con un amplio uso de gráficos y videos) y se centra en ayudar a los padres a entender las necesidades de sus hijos. Puedes acceder y descargarte esta información haciendo click en la imagen (en inglés)



**Table A.4.1 Principios en la evaluación**

<b>1</b>	<b>Evaluación del riesgo</b>
	La evaluación de la seguridad y del riesgo del bebé, así como de otros familiares, tanto a corto como a largo plazo es necesario. Esto puede ser o no ser claro para la familia, pero es un aspecto clave de las responsabilidades y obligaciones del clínico
<b>2</b>	<b>Los padres quieren lo mejor para sus hijos</b>
	Casi siempre, los padres quieren lo mejor para sus hijos y para la familia. El papel del clínico es intervenir para que esto sea así.
<b>3</b>	<b>Enfoque biopsicosocial</b>
	Un enfoque biopsicosocial asegura que se examinen los factores físicos, psicológicos, interpersonales, sociales y culturales afectando a la familia y al niño. El bienestar físico y psicológico del niño no se pueden considerar separadamente.
<b>4</b>	<b>Contexto de desarrollo</b>
	El período perinatal y la infancia temprana es una época de grandes cambios y crecimiento para el niño y su familia. Los niños se desarrollan a diferentes velocidades, a través de una serie de parámetros, y las dificultades normales tienen que entenderse en el contexto del desarrollo. Los problemas emocionales, de conducta y de desarrollo en la infancia pueden tener consecuencias de por vida, pero algunos son manifestación de las transiciones del desarrollo normal: con el tiempo y con el apoyo adecuado se resolverán.
<b>5</b>	<b>Un enfoque relacional</b>
	El desarrollo temprano sólo puede entenderse en el contexto de la relación con los cuidadores. Como se describió anteriormente esto incluye el apego y la calidad de las relaciones en la primera infancia. Aunque los factores individuales del niño y sus padres pueden contribuir a las dificultades actuales, el "ajuste" entre las necesidades y capacidades de cada miembro de la familia y las fuentes de estrés y apoyo en el contexto familiar, podrían determinar el resultado.
<b>6</b>	<b>Vulnerabilidades y fortalezas</b>
	La identificación de vulnerabilidades y fortalezas (también llamados factores de riesgo y de protección) ayudan a dar forma a intervenciones específicas.
<b>7</b>	<b>El modelo transaccional del desarrollo</b>
	El modelo transaccional del desarrollo (Sameroff & MacKenzie, 2003) enfatiza la interacción entre los factores genéticos y ambientales y subraya que "el desarrollo del niño es el producto de un continuo dinámico de interacciones entre el niño, la experiencia proporcionada por su familia y el contexto social" (Sameroff & Fiese, 2000, p10).

Una evaluación a fondo es necesaria:

- Para un diagnóstico y formulación precisos
- Para ayudar a la familia a maximizar el potencial de desarrollo de sus hijos
- Para una intervención adecuada, específica y planificada
- Para recoger datos para la investigación y con fines estadísticos

Esto debe entenderse dentro del marco del desarrollo. A los seis meses es menos probable que un niño muestre timidez y miedo a los extraños que a los 12 meses. Un niño de tres años, es capaz de usar la información verbal del cuidador (p.ej., "Voy a salir un minuto, voy a volver pronto") para tolerar una separación, mientras que uno de 15 meses es menos capaz.

Hay aspectos fundamentales a tener en cuenta en cada evaluación de una familia con un bebé o un niño, independientemente de donde tiene lugar la evaluación y de los conocimientos del clínico; estos aspectos se recogen en la Tabla



A.4.1. Estos principios son extraídos de la experiencia clínica e informados por la investigación y la comprensión teórica de la infancia, la niñez temprana y los procesos familiares. Un enfoque informado por estos principios básicos permite al clínico comprender el problema que se presenta, y donde deben ser dirigidas la intervención.

### **El encuadre para la evaluación**

La evaluación de los bebés y sus familias se puede llevar a cabo de muchas maneras y en muchos contextos. Una visita a la familia en el hogar proporciona información muy diferente de la obtenida en un servicio de salud mental. La observación de la familia dependerá del papel que adopte el clínico, del tipo de su práctica y de los objetivos de la evaluación. Por ejemplo, una familia puede acudir a urgencias a altas horas de la noche preocupados porque su bebé se encuentra indispuesto y no duerme. Si consideramos el hogar, las dificultades prácticas y económicas (por ejemplo, una casa con una sola habitación o unos vecinos ruidosos), esto podría afectar su capacidad para resolver este problema. Esto alteraría el enfoque de la evaluación y requeriría un uso muy diferente del tiempo del clínico. La evaluación puede ocurrir en un entorno de salud mental en dos o tres sesiones, por ejemplo si se sospecha que los padres están deprimidos. Por otro lado, una familia puede ser vista regularmente en una clínica de la primera infancia que permite observar las relaciones mientras se van desarrollando a medida que el bebé crece. Sospechas de abuso o negligencia requieren evaluación e inevitablemente implican al clínico en la difícil tarea de establecer una buena relación y cooperación con los padres, que se se pueden sentir amenazados, asustados o criticados. Evaluación del desarrollo o seguimiento de una familia con un niño con problemas médicos o del desarrollo puede requerir un enfoque médico o biológico más directo, pero no obstante debe incluir una consideración del contexto familiar y social. No hay métodos claramente mejores o peores, cada médico tiene que pensar acerca de las ventajas y limitaciones del enfoque que toma y cómo esto puede afectar a la información obtenida.

Una evaluación exhaustiva se basa en una comprensión de las tareas que son apropiadas para la edad del niño y en la observación de la relación niño-cuidador. Incluye:

- Entrevista clínica
- Observación de la interacción padres-hijos
- Evaluación del desarrollo del niño.

### **Objetivos de la evaluación**

El objetivo esencial de la evaluación, sea cual sea el contexto, es identificar y entender los problemas a los que se enfrenta la familia, sus puntos fuertes y débiles, con el fin de ayudarles a maximizar su capacidad de crianza y el potencial de desarrollo de su hijo (la evaluación de la capacidad de crianza se expone más adelante). La información obtenida durante la evaluación se puede usar para otros fines, tales como la investigación de las condiciones clínicas o sociales que afectan a la crianza y al desarrollo de la infancia.

### **Fuentes de información**

Durante la evaluación se obtiene una gama de información que procede de diferentes fuentes, determinadas en parte por el entorno clínico y el propósito de la evaluación. Las fuentes directas de información incluyen:

- Historia clínica ofrecida por el miembro de referencia de la familia
- Observaciones de otros miembros de la familia y su interacción
- Test médicos y de desarrollo
- Otras fuentes (guardería, escuela, centro de salud de referencia).

Los padres de una niña de dos años la llevaron a un centro de salud mental refiriendo: “que era muy nerviosa desde que tenía 1 año”. Sus padres explicaron que a menudo era agresiva, que se golpeaba la cabeza contra la pared y se había arañado a sí misma. Se despertaba estresada, rechazaba el biberón y arañaba a su madre. Su comportamiento empeoraba cuando tenía contacto con otros niños por lo que los padres decidieron mantenerla en casa. La niña era agresiva con los adultos, tiraba juguetes al suelo y a otras personas. Los padres informaron de que la niña se calmaba cuando estaba cerca de su abuelo materno, con el que ella hacía todo lo que quería, incluyendo cosas que ellos consideraban peligrosas. Con los extraños era muy tímida, mantenía la cabeza baja y no hablaba. Los padres eran incapaces de identificar un precipitante de los síntomas pero su aparición coincidió con que la niña estaba aprendiendo a caminar y esto la hacía más independiente. La niña vivía con sus padres y un hermano de ocho años.

Era evidente que los padres tenían formas distintas de manejar a su hija. La madre era incapaz de establecer límites, mientras que el padre, cuando estaba en casa, castigaba a la niña físicamente (pegándole con la zapatilla). La madre dijo que siempre quiso tener una hija a la que “poner un vestido como una princesa” y esta niña no había sido como ella esperaba. El hermano era tranquilo y obediente y nunca les había supuesto un problema.

La psicóloga evaluó la familia durante cuatro semanas, entrevistando a los padres, observando a la niña sola y en interacción con sus padres. Les aconsejó asistir a un programa de entrenamiento para padres. Después de algunas sesiones, los padres aprendieron mejores maneras de poner límites y el comportamiento de la niña mejoró. El siguiente paso fue apoyar a los padres para que la llevaran a la guardería algún día a la semana, dándole así la oportunidad de estar con otros niños y adultos.

- Otra información puede incluir:
- Documentación escrita en la historia e intervenciones previas
- Información afectiva o emocional – incluyendo la respuesta emocional del clínico a la familia y a su presentación
- Información (conocimientos, habilidades y actitudes) extraídas de la experiencia profesional del clínico.

### **El proceso de evaluación**

Una parte importante de la evaluación es permitir a los padres y a los cuidadores explorar las complejas emociones relacionadas con la crianza y la identificación de los obstáculos que pueden impedir la mejora de sus esfuerzos. Además, escuchar sin prejuicios y una curiosidad genuina acerca del problema es esencial. Una evaluación eficaz permite observar más allá de lo que se habla, a través de observar la interacción entre el niño y sus cuidadores. El asesoramiento y la intervención no debe preceder a un conocimiento profundo de la problemática.

#### ***La entrevista***

El objetivo de la entrevista no es sólo recoger información y datos objetivos, sino también crear una *relación terapéutica* en la que comprender el problema y dar los pasos necesarios para resolverlo. Sin tener en consideración si una familia es vista una sola vez, o si el contacto es el primero de una serie, desarrollar una buena relación terapéutica garantizará el éxito en obtener la información correcta. Del mismo modo que la paternidad está centrada en las relaciones familiares, el contacto con las familias con problemas necesita comprensión y una relación profesional en la que ellos se sientan escuchados, comprendidos y, como consecuencia, más capaces de cuidar de sus hijos. Incluso cuando se evalúa un posible abuso infantil, negligencia o se elabora un informe médico-legal, es importante ser consciente de la importancia de la alianza terapéutica, al mismo tiempo que uno es claro y directo sobre el propósito de la entrevista, el papel del profesional, su responsabilidad, y los límites en la confidencialidad. Igualmente central es la importancia de escuchar a la familia: ¿Por qué han venido? ¿Cuáles son sus preocupaciones? ¿Para qué quieren ayuda?.

Un aspecto único de la evaluación de las familias con un bebé o un niño pequeño es que con frecuencia el “paciente” no tiene palabras para contar su versión de los hechos. En este caso es crucial observar al niño, su comportamiento, sus respuestas y la interacción entre los miembros de la familia para ayudar al clínico y a la familia a entender la experiencia del niño y su papel en las dificultades actuales.

El proceso de evaluación, de escuchar y observar, y de hacer preguntas, permite a los clínicos y a los padres desarrollar un entendimiento claro y centrado del núcleo del problema — o problemas — que está detrás de la presentación de la familia.

La información obtenida ayuda al clínico y a los padres a organizar y comprender la experiencia de la familia con el fin de construir una narrativa o “historia”, un relato de la experiencia de la familia con el niño. Ésta, es constantemente actualizada y modificada a través de la duración de la evaluación y la intervención, ya que se produce un desarrollo y cambio en la misma. Durante la entrevista, hay oportunidades para observar al bebé o niño pequeño y sus interacciones con los adultos.

### ***La historia***

Durante la entrevista — en la que el niño y, si es posible, los padres y otros cuidadores importantes están presentes — el clínico explorará con la familia sus esperanzas y temores, expectativas de sí mismos y del niño, así como su experiencia con los servicios médicos y psicológicos en el pasado. Utilizando un enfoque bio-psico-socio-cultural, se obtiene información sobre:

1. El problema actual
2. Antecedentes e historia de desarrollo del niño, padres y familia
3. Los apoyos actuales y factores de estrés

### ***El problema actual***

- ¿Cómo describen los miembros de la familia lo que les preocupa?
- ¿Ha sucedido esto antes?
- ¿Ha habido algún precipitante?
- ¿Por qué buscan ayuda en este momento?
- ¿Qué intentos de solución han hecho y cuales les han ayudado?
- ¿Qué les ha inducido a pedir ayuda en este servicio?
- ¿En qué necesitan ayuda? ¿Cuáles son sus prioridades?

### ***Los antecedentes***

Esto incluye información sobre:

- La historia individual de los padres, sus familias y sus relaciones
- Los padres como pareja
- Concepción, embarazo, parto y desarrollo del niño desde su nacimiento.

En la información obtenida se incluyen factores de riesgo y de protección del niño, los padres y su relación, y el contexto social y cultural. Este material incluirá la consideración de factores biológicos, psicológicos y socio-culturales

- La evaluación de los bebés, los niños y sus familias variará según el rol del clínico, el objetivo de la evaluación, el encuadre y la relación del profesional con la familia.
- Todas las evaluaciones mejoran con un enfoque biopsicosocial, esto permite integrar información de múltiples fuentes.
- La salud física y psicológica de los niños es inseparable; el bienestar infantil no puede considerarse al margen del contexto de las relaciones con los cuidadores primarios y el contexto familiar.
- El enfoque de evaluación variará, pero la obligación del clínico es tener en cuenta un panorama más amplio, con el fin de trabajar con la familia y otros profesionales para facilitar el desarrollo potencial del bebé de forma óptima y así mejorar la calidad de la vida familiar y sus relaciones.



### ***El enfoque biopsicosocial***

El bebé nace con una dotación genética, incluyendo lo que se llama a veces el temperamento. Al nacer ya se ha visto afectado por el entorno del útero (por ejemplo, adecuación de la nutrición, exposición a drogas o al alcohol, prematuridad u otra enfermedad médica) (ver capítulo B.1). Estas son posibles contribuciones biológicas al problema actual.

La calidad de la crianza puede mitigar o exacerbar las dificultades constitucionales del niño. Esto es a menudo descrito como *la bondad del ajuste* entre las expectativas de los padres y las capacidades, aptitudes y necesidades del niño. Esto incluye factores psicosociales e interpersonales, así como los aspectos biológicos y de salud de los padres y del bebé que afectan a su capacidad para satisfacer lo que el bebé necesita.

También debe considerarse el lugar del niño en la familia, incluyendo el género y el orden de nacimiento, el significado de este niño para estos padres en este momento de su vida, y su lugar en el contexto socio-cultural. Se debe obtener información acerca de los factores biológicos, psicológicos y sociales que han ayudado u obstaculizado la familia ahora y en el pasado.

**Factores biológicos.** Incluyen la vulnerabilidad genética, estado de salud actual y en el pasado, y cualquier historia familiar de enfermedad significativa. En los niños pequeños también se incluye la exposición intrauterina a las drogas, otros tóxicos, y otros factores que afecten al desarrollo y la salud física.

**Factores psicológicos y relacionales.** Factores intra-psíquicos, como una enfermedad psiquiátrica, problemas de personalidad y en el estilo de apego, así como los factores interpersonales, tales como la historia y la calidad de las relaciones actuales.

**Factores sociales, culturales y contextuales.** El grado de aislamiento o de apoyo cultural y social, seguridad financiera y el empleo de los padres. El estatus socioeconómico es un potente predictor del resultado del desarrollo infantil (Zeanah et al, 1997), pero la capacidad y la disposición de la familia para acceder y utilizar el apoyo es crucial. Los factores que se consideran a continuación han sido identificados por Reder et al. (2003) e incluyen:

- Contexto e interacción entre familia y entorno
- Funcionamiento familiar, por ejemplo, pobreza, desempleo, respuesta al estrés y el aislamiento social o cultural
- Estabilidad en las relaciones y de las circunstancias sociales
- Relación con los demás y capacidad de utilizar las intervenciones y el apoyo de la comunidad
- Extensas redes que apoyan o abandonan la familia en este momento de cambio y desarrollo rápido
- Factores sociales y culturales que inciden en la familia
- Calidad de sus relaciones e interacciones
- Violencia familiar
- Cuestiones prácticas y de las circunstancias: la realidad práctica de la situación familiar, incluida la vivienda, la pobreza, el empleo y las oportunidades de educación

### **Ejemplos de factores de riesgo y protección**

Tammy nació prematura y dependiente a los narcóticos ya que su madre había consumido heroína durante el embarazo (riesgo biológico). Su madre se percibía como incapaz de cuidar de ella debido a su consumo de sustancias. Así Tammy se fue a vivir con sus tíos cuando tenía un mes (la calidad de la atención que reciba en ese ambiente determinará si es un riesgo de desarrollo o un factor de protección para Tammy). Inicialmente fue un bebé muy irritable e inestable, pero luego se desarrolló bien y estableció una relación de apego con su tía (factor de protección). Cuando tenía tres años, un tornado destruyó su casa (riesgo contextual). Aunque nadie resultó herido, la familia tuvo que vivir en un refugio durante meses, el tío perdió su trabajo y acumuló muchos factores de estrés, lo que le precipitó una depresión (riesgo psicológico/relacional). Con el fin de encontrar un trabajo se mudaron de la zona en la que siempre habían vivido a otro distrito donde se vieron aislados socialmente (riesgo socio-culturales). Eran una familia de recursos, por lo que desarrollaron relaciones estrechas con otras familias que también eran nuevas en la ciudad, algo que les ayudó a establecerse en la nueva comunidad (contextualmente protectora).

Tabla A.4.2 Escalas y cuestionarios

Instrumento	Comentarios
<i>Child Behavior Checklist (CBCL) para niños entre 1.5 y 5 años</i> (Achenbach & Rescorla, 2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos cuestionarios para evaluar la adaptación del funcionamiento de niños entre 1.5 y 5 años, valorado por los padres, los cuidadores, y los maestros del niño</li> <li>• Un reciente proyecto internacional utilizando el CBCL hayó consistencias al unir los problemas emocionales y conductuales en niños en edad preescolar a través de las 24 sociedades que participaron (Ivanova et al, 2010; Rescorla et al, 2011).</li> <li>• Uso privado</li> </ul>
<i>Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)</i> (Goodman, 1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evalúa 25 atributos, positivos y negativos. El SDQ es muy útil como complemento que ayuda a evaluar el deterioro relacionado con las conductas del niño. Cuenta con versiones para padres y profesores entre tres y cuatro años en varios idiomas</li> <li>• Uso gratuito</li> </ul>
<i>The Ages and Stages Questionnaire (ASQ-3)</i> (Squires & Bricker, 1999)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollado para identificar potenciales problemas de desarrollo en bebés y niños pequeños (0-5 años). Se evalúan cinco áreas: la comunicación, la motricidad gruesa, la motricidad fina, y la resolución de problemas sociales e interpersonales. Completado por los padres / cuidadores</li> <li>• Uso privado</li> </ul>
<i>The Ages and Stages Questionnaire: Social Emotional (ASQ:SE)</i> (Squires et al, 2003)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herramienta versátil culturalmente. Usada para identificar y supervisar a los niños en situación de riesgo de sufrir dificultades sociales, emocionales y conductuales. El ASQ-SE evalúa el desarrollo del niño en autorregulación, obediencia, comunicación, adaptación, autonomía, afecto e interacción con la gente.</li> <li>• Uso privado</li> </ul>
<i>Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA)</i> (Egger & Angold, 2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista estructurada que se realiza a los padres para el diagnóstico de trastornos psiquiátricos en niños de edad preescolar (de dos a cinco años). Se utiliza como una herramienta de investigación, pero también se puede usar en el contexto clínico</li> <li>• Uso privado; requiere entrenamiento formal.</li> </ul>
<i>The Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF)</i> (Abidin, 1995)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detecta relaciones estresantes entre padres e hijos, crianza disfuncional, problemas conductuales en los padres y dificultades de adaptación del niño a la familia</li> <li>• Uso privado. Disponible en varios idiomas</li> </ul>

### ***Lo que los padres aportan a la crianza de sus hijos***

- Sus fortalezas y sus recursos psicológicos y sociales
- La historia que precede a la concepción y el nacimiento del bebé, incluyendo las experiencias con su propia familia y sus expectativas sobre lo que es la crianza
- Las expectativas de sí mismos como padres, influenciados por sus propias experiencias en su historia familiar
- Su psicopatología; las dificultades del pasado y la historia psiquiátrica familiar y actual de los padres incluyendo abuso de sustancias
- Edad y etapa del ciclo vital de sus padres.

### ***Cuestiones transgeneracionales en la crianza***

Encargarse de los cuidados de un bebé es un potente desencadenante de sentimientos, pensamientos y recuerdos acerca de la propia crianza de los padres. Muchos aspectos de la crianza están determinados por la forma en que nos criaron a nosotros mismos, cómo se llevó a cabo, cómo nos sentíamos consolados y la forma en que nuestras necesidades se vieron satisfechas.

John Bowlby  
(1907 – 1990),  
Psiquiatra  
británico,  
principal teórico  
del concepto de  
apego.

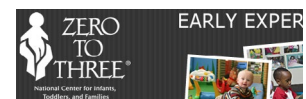


Esta información se almacena en la memoria de procedimiento, la memoria de las acciones, no en la memoria verbal. Las primeras experiencias con nuestros padres tuvieron lugar mucho antes de que fuéramos capaces de ponerle palabras a las emociones. Winnicott (1987) lo expresa así: “... ella fue un bebé una vez y tiene los recuerdos de ser un bebé; también tiene recuerdos de haber sido atendida y estas memorias pueden ayudar u obstaculizar su propia experiencia como madre”(p 6).

Los padres con historia personal de abuso o negligencia se inician en la paternidad con desventaja. Esto se debe a los inadecuados modelos internos a los que tienen que recurrir, el efecto de la negligencia temprana o el abuso en su propia capacidad para la auto-regulación y la reflexión y, a menudo, el apoyo social actual limitado de la familia. Sólo alrededor de un tercio de los niños que han sido abusados llegarán a ser padres abusivos (Egeland et al, 2002), pero esto es claramente un factor de riesgo en la crianza de los hijos. La evaluación del riesgo se expone más adelante.

### Cuestionarios y entrevistas

Además de la historia y la observación clínica del niño, cuestionarios, escalas de evaluación y entrevistas estructuradas pueden ser utilizadas para ayudar en el proceso de evaluación. Instrumentos estandarizados plantean preguntas acerca del comportamiento del niño que pueden ser fácilmente clasificadas. Están diseñados para ser completados por los padres, por los cuidadores de los niños y/o por los maestros, aportando información acerca del funcionamiento del niño en diferentes contextos. Estos instrumentos se resumen en la Tabla A.4.2.



Una extensa lista de potenciales estresores psicosociales y ambientales identificados en el DC:0-3R: Clasificación de Diagnóstico de Salud Mental y Trastornos del Desarrollo de la primera infancia (Zero to Three Press, 2005) se puede encontrar y descargar haciendo click en la imagen (en inglés)

## EVALUACIÓN DE LAS INTERACCIONES ENTRE LOS PADRES Y LOS BEBÉS O LOS NIÑOS PEQUEÑOS

Incluso una breve entrevista con la familia da información sobre la calidad de la interacción y las relaciones. En la evaluación del riesgo, la observación de la calidad de la relación con el niño es central. La interacción refleja la capacidad de crianza de los padres, su competencia para responder de forma sensible y apropiada a las señales de sus hijos, así como la capacidad del niño para aceptar y responder al cuidado de sus padres.

Las rutinas diarias de alimentación, sueño e higiene son el escenario más importante para el intercambio social y, al mismo tiempo, suponen un aumento del riesgo para el niño si el sistema de cuidados está estresado o es inadecuado. Lo realmente importante es lo que los padres hacen, más que lo que dicen o piensan. La sensibilidad de los padres respecto a la comunicación del niño es fundamental para el desarrollo de la relación entre ellos y es predictivo de la clase de relación de apego que se está desarrollando con cada padre. La observación de las respuestas a las señales emocionales de sus hijos, la capacidad de los padres para interpretar estas señales y responder de forma adecuada, es la base de la evaluación.

*La observación aporta información acerca de:*

- La sensibilidad de los padres hacia su hijo
- La respuesta del niño a los cuidados y atención de los padres
- El *ajuste* entre ambas
- La seguridad de los padres y del niño
- La capacidad de los padres para trabajar en equipo para el cuidado del niño y la calidad de la relación.

*La relación e interacción con el niño se ve afectada por:*

- Factores contextuales inmediatos
- Aspectos individuales y características del cuidador y del niño
- Eventos del pasado, sobre todo las experiencias de crianza de la infancia de los padres.

*La conducta de los padres y el niño mientras están en consulta es tan importante como lo que dicen.* Se recomienda a los clínicos que presten atención tanto a lo que los padres y los bebés *hacen* como a lo que *dicen*. Con el bebé en el despacho se podrá observar cómo se colocan los miembros de la familia, cómo el bebé responde a la voz y a las caricias de los padres, de qué forma se indican las necesidades y de qué manera son atendidas. Con el niño presente se puede extraer mucha información acerca de la libertad que siente para explorar la habitación, la necesidad de proximidad con sus padres y los comportamientos del niño que captan la atención de los padres.

El lenguaje utilizado por los padres, la forma de hablar con y sobre su hijo también proporciona valiosa información. Estos son algunos ejemplos:

- Comentarios espontáneos y apodos

### La evaluación de la interacción

- Una madre, en tratamiento por psicosis postparto, dijo con orgullo que ella estaba amamantando a su bebé y que iba bien. Cuando el bebé comenzó a gemir ella lo recogió y lo posicionó contra su pecho de forma adecuada, pero no abrió la camisa para darle acceso al bebé al pecho, simplemente lo sostuvo contra su camisa donde el bebé vanamente intentó buscar el pecho. La madre no parecía darse cuenta del problema hasta que el bebé empezó a llorar desconsoladamente. Aún así, la madre no abrió su camisa hasta que la terapeuta se lo sugirió.
- Un niño de dos años se cayó de la silla durante la evaluación y se golpeó fuertemente la cabeza. Su madre lo había descrito como “independiente”. El niño, en lugar de llorar o buscar a su madre, se acercó a la ventana y miró hacia fuera. Llamó la atención del entrevistador que el niño no buscó el consuelo de su madre para calmar su malestar.
- Un niño de cinco años, es llevado por su madre a la consulta de un psicólogo de atención primaria, remitido por su maestro, porque era incapaz de hacer las tareas propuestas en clase. Siempre estaba tranquilo y solo, rechazando las invitaciones de sus iguales para jugar. La madre no entendía su conducta. En la segunda consulta, el psicólogo invitó al niño a jugar ofreciéndole algunos juguetes. El niño sólo jugaba cuando la madre entraba en la habitación y le decía lo que tenía que hacer. Sólo se movía o cambiaba de juguetes después de que ella le daba permiso. Después, el psicólogo se informó más acerca de sus hábitos y se dio cuenta de que al niño no se le permitía hacer nada que la madre no hubiera planeado de antemano.

- Historias y anécdotas. Cuando un padre, consciente o inconscientemente, está hablando de otras personas pero está describiendo algo de su hijo o de su interacción con él
- La comunicación no verbal entre los padres y entre padres e hijos, sobre todo la expresión facial y el contacto físico
- ¿Qué le dicen los padres a su hijo? ¿Qué dicen sobre su hijo? ¿Cómo y con quien lo comparan?

*Idealmente, la comunicación entre los padres y el bebé debería de ser:*

- *Contingente:* el padre es sensitivo a las señales del niño, en lugar de intrusivo e insensible
- *Colaboradora:* ambas partes son participantes activos en la interacción y en construir o reparar su comunicación de forma conjunta para restablecer el nivel óptimo de excitación (arousal)
- *Emocionalmente en sintonía:* el padre es capaz de identificar y sintonizar con el estado emocional del niño y de organizar su respuesta de forma apropiada.

Todo esto depende de la capacidad del cuidador para ser empático y para estar en sintonía con la mente del niño. Se requiere que los padres reflexionen sobre sus propias experiencias y estado interior y reconozcan a su hijo como un ser que experimenta: para estar con él en lugar de hacer las cosas por él. Esto se conoce como la *capacidad reflexiva o mentalización*.

### Capacidad de reflexión o mentalización

Mentalización o capacidad de reflexión se refiere a la actividad de entender el comportamiento en relación con los estados mentales o “la participación de la mente en mente” (Allen et al, 2008, p3). Los estados mentales incluyen pensamientos, sentimientos e intenciones; la mentalización implica “la capacidad de pensar sobre los sentimientos y sentir sobre los pensamientos” de uno mismo

Una evaluación global se basa en una comprensión de las tareas de desarrollo del ciclo vital y de las observaciones de la relación niño-cuidador, incluyendo:

- Entrevista clínica de evaluación
- Observación de la interacción entre padres e hijos y la relación
- Evaluación del desarrollo del niño

Con frecuencia, los padres de bebés y niños pequeños se preocupan por el retraso en el desarrollo y las conductas relacionadas con los trastornos del espectro autista (TEA). Es importante que el clínico reconozca los signos tempranos de TEA, ya que si se diagnostica a tiempo y se participa en programas de intervención adecuados, se obtienen mejores resultados (Johnson et al, 2007). [The American Academy of Pediatrics](#) tiene recursos para apoyar a los pediatras en la identificación y cuidado de los niños con TEA.



y de los demás (Slade, 2005; p271). Fonagy y sus colaboradores (1991) proponen que la capacidad de los padres para mantener la experiencia del niño en sus mente está vinculada a la transmisión de un apego seguro (Slade et al, 2005).

Hay evaluaciones formales de la capacidad reflexiva, por ejemplo, la Entrevista de Desarrollo Parental (*Parent Development Interview, PDI*; Slade, 2005). Por lo que respecta a la evaluación clínica, la atención se centra en la capacidad de los padres para adoptar la perspectiva del niño considerando así que el niño tiene una experiencia separada de la suya. Los niños tienen más riesgo de ser maltratados por padres que constantemente malinterpretan su comportamiento (Howe, 2005)

### Evaluación semiestructurada del juego

Algunos servicios utilizan un proceso estructurado y otros semi-estructurado para evaluar la relación entre padres e hijos. Un ejemplo es el *Modified Crowell Procedure* (Crowell & Feldman, 1988) que fue desarrollado para uso en niños de 12 a 60 meses y su administración lleva entre 30 y 45 minutos. Se pide a los padres que realicen una serie de actividades con el niño. Esto en general incluye: jugar “como lo harían en su casa” (juego libre); seguir el juego que inicie el niño; pedirle al niño que recoja o limpie algo; jugar con burbujas; una serie de puzles o tareas de resolución de problemas, y una separación breve y reencuentro. Al final, se le pregunta al cuidador por la representatividad de estas interacciones con respecto a lo que ocurre en casa. El propósito de esta evaluación es observar al cuidador y el niño relacionándose en una serie de tareas ligeramente diferentes como forma de identificar las fortalezas y debilidades en su relación. La atención se centra en como resuelven desacuerdos, como juegan y como disfrutan de estas actividades, y en una evaluación informal del apego. Esto da oportunidad de observar la perseverancia del niño, su uso del apoyo del cuidador, su capacidad y disposición para pedir ayuda, su psicomotricidad fina y gruesa, el grado de disfrute, y la facilidad y el placer en las interacciones.

La calidad y naturaleza de la conducta de cada participante, así como sus interacciones y la transición entre tareas, es muy importante (por ejemplo, tienen los niños dificultad en cambiar de una tarea a otra? ¿Es su capacidad de atención limitada? ¿Cooperan con la petición de recoger o limpiar? ¿Se comunican los padres de forma clara con el niño?). Cómo los niños utilizan la ayuda del cuidador durante las transiciones entre tareas, la separación y la reunión, son especialmente importantes debido a que estos cambios causan un poco de estrés en niños pequeños. Más debate acerca del uso de las medidas de observación en la evaluación se puede encontrar en Aspland y Gardner, 2003, Crowell 2003; Crowell y Feldman, 1988; Miron et al, 200.

## EVALUACIÓN DEL DESARROLLO

La evaluación del desarrollo puede formar parte de la intervención terapéutica. Hay muchos tipos de evaluación del desarrollo dependiendo de la finalidad de la misma, la habilidad del clínico y las necesidades y preocupaciones concretas de la familia. La participación de los padres en el proceso de evaluación proporciona información útil acerca de las habilidades y necesidades de sus hijos y también permite observar qué uso hacen los padres de esta información. La necesidad de una evaluación del desarrollo puede derivar de la historia, de la observación del

### Las 4 Ps

Las 4Ps es una forma de resumir los factores que contribuyen al problema como:

- **Predisponentes:** ¿Qué hace a esta familia vulnerable?
- **Precipitantes:** ¿Por qué acuden ahora?
- **Mantenedores:** (perpetuating): ¿Qué dificulta que las cosas mejoren?
- **Protectores:** ¿Qué fortalezas podemos identificar y construir en la intervención con el niño, la familia y el contexto?

niño, así como de los resultados de las escalas y de los cuestionarios mencionados anteriormente.

## Llevando a cabo una evaluación del desarrollo

### *Principios generales*

- En primer lugar, como en cualquier evaluación, preguntar a los padres que es lo que quieren. Esto ayuda a promover entendimiento e indica a la familia que el proceso es para su beneficio y el del niño. Inicialmente es importante respetar lo que los padres quieren. Detalles más delicados puede discutirse más adelante
- Proporcionar un ambiente seguro y cómodo para el niño
- Evaluar el nivel óptimo de funcionamiento de los bebés y lo que pueden hacer con ayuda
- Involucrar a uno o ambos padres (en la habitación donde está el bebé, o detrás de un espejo unidireccional en el caso de niños más mayores) en el proceso de evaluación de las habilidades, intereses, el comportamiento de sus hijos y su capacidad de adaptación
- Ser conscientes y sensibles hacia las diferencias culturales, respetándolas y apreciándolas

Algunos instrumentos para la evaluación del desarrollo son:

- La Escala de Evaluación del Comportamiento Neonatal (NBAS) (Brazelton y Nugent, 1995). La NBA fue diseñado para evaluar las respuestas de los niños a su entorno antes de que su comportamiento esté determinado por el cuidado parental. Brazelton y Nugent parten del supuesto que el bebé está organizado de forma completa, es competente y participa de forma activa en la interacción con los cuidadores. Esta evaluación ayuda a entender la interacción desde el punto de vista del bebé
- Las Escalas Bayley de Desarrollo Infantil (BSID) (Bayley, 1993). Aplicable a niños de de 1 a 42 meses de edad; proporciona información sobre el desarrollo del lenguaje del niño, capacidad de resolver problemas, desarrollo motor grueso y fino, capacidad de atención, socialización, afecto y emoción, y la calidad del movimiento del niño y su control motor
- La Escala de Inteligencia Wechsler para Preescolar y Primaria (WPPSI) (Wechsler, 2002). La evaluación neuropsicológica puede ser útil en niños de más de 30 meses de edad. Se evalúa la comprensión verbal, percepción, organización y la velocidad de procesamiento, proporcionando al clínico una perspectiva de desarrollo de la inteligencia del niño.
- Las Escalas Vineland de Comportamiento Adaptado (Sparrow y otros, 1984). Entrevista con los padres que informa sobre la adaptación del niño en situaciones de la vida real que abarcan el dominio de las habilidades diarias, comunicación, socialización, la función motora y los comportamientos desadaptativos.

### **Síntomas alarmantes:**

- Rabieta frecuentes
- Ausencia de rabieta, demasiado tranquilo y obediente
- Inversión de roles
- Excesivo control y castigo
- Cuidado compulsivo
- Autocalmarse masturbándose
- Autoagredirse, golpearse la cabeza
- Regresión persistente, pérdida del control de esfínteres
- Precocidad persistente y el exceso de madurez (pequeño adulto).

Más información sobre el niño en edad escolar en Luby (2006) y Banaschewski (2010).

**Tabla A.4.2 Indicadores en el bebé/niño de riesgo físico, psicológico o de desarrollo**

El bebé/niño	Los padres	El contexto
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retraso en el desarrollo</li> <li>• No cumplimiento de los hitos esperados</li> <li>• Hipervigilancia, sobresaltos frecuentes</li> <li>• Excesivamente tranquilo o retirado</li> <li>• Marcada agresividad</li> <li>• Necesidades básicas no satisfechas</li> <li>• Inversión de roles respecto al cuidado de los padres</li> <li>• Dificultades en la regulación emocional</li> <li>• Lesiones sin explicación médica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacidad para reconocer o dar prioridad a las necesidades del niño</li> <li>• Enfermedad psiquiátrica no tratada o abuso de sustancias</li> <li>• Falta de compromiso con los servicios de asistencia</li> <li>• Niño incluido en los delirios de los padres, incluyendo los delirios de contenido positivo</li> <li>• Insensibilidad a las señales y necesidades del niño (emocionalmente no disponibles)</li> <li>• Pensamientos de autolesión y miedo a dañar al niño</li> <li>• Hacer caso omiso al llanto del bebé y sus miedos</li> <li>• Atribuciones hostiles y negativas respecto al bebé ("lo hace a propósito para fastidiarme")</li> <li>• Expectativas de desarrollo poco realistas</li> <li>• Falta de habilidades de los padres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ningún otro adulto disponible además de los padres</li> <li>• Aislamiento social o cultural significativo</li> <li>• Apoyos familiares mínimos</li> <li>• Violencia doméstica, familiar o en la comunidad</li> <li>• Múltiples riesgos sociales (por ejemplo la falta de vivienda o el cambio frecuente de domicilio)</li> <li>• Estrés crónico</li> </ul>

Desarrollado en colaboración por Nicholas Kowalenko, Sarah Mares, Louise Newman, Anne Sved Williams, Rosalind Powrie, y Karin van Doesum.

## FORMULACION

El objetivo de la evaluación es entender por qué la familia está presentando un determinado problema en un determinado momento y cuáles son los impedimentos u obstáculos que les han impedido solucionarlo sin ayuda profesional. Esta información es la base de lo que se llama una formulación. La formulación es una exposición integradora que proporciona una comprensión etiológica del problema y de los factores que contribuyen a su presentación. Puede adoptar diversas formas pero lo ideal es incluir factores biopsicosociales. Este resumen informa el desarrollo de un plan de intervención integral. Otra forma de pensar acerca de la formulación es identificar y organizar la información obtenida en la evaluación en lo que puede llamarse las 4 Ps.

Lo ideal sería que, durante el proceso de evaluación, la familia y el clínico llegaran con el tiempo a un nuevo conocimiento compartido - una historia - sobre el significado y la naturaleza de las dificultades que presentan y, también, del camino a seguir. El desarrollo de la intervención y la anticipación del pronóstico requieren que el clínico identifique los factores de protección y los recursos que se pueden ir construyendo.

Los padres de Rajni utilizaron drogas y alcohol regularmente después de su nacimiento y probablemente también durante el embarazo. Rajni no fue atendida, fue maltratada físicamente y además había considerable violencia entre sus padres. La separaron de sus padres cuando tenía 11 meses después de sufrir una fractura de pierna sin explicación. En ese momento, sus hitos evolutivos iban con retraso y era pequeña para su edad. La llevaron a vivir con un familiar mayor que cuidó bien de ella y su crecimiento y desarrollo mejoraron.

Cuando ella tenía dos años y medio su cuidador desarrolló un cáncer y fue devuelta a casa de sus padres, donde tuvo lugar otro periodo de violencia y negligencia. Rajni fue destinada a una familia de acogida cuando tenía tres años y medio. Esta familia informaba de rabietas frecuentes y de que la niña se arañaba y se daba con la cabeza en la pared. Rajni robaba comida y era poco adecuada socialmente, se vinculaba con personas relativamente desconocidas, a las que subía a su regazo y cogía sus manos, se quedaba atónita cuando la regañaban o cuando oía un ruido fuerte, especialmente gritos o discusiones.

Las dificultades de Rajni podrían ser entendidas como estrategias de supervivencia desarrolladas en respuesta a su temprano abandono y abuso. Su comportamiento comenzó a asentarse después de un período en un ambiente seguro y amoroso pero ella permaneció sensible al ruido y tenía dificultades con el sueño, la alimentación y la regulación de sus emociones.

## El papel del diagnóstico

Cuando es posible, establecer un diagnóstico contribuye a una formulación más completa. Por ejemplo, un diagnóstico puede ayudar a los médicos a decidir qué tratamiento es el más adecuado. También puede facilitar la comunicación entre los diferentes profesionales que se encargan del cuidado del niño. Con estos objetivos en mente, se han hecho esfuerzos para elaborar una clasificación diagnóstica de los problemas de salud mental en los bebés, niños pequeños y niños en edad preescolar. Los sistemas disponibles más importantes en la actualidad son: La Clasificación Diagnóstica de los Trastornos Mentales de la Infancia y la Primera Infancia (DC: 0-3R) (Zero to Three, 2005) y los Criterios de Diagnósticos de Investigación de la Edad Pre-escolar (Grupo de Trabajo sobre Criterios de Diagnóstico de Investigación: Infancia y preescolar, 2003).

## LA EVALUACIÓN DEL RIESGO EN EL BEBÉ Y EN LA PRIMERA INFANCIA

La evaluación del riesgo es un aspecto implícito – y a veces explícito – de la evaluación de los lactantes, de los niños pequeños y sus cuidadores. En muchos países, los sanitarios están obligados por ley a informar de los niños que se encuentran en una situación de riesgo. Como todas las demás evaluaciones, la evaluación del riesgo requiere una historia clínica detallada, observación de las relaciones e información procedente de distintas fuentes. El niño está en una situación de riesgo cuando los recursos de los cuidadores están sobrecargados. Riesgo durante la lactancia y la primera infancia ocurre dentro de la relación con los cuidadores. Los bebés también pueden estar en riesgo físicamente debido a enfermedades médicas o prematuridad, pero la relación de cuidado y el contexto social de esa relación son los principales factores que influyen en el resultado psicológico del niño.

Hay diversos grados y tipos de riesgo que van desde la enfermedad física o la discapacidad del niño, a los asociados con el abuso y abandono infantil. Así como la prematuridad y la enfermedad médica, otros factores que contribuyen al desarrollo

### Riesgo

- Los riesgos pueden ser identificados dentro del individuo, de la relación de cuidado y en el contexto social
- La evaluación implica una ponderación de factores de riesgo y de protección
- El mayor impacto del desarrollo es el de los riesgos acumulativos, en particular, los que operan a largo plazo
- La evaluación del riesgo requiere llevar a cabo una historia clínica, observación de las interacciones en la familia y obtener información de una variedad de otras fuentes

de riesgo son: el temperamento del niño, los problemas de apego, la enfermedad mental de los padres, la exposición a la violencia, el estatus socioeconómico, la pobreza y la maternidad adolescente (Zeanah et al, 1997).

Aquí la atención se centra en la evaluación del riesgo para el niño dentro de la relación con sus cuidadores. Cuando uno o ambos padres tienen una enfermedad psiquiátrica, antecedentes de abuso de sustancias o una situación doméstica insegura, es necesario evaluar el riesgo (de autoagresión o de violencia) de los cuidadores. Cuando el cuidador está en riesgo, el niño también está en riesgo indirecto debido a la centralidad de la relación de cuidado para el bienestar del niño. Por lo que, la violencia doméstica, incluso en ausencia de violencia dirigida hacia el niño, es un riesgo significativo en su desarrollo. Debe tenerse en cuenta el impacto acumulativo en el desarrollo de múltiples factores de riesgo. (Appleyard et al, 2005).

### Tipos de riesgo

En general, el riesgo se puede definir como la probabilidad de que ocurra un evento, incluyendo la consideración de las pérdidas y ganancias asociadas a él. En este contexto (desarrollo infantil y protección de los niños) la evaluación del riesgo no está libre de juicios culturales y morales. Hay un alto grado de incertidumbre en la predicción del riesgo en materia de protección infantil e inevitablemente esto contribuye a la incertidumbre que sienten los clínicos que trabajan en éste área, aunque tengan mucha experiencia.

En este contexto, los distintos tipos de riesgo son:

- Riesgo inmediato para la seguridad física o emocional del niño
- Riesgo para el desarrollo óptimo del niño. Con ello se reconoce la importancia de la experiencia temprana sobre el desarrollo posterior del niño. Pueden existir factores genéticos, intrauterinos y factores físicos tales como una enfermedad
- Riesgo indirecto, tales como la separación repetida debida a la hospitalización de un padre con una enfermedad psiquiátrica o médica. Los problemas de salud mental de los padres son un factor de riesgo significativo
- La acumulación de riesgo se produce cuando un niño y su familia están expuestos a múltiples factores. Por ejemplo, un bebé prematuro nacido de una joven madre soltera con una adicción a los narcóticos y con poco apoyo familiar es claramente un riesgo mayor que un bebé prematuro con factores de riesgo médicos y biológicos similares, nacido de una pareja con apoyo financiero y práctico adecuado.

Los mayores riesgos son aquellos que operan a largo plazo, por ejemplo:

- Negligencia crónica
- Inestabilidad crónica de la familia, tanto personal como social
- Exposición a trastornos de la personalidad de los padres y duraderos problemas de salud mental
- Hostilidad incesante hacia el niño

### Riesgo en la infancia

- Hay distintos tipos de riesgo
- Los factores de riesgo pueden ser acumulativos- rara vez es una correlación lineal entre cualquier factor de riesgo y el resultado del desarrollo posterior. Hay una correlación lineal entre el número de factores de riesgo y de impacto en el desarrollo
- El riesgo puede ser directo o indirecto
- El riesgo puede ser inmediato o demorado para el desarrollo psicosocial



## Consecuencias del maltrato

Los niños que han sido abusados o descuidados pueden tener secuelas físicas, emocionales y de comportamiento que hacen más difícil el cuidarlos. Por ejemplo, los niños traumatizados pueden seguir mostrando un comportamiento de evitación o disruptivo durante algún tiempo después de ser trasladados a ambientes de acogida con un ambiente seguro. El abuso y la negligencia pueden tener efectos a largo plazo sobre la comprensión que el niño desarrolle de los sentimientos y las relaciones. Un niño con daño cerebral después de un traumatismo craneal puede tener síntomas físicos y emocionales a largo plazo, lo que significa que su cuidado es particularmente difícil. Estos padres (incluidos los padres adoptivos) se encuentran con retos que no habían podido prever, y tendrán que mostrar más paciencia o perseverancia que con un niño menos traumatizado.

Los lactantes nacidos en situaciones de alto riesgo son más propensos a desarrollar relaciones de apego inseguras o desorganizadas con sus cuidadores. Existe evidencia de que el apego desorganizado en la infancia está ligado a dificultades emocionales y conductuales en la infancia, adolescencia y la vida adulta. Por lo tanto, a pesar de que un bebé puede no estar en riesgo físico inmediato, un entorno de cuidado errático, negligente o inestable es una amenaza para su desarrollo social y emocional. El abandono de los niños, la falta de respuesta crónica a las necesidades físicas o emocionales del niño, puede tener profundas consecuencias en el desarrollo, pero puede ser más difícil de detectar que el abuso físico.

El riesgo aumenta cuando las necesidades del niño son mayores que la capacidad de los cuidadores y de sus apoyos para satisfacerlas. Como se ha descrito, esto puede ocurrir debido a factores del niño, del sistema de cuidados (los padres) o el contexto social. Además, muchos niños en riesgo y sus familias tienen vulnerabilidades en las tres áreas.

Las situaciones de alto riesgo son angustiantes para todos los implicados, sobre todo cuando se requiere la intervención de un especialista para recomendar la adopción del bebé o del niño. Una evaluación integral incluye una historia clínica cuidadosa, el examen de la coherencia de la historia proporcionada, la observación de las interacciones entre el niño y el cuidador/es, son fundamentales para una evaluación adecuada del riesgo. Esto asegura que las decisiones se basan en información obtenida de una variedad de fuentes y se realizan en beneficio del niño y la familia.

## EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DE LOS PADRES

Muchas definiciones de la paternidad y la capacidad de ser padres han sido sugeridas a lo largo del tiempo (Jones, 2001; Reder et al, 2003). Los elementos básicos de la crianza definidos por Hoghughy (1997) son:

- *Atención:* La capacidad de satisfacer las necesidades de bienestar físico, emocional y social del niño, y protegerlo contra enfermedades evitables, daños, accidentes o abusos
- *Control:* Establecer y hacer cumplir límites apropiados
- *Desarrollo:* Lograr el potencial del niño en diversos dominios.

Para ser un padre eficaz se necesitan conocimiento, motivación, recursos y oportunidades.

### Factores que promueven la resiliencia en el niño (Ferguson & Horwood, 2003; Sameroff et al, 2003)

- Un padre u otro adulto con un buen funcionamiento
- Apoyos sociales
- La intervención profesional cuando se indica
- Consistencia en otras relaciones y actividades
- Tener una habilidad o talento.

## La capacidad de los padres

La capacidad de crianza puede ser descrita como la habilidad de reconocer y satisfacer las cambiantes necesidades físicas, sociales y emocionales del niño de una manera apropiada para el desarrollo y aceptar esta responsabilidad. La capacidad de crianza de los hijos esta determina por:

- *Factores de los padres* (y de la relación padres-hijos), incluyendo ejemplos de crianza que han experimentado los padres y como entienden el papel de ser padres, y la capacidad para entender las necesidades emocionales y psicológicas de su bebé
- *Factores del niño* (y de la relación hijo-padres)
- *Las fuentes contextuales de estrés y apoyo* (interacción entre la familia y el contexto) (Reder et al, 2003).

Recientemente, se ha considerado la importancia relativa o el énfasis que debe darse a cada uno de los factores mencionados en la evaluación de riesgo para los lactantes y los niños. Donald y Jureidini (2004) sostienen que la evaluación de la capacidad de crianza debe centrarse, principalmente, en la capacidad o el potencial para proporcionar cuidados empáticos; en otras palabras “de si la relación emocional entre padres e hijos es adecuada” y, concretamente, “en la capacidad de empatía de los padres” (p7). Donald y Jureidini describen los factores en el niño o el contexto relacional y social como “efectos moduladores” sobre el aspecto clave de la capacidad de ser padres. Mientras que su enfoque no se ha probado en la práctica, tiene la ventaja de centrar al clínico sobre la calidad de la relación y el potencial de los padres para una relación emocional adecuada con sus hijos, y enlaza con la creciente literatura sobre la capacidad de reflexión de los padres como un factor básico en la mediación del riesgo. Farnfield (2008) propone un modelo teórico para la evaluación de la paternidad e identifica siete dimensiones principales y una serie de variables que las modifican. Este modelo utiliza un marco ecológico, influido por la teoría del apego y el enfoque sistémico, identificando la propia experiencia de la manera en que los padres fueron criados como la primera de estas dimensiones básicas de crianza.

## Capacidad de cambio

Evaluar la capacidad de los padres para cambiar en situaciones de riesgo para el niño o para el cuidador, o donde ha habido abuso o negligencia es una tarea difícil pero necesaria.

Por ejemplo, una madre adolescente ha sido incapaz de ayudar a su hijo a desarrollar patrones organizados de sueño-vigilia, de comidas y de juego. El bebé no está aumentando de peso y es irritable e inquieto. A esta matriz puede faltarle información adecuada sobre el desarrollo del bebé, pero es sugerente de insuficientes recursos para satisfacer las necesidades del mismo. Apoyo y educación pueden reducir el riesgo, lo que le permitiría seguir adelante con su desarrollo. Sin embargo, si hay una falta de motivación de los padres, provisión de recursos e información no serán suficientes para proteger al bebé de las consecuencias de la negligencia.

Repetición del abuso ocurre en el 25%-50% de las familias en el Reino Unido cuando niños son restituidos a sus padres después de haber sido removidos debido a abuso o negligencia (Reder, 2003). En caso de padres con antecedentes

de maltrato es difícil juzgar cuándo es suficiente proporcionar cuidados, o cuando se requiere protección o control. Esto puede afectar a su capacidad de crianza y a su habilidad para utilizar los recursos de apoyo disponibles.

El desasosiego por la seguridad inmediata o a largo plazo del bebé o del cuidador debe abordarse de forma abierta y directa con los cuidadores y los organismos de referencia. Esto debe ser seguido por una intervención eficaz y medidas de seguridad deben ser puestas en práctica para velar por la seguridad y el bienestar de todos los miembros de la familia. Siempre que sea posible, esto implica el establecimiento de una red de apoyo a las familias vulnerables y una evaluación de su capacidad para utilizar servicios, manejar sus relaciones, capacidad de reflexionar sobre su experiencia del pasado, y para dar prioridad a las necesidades de cuidado y protección de los hijos.

### CONCLUSIONES

La evaluación de familias con bebés y niños pequeños tiene lugar en una variedad de contextos y por muchos motivos distintos. No obstante, una evaluación completa debe incluir siempre un enfoque sobre las relaciones y sobre el desarrollo, considerando tanto los puntos fuertes como los débiles que padres e hijos aportan a su situación actual, y atención a los factores biopsicosociales que ayudan o dificultan a la familia en este momento de rápidos cambios.

La existencia de una alianza de trabajo entre la familia y el clínico apoyaría el éxito de las intervenciones propuestas. Preocupaciones por la seguridad inmediata o a largo plazo del niño o de sus cuidadores deben ser abordadas de manera abierta y directa con los cuidadores y el servicio de referencia. Una intervención adecuada debe tener en cuenta la seguridad y el bienestar de todos los miembros de la familia.

Todas las evaluaciones de niños pequeños implican la consideración del riesgo. La noción de riesgo durante la lactancia y la primera infancia es compleja y multifactorial e incluye consideración de los riesgos inmediatos para la seguridad de los niños y de los padres, de los efectos de los factores de riesgo individuales y acumulativos, y el efecto de estos en el desarrollo y la psicopatología. La vulnerabilidad y la dependencia de los niños pequeños sobre la disponibilidad de sus cuidadores significa que el riesgo siempre se considera en el contexto de cuidados, y que las amenazas a la seguridad de uno o ambos padres inevitablemente repercute en el bienestar del niño.

El riesgo para el niño aumenta cuando las necesidades del niño son mayores que la capacidad de los cuidadores y de sus soportes para satisfacer estas necesidades. Como se ha descrito, esto puede ocurrir debido a factores en el niño, en el sistema de cuidado (los padres), o en el contexto social, y muchos niños en riesgo y sus familias son vulnerables en las tres áreas.

Las situaciones de alto riesgo son angustiantes para todos los interesados, sobre todo cuando el médico recomienda que un niño sea sacado de la familia para su protección. Una evaluación detallada que incluiría una historia clínica cuidadosa, un examen de la coherencia de la historia proporcionada, observación de las interacciones entre el niño y los cuidadores, y corroboración de los hechos, son fundamentales para una evaluación del riesgo. Esto asegura que las decisiones se basan en información fiable y de una variedad de informantes, y se realizan en el mejor interés del niño y la familia.

### Fuentes Adicionales

- Fernyhough C (2008). *The Baby in the Mirror: A Child's World from Birth to Three*. London: Granta Books.
- Lieberman AF (1993). *The Emotional Life of the Toddler*. New York: Free Press.
- Mares S, Newman L and Warren B (2011). *Clinical Skills in Infant Mental Health: The First Three Years (2nd ed)*. Melbourne: ACER Press.
- [World Association for Infant Mental Health](#)
- Zeanah CH (ed) (2009). *Handbook of Infant Mental Health (3rd ed)*. Section III Assessment, Chapters 14–16 (pp231–280). New York: Guilford Press.

## REFERENCES

- Achenbach TM, Rescorla LA (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Abidin RR 1995. *Parenting Stress Index, Third Edition: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E et al (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Allen JG, Fonagy P, Bateman AW (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV TR*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Appleyard K, Egeland B, van Dulmen MHM et al (2005). When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46:235–245.
- Aspland H, Gardener F (2003). observational measures of parent child interaction: an introductory review. *Child and Adolescent Mental Health*; 8:136-143.
- Banaschewski T (2010). Preschool behaviour problems-overpathologised or underidentified. A developmental psychopathology perspective is needed. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51:1-2.
- Bayley N (1993). *Bayley Scales of Infant Development (2nd ed)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Boris NW, Zeanah CH & the Work Group on Quality Issues (2005). Practice parameter for the assessment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44:1206-1219.
- Brazelton TB, Nugent JK (1995). *Neonatal Behavioural Assessment Scale (3rd ed)*. London: Mac Keith Press.
- Chaffin M, Hanson R, Saunders B et al (2006). Report of the APSAC task force on attachment therapy, reactive attachment disorder, and attachment problems. *Child Maltreatment*, 11:76–89.
- Crittenden PM, Claussen AH, Kozłowska K (2007). Choosing a valid assessment of attachment for clinical use: A comparative study. *Australian New Zealand Journal of Family Therapy*, 28:78-87.
- Crowell JA, Feldman SS (1988). Mothers' internal models of relationships and children's behavioral and developmental status: A study of mother-child interaction. *Child Development*, 59:1273-1285.
- Crowell JA (2003). Assessment of attachment security in a clinical setting: Observations of parents and children. *Developmental and Behavioural Pediatrics*, 24:199-204.
- Donald T, Jureidini J (2004). Parenting capacity. *Child Abuse Review*, 13:5–17.
- Egeland B, Bosquet M, Chung AL (2002). Continuities and discontinuities in the intergenerational transmission of child maltreatment: Implications for breaking the cycle of abuse. In K Brown, H Hanks, P Stratton & C Hamilton (eds), *Early Prediction and Prevention of Child Abuse: A Handbook*. New York: Wiley and Sons, pp217–232.
- Egger H L, Angold A (2004). The Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA): a structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children. In: R DelCarmen-Wiggins & A Carter (Eds.), *Handbook of Infant, Toddler and Preschool Mental Health Assessment*. New York: Oxford University Press, pp223-243.
- Farnfield S (2008). A theoretical model for the comprehensive assessment of parenting. *British Journal of Social Work*, 38:1076-1099.
- Ferguson DW, Horwood LJ (2003). Resilience to childhood adversity: Results of a 21-year study. In SS Luthar (Ed.), *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. Cambridge: Cambridge University Press, pp130–155.
- Fonagy P, Steele M, Moran G et al (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13:200–216.

- Goodman R (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:581-586.
- Hoghughli M (1997). Parenting at the margins: Some consequences of inequality. In KN Dwivedi (Ed), *Enhancing Parenting Skills: A Guide Book for Professionals Working with Parents*. Chichester: Wiley, pp 21–41.
- Howe D (2005). *Child Abuse and Neglect: Attachment, Development and Intervention*. New York: Palgrave Macmillan.
- Ivanova MY, Achenbach TM, Rescorla LA et al (2010). Preschool psychopathology reported by parents in 23 societies: Testing the seven-syndrome model of the child behavior checklist for ages 1.5-5. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49:1215-1224.
- Johnson CP, Myers SM, American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120:1183-215.
- Jones D (2001). The assessment of parental capacity. In J Horwath (Ed.), *The Child's World: Assessing Children in Need*. London: Jessica Kingsley, pp 255–272.
- Kowalenko N, Mares S, Newman et al (in press). Family matters: infants, toddlers and pre-schoolers of parents affected by mental illness. *Medical Journal of Australia*.
- Luby J (ed) (2006). *Handbook of Preschool Mental Health; Development Disorders and Treatment*. New York: The Guildford Press.
- Lyons-Ruth K, Yellin C, Helnick S et al (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Developmental Psychopathology*, 17:1-23.
- Miron D, Lewis ML, Zeanah CH (2009). Clinical Use of Observational Procedures in Early Childhood Relationship Assessment. In Zeanah CH (Ed) *Handbook of Infant Mental Health, 3<sup>rd</sup> ed.* New York: Guildford Press, pp252-265
- Newman L, Mares S (2007). Recent advances in the theories of and interventions with attachment disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 20:343-348.
- Reder P, Duncan S, Lucey C (2003). What principles guide parenting assessments? In P Reder, S Duncan & C Lucey (Eds.), *Studies in the Assessment of Parenting*. New York: Brunner-Routledge, pp3–26.
- Rescorla LA, Achenbach TN, Ivanova MY et al (2011). International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: parents' reports from 24 societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40:456-467.
- Sameroff AJ, Fiese BH (2000). Models of development and developmental risk. In CH Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health (2nd ed)*. New York: Guilford Press, pp3-19.
- Sameroff A, Gutman LM, Peck SC (2003). Adaptation among youth facing multiple risks: Prospective research findings. In SS Luthar (ed), *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. Cambridge: Cambridge University Press, pp364–391.
- Sameroff A, MacKenzie M (2003). Research strategies for capturing transactional models of development: The limits of the possible. *Development and Psychopathology*;15:613–640.
- Slade A (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and Human Development*, 7:269–281.
- Slade A, Greinenberger J, Bernbach E et al (2005). Maternal reflective functioning, attachment and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment and Human Development*, 7:283–298.
- Sparrow SS, Balla D, Cicchetti D (1984). *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines: American Guidance Service.
- Squires J, Bricker D, Twombly E (2003). *Ages and Stages Questionnaire: Social-Emotional (ASQ-SE)*. Paul H Brookes Publishing Co.
- Squires J, Bricker D (1999). *Ages and Stages Questionnaire (ASQ-3)*. Paul H Brookes Publishing Co.
- Sroufe LA, Egeland B, Carlson EA et al (2005). *The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*. New York : The Guildford Press.
- Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool (2003). Research diagnostic criteria for infants and preschool children: the process and empirical support. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:1504-1512.
- Wechsler D (2002). *WPPSI-III Administration and Scoring Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Winnicott D W (1987). The ordinary devoted mother. In C Winnicott, R Shepherd, M Davis (eds.), *Babies and their Mothers*, Reading, MA: Addison-Wesley, pp3–14.
- Zeanah CH, Boris NW, Larrieu JA (1997). Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:165–178.
- Zeanah CH, Berlin LJ, Boris NW (2011). Practitioner review: Clinical applications of attachment theory and research for infants and young children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52:819-833.
- 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.