

Trastornos de regulación en la primera infancia: identificación y lineamientos para la prevención y manejo

Regulatory disorders in early childhood: identification, prevention and treatment guidelines

Francisco Barría H.^a, Francisca Pérez C.^{b,d}, Paulina Brahm M.^c

^aServicio de Salud Coquimbo. La Serena, Chile.

^bPsicóloga. Facultad de Psicología, Universidad Alberto Hurtado. Santiago, Chile.

^cComité de Lactancia Sociedad Chilena de Pediatría (SOCHIPE). Santiago, Chile.

^dInstituto Milenio para el Estudio de la Depresión y Personalidad (MIDAP). Santiago, Chile.

Recibido: 24 de noviembre de 2021; Aceptado: 13 de febrero de 2022

¿Qué se sabe del tema que trata este estudio?

Descripción y sistemas de clasificación del trastorno, algunas asociaciones causales y sus consecuencias a largo plazo. Poco difundido en equipos de salud nacionales.

¿Qué aporta este estudio a lo ya conocido?

Síntesis de literatura del trastorno, su frecuencia y consecuencias, para visibilizarlo dentro de los equipos de salud que atienden población infantil. Entregar nociones básicas para la prevención y manejo.

Resumen

Los trastornos de regulación son definidos de acuerdo a las guías y sistemas de clasificación actuales como desórdenes en la interacción entre los bebés y sus padres, siendo caracterizados por una tríada sintomática que incluye aspectos del niño, características de los padres y de la interacción parento-filial. Este trastorno puede generar desequilibrio familiar y a largo plazo ser factor de riesgo para trastornos internalizantes y externalizantes, así como de maltrato infantil. El manejo propuesto incluye trabajo con el sistema familiar, anticipando su aparición, considerando las condiciones parentales. Ante un trastorno de regulación se debe tener siempre el foco en la tríada sintomática. Los padres o cuidadores de niños y niñas con trastornos de regulación necesitan guía para mejorar su sensibilidad y reacciones hacia las demandas de sus hijos o hijas durante el primer año y así romper la trayectoria del desarrollo de estos trastornos y disminuir su propio estrés para lograr una parentalidad intuitiva exitosa. Se presenta una revisión narrativo-descriptivo de éste, sus asociaciones causales, consecuencias y lineamientos para el tratamiento a la luz del conocimiento actual.

Palabras clave:

Salud Mental; Llanto;
Sueño;
Trastornos de
Alimentación;
Infante

Abstract

Regulation disorders are defined according to current guidelines and classification systems as disorders in the interaction between infants and their parents, being characterized by a symptomatic triad that includes aspects of the child, parental characteristics and parent-child interaction. This disorder may generate family imbalance and in the long term to be a risk factor for internalizing and externalizing disorders, as well as child abuse. The proposed management includes working with the family system, anticipating its appearance, considering the parental conditions. When faced with a regulation disorder, the focus should always be on the symptomatic triad. Parents or caregivers of children with regulation disorders need guidance to improve their sensitivity and reactions to the demands of their children during the first year and thus break the trajectory of the development of these disorders and reduce their own stress to achieve a successful intuitive parenting. A narrative-descriptive review of the disorder, its causal associations, consequences and treatment guidelines in light of current knowledge is presented.

Keywords:

Mental Health;
Crying;
Sleep;
Eating Disorders;
Infant

Introducción

En los controles de salud infantil nos encontramos con una alta frecuencia a madres, padres y/o cuidadores que consultan por situaciones de difícil manejo de sus bebés, esperando encontrar la patología subyacente que las explique. Algunas de las manifestaciones más frecuentes de este tipo de situaciones son el llanto inconsolable, alteraciones en el sueño o dificultades en la alimentación, las cuales alteran de manera significativa el funcionamiento familiar. En ocasiones el origen orgánico de estas molestias es descartado, siendo estos cuadros catalogados como parte del comportamiento normal sin hacer un diagnóstico diferencial con trastornos relacionados a psicopatología del bebé, lo cual lleva a pasar desapercibidas situaciones que pueden tener consecuencias en su salud a largo plazo.

Dentro de los posibles diagnósticos ante estas situaciones se encuentran los trastornos de regulación en la infancia (clasificación 0-3) o trastornos de regulación múltiples cuando coexisten más de uno¹. Dada la falta de definiciones estándares, algunos estudios exploratorios han mostrado una prevalencia de estos problemas, en niños y niñas de 0 a 3 años, de entre un 2 a un 46%²⁻⁴. Si bien, durante la pandemia no se han publicado nuevas estadísticas, la incertidumbre y el estrés que han vivido muchas familias hace pensar que es probable que estos cuadros hayan aumentado. Desde ahí que la Academia Americana de Pediatría refiere que *“la pandemia ha subrayado la necesidad de continuar integrando la salud emocional y conductual en la atención pediátrica estándar”*⁵.

En Chile este tipo de trastornos no se encuentran suficientemente difundidos, de manera que no forman parte de los diagnósticos habituales, así como tampoco se conocen las consecuencias que éstos pueden tener a lo largo del desarrollo del individuo. El objetivo del presente manuscrito es por lo tanto, entregar informa-

ción clínica relevante respecto a los trastornos de regulación, de manera de visibilizarlos e integrarlos dentro de la práctica clínica de los equipos de salud dedicados a la atención de niños.

Desarrollo

Diagnóstico de los Trastornos de Regulación

Los trastornos de regulación son definidos de acuerdo a las guías y sistemas de clasificación actuales como desórdenes en la interacción entre los bebés y sus padres, siendo caracterizados por una tríada sintomática que incluye aspectos del niño, características de los padres y de la interacción parento-filial, como se aprecia en la figura 1⁶.

La aparición de los trastornos de regulación está estrechamente relacionada con los procesos de maduración y ajuste típicos de la edad de las llamadas tareas del desarrollo, las cuales regulan la ingesta de alimentos, la organización del sueño-vigilia, la excitabilidad, la atención sensorial y afectiva, la cercanía y la distancia, la vinculación afectiva y la exploración, así como la regulación emocional de los miedos, la ira, la agresión y la negociación de reglas y límites⁷.

Es importante considerar que los lactantes sanos significan una importante demanda para sus cuidadores, por ejemplo, un lactante sano se beneficia de ser alimentado entre 8 a 12 veces en 24 horas con lactancia materna⁸. Asimismo, el sueño infantil está supeditado a la alimentación por lo que es esperable que los lactantes se despierten varias veces durante la noche⁹. Respecto a la alimentación, existe una transición desde lactancia materna exclusiva a alimentación complementaria en la cual los lactantes deben aprender a aceptar una gran variedad de alimentos, lo cual muchas veces implica cierto tiempo¹⁰. Los niños tienen mejor disposición para comer en ambientes emocio-

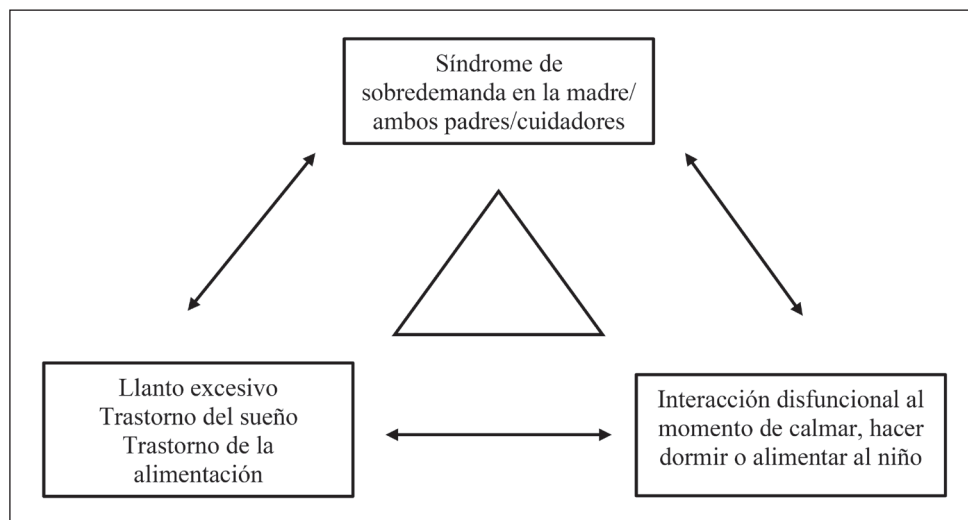


Figura 1. Tríada diagnóstica de los trastornos de regulación en la primera infancia.

nalmente positivos y el forzarlos se correlaciona con una disminución del gusto por esa comida¹¹. Estas y otras tareas del desarrollo suelen estar reguladas por el niño y sus padres o cuidadores en las interacciones cotidianas. Es parte del desarrollo normal que esto lleve a exacerbaciones críticas temporales con problemas para ingerir alimentos nuevos por parte de lactantes y preescolares¹⁰.

Las crisis regulatorias normales se convierten en trastornos regulatorios cuando el problema se agrava y persiste, cuando falla la gestión conjunta de las próximas tareas de desarrollo y cuando esto conduce a estrés y deterioro del desarrollo psicológico del niño, a una sensación de agotamiento y sobrecarga en los padres y/o cuidadores y a una disfuncionalidad de las interacciones entre padres e hijos⁷. Los trastornos de regulación pueden actuar como un reflejo de lo que está ocurriendo en la relación entre el niño y sus padres o cuidadores¹², dado que su regulación emocional y conductual depende de la interacción con ellos y de la calidad que ésta tenga. Por lo tanto, se concibe estos trastornos desde una naturaleza relacional más que una patología asumida y aplicable únicamente al infante¹³.

Los trastornos de regulación más frecuentes en la población son el llanto excesivo, con una prevalencia de entre un 5 y un 20%¹⁴, los trastornos del sueño, con una prevalencia entre un 20 y un 30%¹⁵ y los trastornos de la alimentación con una prevalencia entre un 3 y un 12%¹⁶. La fluctuaciones de las prevalencias dependen de la definición y los instrumentos de medición y es importante considerar que la comorbilidad entre estos cuadros es frecuente.

En cuanto al llanto excesivo es importante destacar los patrones que se han documentado a través de varios estudios, los que concluyen la existencia de una curva

que aumenta gradualmente desde el nacimiento hasta llegar a un *peak* a las 5 a 6 semanas con un promedio de 117-133 min diarios¹⁷ que disminuye paulatinamente hasta llegar al promedio de 68 min diarios a las 10-12 semanas y menos de una hora al año; esta curva se ha interpretado como universal, sin diferencias significativas en las distintas culturas¹⁸. Se habla entonces de un trastorno de regulación cuando tenemos un bebé con tiempos de llanto por sobre esta curva conocida, padres y/o cuidadores saturados e interacciones frustras a la hora de calmarlo.

Los problemas del sueño varían en su definición de acuerdo a los diferentes estudios, entre estas podemos nombrar situaciones como despertar excesivo más de 5 noches por semana¹⁹, latencia prolongada del inicio del sueño (30 min o más)¹⁷, rutinas irregulares del sueño, y estrés de los padres en relación al sueño del niño¹⁹. Nuevamente el diagnóstico de trastorno de regulación se hará cuando estén presentes los elementos de la tríada diagnóstica.

Los problemas de alimentación más comunes son el rechazo alimentario, la baja de apetito, problemas al tragar o los vómitos excesivos¹⁷. Estos trastornos generan mucha ansiedad y preocupación en los padres y/o cuidadores, ya que la desnutrición puede ser una consecuencia de estas dificultades²⁰.

Existen además criterios clínicos descritos en la clasificación de enfermedades DC:0-3^{21,22} que pueden ser utilizados para estudios y facilitar la identificación y diagnóstico de los trastornos.

Etiología de los trastornos de regulación

Actualmente no hay un factor etiológico claro, solo asociaciones. En cuanto al llanto excesivo, se ha asociado a bebés pequeños para la edad gestacional,

depresión de la madre, factores psicosociales como violencia doméstica, interacción inadecuada, ansiedad de los padres¹⁸ y últimamente se ha agregado la ansiedad materna en período prenatal con un alto nivel de evidencia²³. Al respecto, el modelo de desarrollo de la programación fetal propone que la exposición de ciertos factores en el útero pueden inducir una respuesta en el feto con consecuencias en la neurobiología y comportamiento. Como respuesta al estrés la madre libera hormonas del eje hipotálamo-hipófisis-sistema adrenal, que influenciarían en la formación de estructuras responsables de la regulación, comportamiento y respuesta emocional del niño. Hay estudios que relacionan el estrés materno con una disminución del volumen de la corteza prefrontal y la corteza lateral, además de un aumento de volumen de la amígdala del feto, que son estructuras claves para la regulación y el desarrollo socio-afectivo²⁴. Depresión y ansiedad además pueden estar interrelacionadas; si se inician síntomas compatibles con trastornos de ansiedad, estos pueden ser sucedidos por trastorno depresivo, lo cual ha sido confirmado para ansiedad prenatal y depresión postparto²⁵.

En relación con los trastornos del sueño, un factor asociado es la lactancia materna exclusiva, teniendo en consideración que su diagnóstico debe ser posterior a los 6 meses de edad ya que previamente el sueño del lactante es desorganizado y comandado por la necesidad de nutrición permanente¹. Otro factor implicado es la depresión y trastorno de sueño maternos que pueden presentarse típicamente asociados, se habla incluso de heredar predisposición genética, por lo que puede haber transmisión de patrones alterados de sueño de la madre al niño. Además las madres con depresión podrían ser especialmente vulnerables a perturbaciones del sueño, ser menos responsivas o con mayor comportamiento evitativo a la hora de dormir²³.

Para los trastornos de alimentación, existe asociación con condiciones del niño tales como anomalías fetales, prematuros extremos, convulsiones neonatales¹ y temperamento difícil²³. También se relaciona a factores de salud mental parental, como cuadros ansiosos durante el embarazo²⁵ y madres primerizas. Probablemente esto se debe a que madres ansiosas y/o madres primerizas tienen especial preocupación por la insuficiente ingesta de alimentación del niño y se sienten menos confiadas en su propia competencia parental²³.

En definitiva, la visión actual de estos problemas resulta de una compleja relación del niño, los cuidadores principales y sus características familiares. Las interacciones entre cuidadores y niños pueden verse perturbadas u obstaculizadas por múltiples factores lo que puede constituirse en un riesgo para el desarrollo de trastornos de regulación^{13,23}.

Consecuencias de los trastornos de regulación

La mayoría de los problemas de regulación ocurren los primeros meses de vida, llegando hasta un 30% de los lactantes a los 5 meses de edad, pero aproximadamente el 59% son transitorios²⁶, sin embargo, en algunos niños permanecen más tiempo y pueden llevar a distintas consecuencias²⁷.

A corto plazo un niño con un trastorno de regulación puede generar mayores consultas en los servicios de salud²⁷, disminución del éxito de la lactancia materna e incluso situaciones de maltrato infantil por parte de padres agotados²⁸. La depresión postparto se relaciona con la aparición y también es consecuencia a corto plazo del llanto excesivo, ambos se exacerban en un círculo vicioso de pobre autorregulación del niño y la parentalidad intuitiva que se ve obstaculizada²⁵.

En el largo plazo los niños con trastornos de regulación pueden presentar con mayor probabilidad problemas conductuales en comparación con niños que no lo padecen²⁷. El llanto excesivo está relacionado a diagnósticos con sintomatología externalizante e internalizante, trastorno de déficit atencional con hiperactividad, trastorno de conducta en edad escolar y problemas de interacción con pares^{27,29}.

El trastorno del sueño muestra efectos inconsistentes en la literatura, algunos estudios muestran que tiene menor mantención en el tiempo²⁶, mientras que otros señalan que se mantiene hasta que el niño logra la arquitectura del sueño de un adulto, que es alrededor de los tres años de edad⁷.

El trastorno de alimentación es el que más se mantiene en el tiempo y se relaciona con dificultades de comportamiento adaptativo y habilidades sociales en edad preescolar¹, además junto al trastorno de regulación múltiple se relacionan con trastornos de conducta general²⁷; también se ha visto que la persistencia de trastornos de regulación múltiple se asocian a menores niveles de desarrollo de habilidades en el lenguaje³⁰.

Las principales asociaciones causales y consecuencias del trastorno de regulación se resumen en la tabla 1.

Manejo del trastorno de regulación

El enfoque más apropiado para los trastornos de regulación debiera ser el de la prevención, principalmente a través de la educación a todas las familias, especialmente a aquellas con factores de riesgo. Enseñar a los cuidadores las características del llanto normal, del sueño y de la alimentación en los infantes, así como estrategias para consolar al niño, generar un ambiente favorecedor para la conciliación del sueño y para la introducción de nuevos alimentos. Esto permitirá que se sientan más competentes y sepan detectar posibles síntomas de alarma a tiempo, lo que propiciará la consulta y el eventual tratamiento oportuno²⁵.

Tabla 1. Resumen principales asociaciones causales y consecuencias de trastornos de regulación

Trastorno de regulación	Asociación causal	Consecuencias
Llanto excesivo	<ul style="list-style-type: none"> - Bebés pequeños para edad gestacional - Depresión materna - Trastorno ansioso materno - Patología orgánica 	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión postparto - Trastorno de déficit atencional con hiperactividad - Trastorno de conducta
Trastorno del sueño	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión materna - Trastorno del sueño materno - Patología orgánica 	<ul style="list-style-type: none"> - Sin consecuencias a largo plazo, estudios inconsistentes
Trastorno de alimentación	<ul style="list-style-type: none"> - Anormalidades fetales - Prematuros extremos - Convulsiones neonatales - Trastorno ansioso materno - Madres primerizas - Patología orgánica 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades en comportamiento adaptativo - Dificultades en habilidades sociales

Las guías anticipatorias son un componente crítico en la prevención en salud infantil, éstas buscan preparar a padres y cuidadores respecto al crecimiento y desarrollo infantil normal, y a buscar alternativas para que la familia modifique las dinámicas que se requieran para promover su óptimo desarrollo³¹. Dentro de este contexto, parece fundamental conversar con los padres y cuidadores respecto a lo esperable en alimentación, sueño, necesidad fisiológica de contacto, regulación, neurodesarrollo y maduración en la supervisión de salud infantil.

Es así como es importante normalizar el hecho que durante los primeros meses de vida los lactantes que reciben lactancia materna exclusiva se alimentan de manera estable una media de ocho veces en veinticuatro horas y es muy raro que no haya tomas nocturnas⁹. Tras la incorporación de la alimentación complementaria, es importante favorecer ambientes emocionalmente positivos teniendo los padres, hermanos y pares un rol fundamental en el modelaje; la exposición repetida a alimentos ofrecida de forma amorosa puede disminuir la neofobia, y el restringir el acceso a ciertas comidas disminuye su preferencia, al igual que forzar a comer¹¹.

Con respecto al sueño hay influencia de las vivencias prenatales, particularmente por el estrés, la depresión y mala calidad de salud maternas. Hacia el final del primer semestre el sueño depende más de la afectividad, certeza y confianza, como base de un sueño seguro. Una vivencia de amenaza que genera miedo y ansiedad produce activación de la amígdala que influye en la calidad del sueño infantil, por otra parte la oxitocina y vasopresina que se liberan en un ambiente afectivo inhiben esta estructura suprimiendo estas emociones; además tienen un rol en el fortalecimiento del vínculo parento-filial y de pareja y activan al sistema parasimpático, que es necesario para un sueño reparador³².

El contacto piel con piel, idealmente desde el nacimiento hasta el término del primer amamantamiento, satisface las necesidades biológicas básicas del recién nacido, el cual se encuentra en un periodo sensible para la programación de la fisiología y del comportamiento futuro, de acuerdo a la neurociencia³³. Asimismo, el estímulo de los receptores cutáneos de oxitocina mediante el tacto no nocivo como el masaje, el hacer cariño, entre otros, ayuda a la disminución de la presión arterial, los niveles de cortisol y tiene efecto ansiolítico en los niños y sus padres, además aumenta el umbral del dolor, promueve el crecimiento y la curación de los tejidos³⁴. Por otra parte, el contacto físico entre madre e hijo predice la responsividad materna respecto a la alimentación³⁵, que se refiere a la sensibilidad que permite captar las señales del bebé para desplegar las respuestas adecuadas³⁶.

En relación al neurodesarrollo, así como en el primer año se requiere alta presencia y contacto entre el lactante y sus padres, en el segundo año hay un incremento de la autonomía y la independencia, basada en el progreso de las habilidades motoras y un comportamiento exploratorio. El lactante presenta un creciente sentido de sí mismo y de sus propias intenciones, y un sentido de los demás como un ser diferenciado³⁷.

Promover una salud mental adecuada en los padres es otra estrategia que puede ayudar a disminuir el riesgo de desarrollar trastornos de la regulación en la primera infancia. El estrés materno percibido influye en la construcción del vínculo, y la salud mental materna impacta la habilidad de responder de forma sensible ante las necesidades del niño durante los primeros años³⁷. La depresión postparto en madres y padres se asocia también a peor bienestar y funcionamiento familiar, impactando el desarrollo emocional de los lactantes y preescolares, por lo que al tamizaje universal que existe en mujeres durante la etapa perinatal,

se hace necesario incorporar la evaluación de la salud mental paterna³⁸.

Está descrito que el apoyo social es un importante factor de protección en los casos en que los niños son más reactivos o tienen un temperamento más difícil y hay niveles más altos de estrés en la familia³⁷, por lo que los grupos de padres, grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM) y el apoyo de otros adultos en general también son estrategias idóneas de prevención.

Asimismo, dado que el tiempo de exposición a pantallas está asociado a niveles más altos de emocionalidad negativa, reactividad emocional, agresión y problemas de atención y desregulación emocional tanto en Chile como a nivel global³⁹ es relevante dar a conocer a los padres las recomendaciones internacionales que indican que los menores de dos años no deberían estar expuestos a pantallas y los preescolares entre dos a cinco años pueden estar expuestos por menos de una hora al día⁴⁰.

Conclusiones y Recomendaciones

Existe gran evidencia de los trastornos de regulación en la literatura en cuanto a sus factores asociados y consecuencias, sin embargo, no es un tema que esté ampliamente divulgado en los distintos profesionales que atienden bebés en nuestro país.

Dentro de los factores asociados tenemos condiciones del niño como anormalidades fetales, prematuridad, menor tamaño para edad gestacional, patología orgánica, convulsiones neonatales y temperamento; condiciones parentales como la ansiedad y depresión pre y postnatal y, por último, algunas condiciones ambientales tales como la violencia doméstica u otros estresores que afecten la interacción parental.

Las consecuencias de padecer estos trastornos también están suficientemente estudiadas y pueden ser a corto plazo en donde tenemos desequilibrio familiar con mayor estrés parental y riesgo de maltrato infantil. A más largo plazo son principalmente trastornos de conducta, trastorno de déficit atencional y trastornos del ánimo en los niños.

En el manejo del trastorno se debe poner énfasis en la prevención, lo cual debe involucrar y contar con diferentes profesionales de la salud que intervienen en los controles habituales pre y postnatales como médicos/as generales y familiares, pediatras, matrones/as, enfermeros/as y psicólogos/as para el tratamiento de estos bebés y sus familias, y así evitar el aumento de pacientes con problemas de conducta y déficit atencional con el costo personal y el gasto en salud pública que conlleva su tratamiento.

Una vez que hay un trastorno de regulación instaurado, se debe tener siempre el foco en la triada sintomática. Los padres o cuidadores de niños con

trastornos de regulación necesitan guía para mejorar su sensibilidad y reacciones hacia las demandas de sus hijos durante el primer año y así romper la trayectoria del desarrollo de estos trastornos y disminuir su propio estrés para lograr una parentalidad intuitiva exitosa⁴¹. Es decir, que cumpla con las funciones de competencia parental y logren una interacción armónica con el niño que sea sensible, contingente, cálida y recíproca³⁶. Es relevante por lo tanto detectar precozmente patología de la salud mental, tanto materna mediante el test de Edimburgo⁴² –escala de depresión aplicada a mujeres en período gestacional y post parto–⁴³ como paterna³⁸, y derivar de manera coordinada a nivel secundario.

En cuanto a la relación de pareja es necesario considerar que una distribución inequitativa de las tareas de cuidado puede tener un rol protagónico en la capacidad disminuida familiar de respuesta ante estas situaciones. Se recomienda acompañar terapéuticamente favoreciendo estrategias de negociación y resolución de conflictos y/o derivando a terapia de pareja con una mirada familiar y sistémica a nivel secundario. La derivación de las mamás, papás y/o cuidadores a grupos de madres –como los grupos de apoyo a la lactancia materna GALM–, a actividades de desarrollo o juego del CESFAM o comuna correspondiente tales como los talleres “Nadie es Perfecto” del Subsistema Chile Crece Contigo u otros disponibles favorecen mejores resultados en salud mental³⁷.

El cortisol es esencial para el manejo saludable del estrés, sin embargo, la exposición temprana a altos niveles de éste, así como también déficits o disfunciones en el cuidado parental, pueden llevar a cambios biológicos desadaptativos para el manejo del estrés del niño en desarrollo. Los patrones de cortisol ante un evento estresante son complejos y dependen de la interacción de la neurofisiología del niño y del nivel de estrés materno. Por otro lado, la oxitocina que se ha relacionado a mayor sensibilidad maternal y mejor calidad de cuidado, juega un rol en la disminución de los efectos negativos del estrés, modulando el miedo y ansiedad en las madres, lo cual lleva a la modulación de los niveles de estrés del niño. Es así como favorecer instancias de juego, goce y tacto no nocivo entre padres e hijos tiene un efecto de tampón o buffer en la desregulación emocional, mediante el aumento de secreción de oxitocina y disminución del cortisol⁴⁴. Es de vital importancia además realizar intervenciones que lleven a un adecuado soporte emocional, práctico e integración social de los padres, animarlos a recibir ayuda si lo necesitan para cumplir sus tareas y labores de crianza⁶.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Schmid G, Schreier A, Meyer R, Wolke D. Predictors of crying, feeding and sleeping problems: a prospective study. *Child Care Health Dev.* 2011;37(4):493-502. doi: 10.1111/j.1365-2214.2010.01201.x.
- Mothander PR, Grette Moe R. Infant Mental Health assessment: the use of DC 0-3 in an outpatient child psychiatric clinic in Scandinavia. *Scand J Psychol.* 2008;49(3):259-67. doi: 10.1111/j.1467-9450.2008.00632.x.
- Minde K, Tidmarsh L. The changing practices of an infant psychiatry program: The McGill experience. *Infant Ment Health J.* 1997;18(2):135-44 doi: 10.1002/(SICI)1097-0355(199722)18:2<135::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-O.
- Hiscock H, Wake M. Infant sleep problems and postnatal depression: a community-based study. *Pediatrics.* 2001;107(6):1317-22. doi: 10.1542/peds.107.6.1317.
- American Academy of Pediatrics. A. Sulaski Wyckoff. Supporting emotional, behavioral needs of children in the pandemic: Updated guidance. 2021. [Online]. Disponible en: <https://publications.aap.org/aapnews/news/16376?autologincheck=redirected>.
- Martini J, Petzoldt J, Knappe S, Garthus-Niegel S, Asselmann E, Wittchen HU. Infant, maternal, and familial predictors and correlates of regulatory problems in early infancy: The differential role of infant temperament and maternal anxiety and depression. *Early Hum Dev.* 2017;115:23-31. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2017.08.005.
- Papousek M. Regulationsstörungen der frühen Kindheit erkennen und behandeln: Ein diagnostisches und therapeutisches Konzept. *Nervenheilkunde,* 2003;22(9):432-7. doi: 10.1055/s-0038-1626331.
- Schanler R, Krebs Sm N. Breastfeeding Handbook for Physicians, 2nd Edition. American Academy of Pediatrics; 2013.
- Aarts C, Hörnell A, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-Medhin M. Breastfeeding patterns in relation to thumb sucking and pacifier use. *Pediatrics.* 1999;104(4):e50. doi: 10.1542/peds.104.4.e50.
- Birch LL. Development of food acceptance patterns in the first years of life. *Proc Nutr Soc.* 1998;57(4):617-24. doi: 10.1079/pns19980090.
- Benton D. Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2004;28(7):858-69. doi: 10.1038/sj.ijo.0802532.
- Halpern R, Coelho R. Excessive crying in infants. *J Pediatr (Rio J).* 2016;92(3 Suppl 1):S40-5. doi: 10.1016/j.jpmed.2016.01.004.
- Postert C, Averbek-Holocher M, Achtergarde S, Müller JM, Furniss T. Regulatory disorders in early childhood: Correlates in child behavior, parent-child relationship, and parental mental health. *Infant Ment Health J.* 2012;33(2):173-186. doi: 10.1002/imhj.20338.
- Lucassen PL, Assendelft WJ, Gubbels JW, van Eijk JT, Douwes AC. Infantile colic: crying time reduction with a whey hydrolysate: A double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Pediatrics.* 2000;106(6):1349-54. doi: 10.1542/peds.106.6.1349.
- Barth R. Baby-Lese-Stunden' für Eltern mit exzessiv schreienden Säuglingen - das Konzept der 'angeleiteten Eltern-Säuglings-Übungsitzungen'. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 2000;49(8):537-49.
- von Hofacker N PM. Epidemiologie. En: Remschmidt H, Matthejat F WA, editor. Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Ein integratives Lehrbuch für die Praxis. 1era Edición. Stuttgart; 2008.
- Wolke D, Bilgin A, Samara M. Systematic Review and Meta-Analysis: Fussing and Crying Durations and Prevalence of Colic in Infants. *J Pediatr.* 2017;185:55-61.e4. doi: 10.1016/j.jpeds.2017.02.020.
- Akhnikh S, Engelberts AC, van Sleuwen BE, L'Hoir MP, Benninga MA. The excessively crying infant: etiology and treatment. *Pediatr Ann.* 2014;43(4):e69-75. doi: 10.3928/00904481-20140325-07.
- Wolke D, Meyer R, Ohrt B, Riegel K. Comorbidity of crying and feeding problems with sleeping problems in infancy: Concurrent and predictive associations. *Early Dev. Parent.* 1995;4(4):191-207 doi: 10.1002/edp.2430040405.
- Cierpka M. Frühe Kindheit 0-3 Jahre. Cierpka M, editor. Heidelberg Berlin: Springer; 2012.
- Postert C, Averbek-Holocher M, Beyer T, Müller J, Furniss T. Five systems of a psychiatric classification for preschool children: do differences in validity, usefulness and reliability make for competitive or complimentary constellations? *Child Psychiatry Hum Dev.* 2009;40(1):25-41. doi: 10.1007/s10578-008-0113-x.
- Zero to three. Diagnostic Classification of Mental Health & Developmental Disorders (DC:0-5). [Internet]. [Consultado 08.02.22] Disponible en: https://www.zerotothree.org/?_ga=2.30414841.791465712.1643027715-1332876711.1635476849.
- Petzoldt J, Wittchen HU, Einsle F, Martini J. Maternal anxiety versus depressive disorders: specific relations to infants crying, feeding and sleeping problems. *Child Care Health Dev.* 2016;42(2):231-45. doi: 10.1111/cch.12292.
- Korja R, Nolvi S, Grant KA, McMahon C. The Relations Between Maternal Prenatal Anxiety or Stress and Child's Early Negative Reactivity or Self-Regulation: A Systematic Review. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2017;48(6):851-69. doi: 10.1007/s10578-017-0709-0.
- Petzoldt J. Systematic review on maternal depression versus anxiety in relation to excessive infant crying: it is all about the timing. *Arch Womens Ment Health.* 2018;21(1):15-30. doi: 10.1007/s00737-017-0771-4.
- Schmid G, Schreier A, Meyer R, Wolke D. A prospective study on the persistence of infant crying, sleeping and feeding problems and preschool behaviour. *Acta Paediatr.* 2010;99(2):286-90. doi: 10.1111/j.1651-2227.2009.01572.x.
- Hemmi MH, Wolke D, Schneider S. Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis. *Arch Dis Child.* 2011;96(7):622-9. doi: 10.1136/adc.2010.191312.
- Botha E, Joronen K, Kaunonen M. The consequences of having an excessively crying infant in the family: an integrative literature review. *Scand J Caring Sci.* 2019;33(4):779-90. doi: 10.1111/scs.12702.
- Smarius LJ, Strieder TG, Loomans EM, Doreleijers TA, Vrijlkotte TG, Gemke RJ, van Eijsden M. Excessive infant crying doubles the risk of mood and behavioral problems at age 5: evidence for mediation by maternal characteristics. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017;26(3):293-302. doi: 10.1007/s00787-016-0888-4.
- Cook F, Conway L, Omerovic E, et al. Infant Regulation: Associations with Child Language Development in a Longitudinal Cohort. *J Pediatr.* 2021;233:90-97.e2. doi: 10.1016/j.jpeds.2021.02.002.
- Rakel R E, Rakel E P. Textbook of Family Medicine [Internet], 8va Edición Philadelphia, Elsevier-Saunders, 2011. p. 73-99
- Pin G. Insomnio infantil: nuevos conceptos. *Pediatr Integr.* 2021;25(1):46.e1-46.e5.
- Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;11(11):CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.
- Uvnas-Moberg K, Petersson M. Oxytocin, ein Vermittler von Antistress, Wohlbefinden, sozialer Interaktion, Wachstum und Heilung [Oxytocin,

- a mediator of anti-stress, well-being, social interaction, growth and healing]. *Z Psychosom Med Psychother*. 2005;51(1):57-80. German. doi: 10.13109/zptm.2005.51.1.57.
35. Little EE, Legare CH, Carver LJ. Mother-Infant Physical Contact Predicts Responsive Feeding among U.S. Breastfeeding Mothers. *Nutrients*. 2018;10(9):1251. doi: 10.3390/nu10091251.
36. Kimelman M. Desarrollo psicológico del bebé y del preescolar. En: Almonte C, Montt M. *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. 3ra edición. Santiago de Chile. Ed. Mediterráneo; 2019. p 105-15.
37. Brahm P, Cortázar A, Fillol MP, Mingo MV, Vielma C, Aránguiz MC. Maternal sensitivity and mental health: does an early childhood intervention programme have an impact? *Fam Pract*. 2016;33(3):226-32. doi: 10.1093/fampra/cm071.
38. Pérez F, Brahm P, Riquelme S, Rivera C, Jaramillo K, Eickhorst A. Paternal post-partum depression: How has it been assessed? A literature review. *Ment Heal Prev*. 2017;7:28-36.
39. Desmarais E, Brown K, Campbell K, et al. Links between television exposure and toddler dysregulation: Does culture matter? *Infant Behav Dev*. 2021;63:101557. doi: 10.1016/j.infbeh.2021.101557.
40. Pappas S. What do we really know about kids and screens?. *Monit. Psychol*. 2020;51(3):42. [accedido 08.02.22]. Disponible en: <https://www.apa.org/monitor/2020/04/cover-kids-screens>
41. Olsen AL, Ammitzbøll J, Olsen EM, Skovgaard AM. Problems of feeding, sleeping and excessive crying in infancy: a general population study. *Arch Dis Child*. 2019;104(11):1034-41. doi: 10.1136/archdischild-2019-316851.
42. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1995;16(4):187-91. doi: 10.3109/01674829509024468.
43. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto y apoyo al tratamiento. 2014. [accedido 10.02.22]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoyparto final12032014.pdf>
44. Jones NA, Sloan A. Neurohormones and temperament interact during infant development. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2018;373(1744):20170159. doi: 10.1098/rstb.2017.0159.