

La interacción como vehículo del desarrollo del bebé en el primer año de vida: fallas interactivas y riesgo para la construcción del self y la relación¹



– Susanna Olives Azcona –

Psicóloga General Sanitaria. Psicóloga CDIAP Granollers. Psicoterapeuta de niños, adultos y familia. Editora de la Revista *eipea*. Sant Cugat del Vallès (España)

INTRODUCCIÓN

En este artículo me referiré a la importancia de las primeras experiencias interactivas del bebé con su madre (el término madre hará referencia, en lo sucesivo, a la persona que construye el vínculo primario con el bebé ya durante la gestación, o bien, a partir de su nacimiento y no responde a una denominación ligada al género necesariamente) para promover un desarrollo sano en el bebé. Hablaré de las competencias del recién nacido y del niño² pequeño y de la construcción de la diada primera con la madre, de las fragilidades o dificultades que pueden presentar algunos bebés y de las dificultades que supone el cuidado y el despliegue de la función materna con niños “difíciles”. Algunas de estas dificultades que observamos en los bebés pueden ser consideradas como signos precoces de autismo o signos preautísticos (Acquarone, 2007) y pueden ser ya observadas en las primeras semanas de vida. Reflexionaré también en torno a cuál debe ser el abordaje terapéutico a partir de viñetas de casos prácticos.

Incluiré, por último, una reflexión sobre la atención terapéutica en el marco de los CDIAP, servicios especializados en atención temprana a los niños y sus familias, donde una intervención psicológica precoz de las

fallas interactivas protege el bienestar de la familia y el desarrollo del bebé, reduciendo el riesgo de trastornos o alteraciones posteriores en el mismo.

DEL FETO AL NIÑO. DESARROLLO SANO, CAPACIDADES Y EVOLUCIÓN. FRAGILIDADES DEL BEBÉ

Los seres humanos no nacemos como individuos aislados, sino como seres sociales, programados y predispuestos para la relación, para buscar a otros seres humanos de forma intencional y con la capacidad de ser regulados emocionalmente en el seno de la relación con el otro. Los recién nacidos se mueven con conciencia intencional, expresando emociones y respuestas que se adaptan y varían y tienen como finalidad atraer la atención de la madre (Trevvarthen, 2011). Pero cada recién nacido llega al mundo con unas capacidades y un talante que le son innatos y que supondrán un equipamiento de base (Ajuriaguerra, 1970) más o menos facilitador del desarrollo. Estos “modos de ser” ya pueden ser observados durante la vida uterina.

Alessandra Piontelli, médico, psicoanalista y psicoterapeuta infantil dedicó gran parte de su carrera al estudio de las diferencias individuales entre los fetos. En la década de 1980,

inició sus estudios de observación de fetos mediante técnicas ecográficas e hizo estudios longitudinales para realizar un seguimiento evolutivo de los fetos observados en los primeros años de su vida extrauterina. Sus investigaciones sobre la vida fetal, basadas en la observación ecográfica, parten de la idea de que el inicio del desarrollo psíquico comienza ya en la vida uterina -psiquismo fetal- y le permitieron identificar y describir diferentes tipos de fetos según su comportamiento y respuestas en el útero materno. Describió las observaciones fetales, las observaciones postnatales y el análisis de los niños pequeños con minucioso detalle. Por ejemplo, advirtió cómo las gemelas Marisa y Beatrice se golpeaban en el útero y cómo continuaron haciéndolo después del nacimiento tan pronto como su desarrollo motor se los permitió. O cómo los gemelos Alice y Luca se acariciaban mutuamente en el útero a través de la membrana divisoria y a la edad de un año uno de sus juegos preferidos era acariciarse desde ambos lados de una cortina.

El estudio de las respuestas fisiológicas y de las respuestas emocionales y psicológicas de los fetos, llevó a Piontelli a constatar diferencias significativas entre los fetos en cuanto a aspectos como la sensibilidad y la capacidad y latencia de respuesta. Hablaba de fetos con

¹ Traducción realizada por el Equipo *eipea* del original en catalán.

² El término *infant* que en el original catalán hace referencia tanto a niña como a niño será traducido cada vez que aparezca por niño para aligerar el texto, pero teniendo en cuenta que se refiere tanto a *niña* como a *niño*. Nota del traductor.

tendencia más activa o reactiva para referirse a aquellos que ya muestran una gran actividad motora en el útero; estos fetos tienden a moverse mucho y responden rápidamente a estímulos como la luz o el sonido y también a situaciones de estrés. Eran fetos que mostraban mayor sensibilidad a los cambios en el entorno uterino y respondían emocionalmente con mayor intensidad. Este alto nivel de actividad y respuesta tenía un correlato en la vida extrauterina. Los fetos más tranquilos o menos reactivos, en contraste, respondían menos o con menor intensidad a los estímulos externos. Esta menor respuesta podía tener que ver con entornos uterinos más tranquilos y estables, pero también con características propias del feto. Otros fetos, presentaban respuestas más afectivas, dado que mostraban reacciones emocionales frente a los estados emocionales de la madre, como el estrés o la ansiedad. Esta respuesta se manifiesta, por ejemplo, mediante alteraciones de la frecuencia cardíaca o variaciones en los patrones de movimiento y actividad. Pueden ser el germen de los primeros patrones de respuesta emocional del bebé.

La observación ecográfica de fetos gemelos es especialmente interesante, dado que no sólo observamos el comportamiento y la respuesta a estímulos externos y la interacción con el entorno uterino, sino que también podemos observar la interacción entre ellos y las diferencias entre un gemelo y otro.

Actualmente y gracias a la gran tecnificación y seguimiento de las gestaciones, las futuras madres y padres disponen de mucha información no sólo sobre la salud de la criatura, sino también de cómo se comporta, de los niveles de actividad y de la interacción y acomodación en el medio uterino y este hecho ya modula las fantasías que sobre el hijo hacen los padres de forma más clara.

Este “modo de ser” del que hablaba Piontelli y que supone un punto de partida se verá altamente modulado y modificado en función del entorno, de las relaciones y experiencias del recién nacido y niño pequeño, en el caso que nos ocupa, y con una intensidad y repercusión mucho más importante que en cualquier otro momento del ciclo vital.

Quim y Gala son gemelos. Vienen a consulta por dificultades en el sueño que observan en Gala y por la pasividad de su hermano. En el momento de la primera visita, tienen 3 meses. Gala no consigue conciliar el sueño más de dos horas seguidas y, hasta hace poco, a veces debían despertar a Quim para alimentarse. Ambos tienen un desarrollo en los parámetros de la normalidad evolutiva en el momento de la visita. Gala se muestra más activa y atenta, en ocasiones irritable, mientras que su hermano es un bebé sonriente y de respuestas lentas. Los padres explican que en los controles ecográficos del embarazo les resultó muy difícil ver el sexo de Quim, Gala no paraba de moverse y a menudo lo tapaba. Él estaba quieto y de espaldas, les preocupaba que no se hubiera movido en los cinco meses que en ese momento ya llevaba de gestación. El ginecólogo parecía algo contrariado por este hecho y había generado gran preocupación y fantasías de patología en los padres. La madre relata que su tía le recomendó comer chocolate antes de la visita, “para hacer que el niño se moviera”. Siguieron el consejo de la tía y Quim se mostró más activo pudiendo comprobar que era un niño. Tanto si la respuesta tenía que ver con el azúcar o con los altos niveles de estrés y angustia de la madre, vemos como algunos fetos necesitan una mayor intensidad emocional para responder y, en este caso, el carácter de Quim durante su etapa fetal tiene un claro correlato en la vida extrauterina. Habrá que ver cómo el ambiente modula su predisposición.

El Dr. T. Brazelton también consideraba al bebé como un ser especialmente activo y predispuesto a la relación con el otro y que llega al mundo con unas características propias que le predispondrán mejor o peor por el crecimiento desde la relación y la socialización. La Escala de Brazelton, desarrollada por él en la década del 1970, permite evaluar los comportamientos y reflejos del bebé en sus primeros días de vida. La escala fue concebida como un instrumento empírico para evaluar el comportamiento del bebé dentro del contexto dinámico formado por el niño y el examinador: ese carácter interactivo distinguía a esa

escala del resto que existían. En ausencia de relaciones humanas ajustadas al momento evolutivo, que den sentido a su naturaleza social, las competencias del bebé no se desplegarán para favorecer su desarrollo.

La escala de Brazelton incluye la evaluación del sistema nervioso autónomo, habilidades motrices, habituación, regulación del estado y comportamientos sociales interactivos. Este último aspecto es especialmente relevante para el tema que nos ocupa, ya que facilita aproximarnos al conocimiento del temperamento del niño, las respuestas emocionales, el estado de alerta y la capacidad de regular las respuestas del recién nacido, la predisposición más o menos intensa a la relación y la respuesta a las ofertas relacionales de la madre.

Cuando hablamos de las capacidades del bebé, más allá de las diferencias individuales de carácter, que le predisponen a la relación con el otro y de cómo avanzan durante el primer año de vida, nos referimos en síntesis a las siguientes:

Capacidad de imitación: los bebés entre 12 y 21 días son capaces de imitar gestos faciales como sacar la lengua, abrir la boca, observados en los adultos (Meltzoff y Moore, 1977). Este comportamiento no puede explicarse en términos de acondicionamiento o mecanismos de liberación innatos, ya que la imitación implica que los recién nacidos humanos pueden equiparar sus propios comportamientos invisibles con los gestos que ven hacer a otras personas. Ni que decir tiene que sin capacidad imitativa, sin la capacidad de reflejarse en el otro y “hacer como” alguien no habrá posibilidad de desarrollo social y cognitivo futuro en el niño. Existen numerosos estudios y experimentos (Hobson, 2002) que muestran la capacidad innata para la imitación de los bebés y que ésta está estrechamente ligada a la capacidad empática. Los bebés imitan naturalmente a las personas y no a los objetos, existe un interés y predilección por las personas, es decir, los bebés sanos están equipados y predispuestos para interesarse por otros seres humanos y hacer como ellos, también para conectar emocionalmente con ellos. La capacidad imitativa de los bebés tiene un efecto también sobre el deseo de sus padres. El hecho de que en edades tan pre-

coces los hijos hagan como los padres, que aprendan de ellos, es un elemento que legitima a los padres como aquellos que acompañarán los logros y aprendizajes de los hijos. Al mismo tiempo, y a un nivel incluso más primitivo, re-conocer en el hijo rasgos físicos, pero también gestos propios, equivale a reconocer al hijo como algo que nos es propio, familiar, y por tanto, a pesar de que nos estamos conociendo, no nos es ajeno ni extraño. Poder sentir al hijo como propio de forma apriorística promueve y facilita el vínculo.

Laura es madre de una niña prematura. Han pasado grandes vicisitudes y no ha podido ser cuidada por ella en los dos primeros meses de vida. Ha llegado el día del alta hospitalaria y Laura expresa gran emoción, pero también miedo a no saber cómo hacer de madre. Hace dos meses que nació su hija, pero ha podido cuidarla poco debido a su frágil salud y las dificultades gástricas. La enfermera de la Unidad Neonatal está a

su lado, la niña en la falda de la madre, la madre la mira con cierta preocupación y deseo. La enfermera le propone que le haga muñecas, ha comprobado que es algo que le gusta. La mamá le saca la lengua, abre la boca, varias veces, la niña la mira con atención y finalmente saca la lengua. La madre ríe, la enfermera le dice a la niña: “ya veo que mamá te enseña cosas, ¿eh?”. En esta viñeta nos encontramos con una enfermera altamente especializada y sensible que posee un gran conocimiento del desarrollo de los bebés y que aprovecha este conocimiento para promover un vínculo madre-bebé que se ha iniciado con ansiedades de muerte e inseguridades importantes en lo que respecta a la función materna.

Percepción amodal: la percepción amodal implica la capacidad de traducir la información recibida de una modalidad sensorial a otra. De esta forma, lo que percibimos a través del tacto, por ejemplo, es transferido

al sentido de la vista y es reconocido la primera vez que se ve. Tiene que ver con una tendencia innata que permitirá integrar los distintos canales sensoriales: tacto, visión, oído, gusto, olfato, también temperatura, etc. para ir formando representaciones complejas de todo lo que nos rodea. Con pocos meses de vida, ya podemos observar cómo esta capacidad de integración funciona y modula la respuesta emocional del bebé. Por ejemplo, cuando el bebé llora porque necesita ser alimentado, la madre, que se encuentra en otra estancia, le dice amorosa que enseguida va: el llanto del bebé baja su intensidad momentáneamente. El bebé ha podido integrar la información de la voz de la madre con el gusto y temperatura de la leche que le alimenta y esto modula levemente la respuesta emocional. La percepción amodal, a medida que el niño crece, implica una percepción multisensorial que permite, por un lado, la constancia conceptual, es decir, la capacidad de reconocer lo externo a pesar de que cambie el contexto, la intensidad, etc., dado que re-



Los bebés imitan naturalmente a las personas y no a los objetos, existe un interés y predilección por las personas, es decir, los bebés sanos están equipados y predisuestos para interesarse por otros seres humanos y hacer como ellos, también para conectar emocionalmente con ellos.

conoce propiedades invariables que son la suma de las experiencias mutisensoriales integradas de los objetos. Por ejemplo, los niños pequeños sanos reconocen a la madre a pesar de que se cambie el peinado o sufra una disfonía.

Poco a poco, el bebé va construyendo patrones que le permiten organizar una imagen sensorial de la madre e introyectar la experiencia de ser cuidado, atendido, calmado, satisfecho en las necesidades. De esta forma, el bebé construye una madre mental integrada, no hay una madre-tacto, una madre-voz, una madre-olor, es una madre integrada. Cuando la percepción amodal no se da de forma innata, pueden aparecer dificultades para integrar sensorialmente las experiencias que ofrece la madre. Las dificultades en la integración de diferentes modalidades sensoriales son un signo de alerta muy importante, puesto que sin una madre mental integrada el proceso de separación, diferenciación e individuación y construcción del self queda comprometido. Las dificultades de integración sensorial se harán patentes también en la comprensión de todo lo que rodea al niño pequeño, es decir, la comprensión del mundo que le rodea quedará alterada.

Intersubjetividad prepositiva: los bebés sanos están preparados para percibir activamente las emociones que se expresan desde fuera, por el adulto. Responden a la musicalidad del lenguaje, al movimiento y a la expresión del otro.

Sol es un bebé de dos meses. Su madre sufre una depresión y con la niña a hombros, de cara a ella, me cuenta que la cuida mucho, pero que no es capaz de sentir amor hacia ella. Siente una gran culpa por ello. La niña la mira atentamente, emite sonidos guturales y contrae el tronco levemente. La mamá, con lágrimas en los ojos, le responde suavemente preguntándole qué le está diciendo e indica a la terapeuta que le sabe mal porque la niña parece que quiere hablar con ella, pero que a ella no le sale decirle cosas.

En esta breve viñeta observamos como Sol, una niña con buenas capacidades y que cuenta con un padre dedicado a cuidar a la madre y la niña en este momento tan crítico para las dos, interpela a la madre, se hace presente y busca ser mirada por ella. La intersubjetividad prepositiva tiene que ver con la intención y la capacidad de actuar con

el objetivo de compartir. Sol emite vocalizaciones porque está su madre para recibirlas. Cuantas más respuestas placenteras reciba Sol ante su búsqueda del otro más interés tendrá en la relación y podrá desarrollarse relacional, motriz y cognitivamente.

Intersubjetividad primaria: se desarrolla entre los 2 y los 9 meses. Supone la capacidad de compartir nuestras experiencias subjetivas con los demás. Implica una relación diádica, bebé-madre, cara a cara, en la que ambos ajustan mutuamente sus estados emocionales y expresivos. El bebé imitará a la madre en sus vocalizaciones y, poco a poco, irán evolucionando hacia la protoconversación. Con el paso de los meses, madre y bebé se van convirtiendo en dos que interactúan y se reconocen. En este período, las diferencias de carácter entre los bebés se pone de manifiesto. Algunos buscan activamente la atención y la imitación de la madre, movilizan su cuerpo en dirección a ella cada vez de forma más organizada, expresan placer y excitación, también malestar con vocalizaciones y movimiento corporal y son en general altamente demandantes de relación. Por otro lado, y en el otro extremo del espectro, encontramos a niños descritos como tranquilos, que duermen bastante más que los anteriores durante el día, que necesitan descansar de la relación con la madre y pueden sentirse molestos si no se respetan sus pausas.

Sami tiene 6 meses, todavía no ha alcanzado la sedestación estable, duerme bastante de día y a menudo llora cuando el hermano mayor juega con una intensidad que se le hace excesiva. La mamá observa que últimamente le retira la mirada. Ella está muy preocupada y le fuerza a mirarla poniéndose en su campo de visión ofreciéndole canciones y juguetes. Cree que cuanto más insiste más se cierra, le preocupa que pueda desarrollar autismo. Después de varias sesiones, observamos que Sami es un niño sano, pero muy sensible al exceso de estímulos. La madre entiende que debe respetarle la necesidad de descanso y ayudar al hijo mayor a hacerlo también. En poco tiempo, Sami deja de rechazar la mirada de mamá.

Esta viñeta nos muestra cómo las características personales de los bebés y niños pequeños y la comprensión que hacemos de las mismas juegan un papel primordial en

el buen desarrollo diádico.

Intersubjetividad secundaria: tiene lugar entre los 9 y los 12 meses de vida del bebé. Supone alcanzar la relación triádica, madre-objeto-bebé, madre-padre-bebé. Los bebés comienzan a incluir objetos en la interacción con los adultos, empieza a aparecer el espacio interpersonal, cada vez madre y bebé son más claramente dos personas separadas, aparecen las primeras ansiedades de separación y las protoconversaciones adquieren gran relevancia en la relación con el otro. Hay que diferenciar la protoconversación de la imitación de las vocalizaciones de la madre; en la protoconversación el bebé no sólo toma la iniciativa, sino que innova en las vocalizaciones. Esta protoconversación será el inicio del acceso al lenguaje, como expresión máxima de diferenciación y símbolo compartido. El hecho de incluir al tercero en la diada implica una mirada diferente de la madre hacia el hijo, la madre piensa sobre los pensamientos del hijo, se inicia una relación con un interés compartido que no somos tú y yo, es el objeto que nos ocupa, que nos interesa, que queremos manipular y explorar para conocer, como parte de todo lo que nos rodea y no somos nosotros dos.

En palabras de Tomasello (2005), el bebé hacia los 3 meses tiene la capacidad de mirar, observar (to look at); hacia los 9, la capacidad de darse cuenta (to see) y hacia el año de vida, la de interesarse (to attend to).

Desde el punto de vista evolutivo, describimos estas etapas o logros que irán construyendo el camino del recién nacido hacia la construcción del propio self; por tanto, habrá que observar las respuestas interactivas y relacionales del bebé con la madre para comprender en qué momento evolutivo se encuentra y si se observan alteraciones. Observar la interacción no sólo nos permite evaluar salud y riesgo, también nos permite conocer desde dónde se construirá el self del bebé. Un self separado y diferente al otro que está fuera de mí, que puede estar o no presente, pero que no deja de existir, porque he podido construir una imagen compleja de quién es el otro que me permite pensarlo en su ausencia y que es alguien que no soy yo.

Las manifestaciones neonatales de individualidad son el producto final del crecimiento mental iniciado durante el período de gestación. Por tanto, el nacimiento del

hijo implica re-conocer y conocer a la madre y ser re-conocido y conocido por ella. Recogemos una viñeta muy breve de una madre que relata el primer encuentro con sus dos hijos en el momento del parto: *enseguida vi que sería muy diferente a su hermano, cuando nació gritó tan fuerte que incluso la matrona exclamó "¡caray, qué carácter!". Encuanto lo tuve en el pecho, chupaba con una voracidad impresionante...su hermano no había sido para nada así... en el momento de la expulsión tosió, era un bebé observador, comía poco a poco, pero ganaba peso como tocaba. Ahora que son mayores, son así o yo los veo así".*

LA FUNCIÓN MATERNA

El hijo que llega se inscribe en una cadena de deseos, fantasmas y mitos. Las madres y padres transmiten no sólo un capital genético, sino también herencia cultural. El hijo del deseo es un hijo maravilloso, un niño ideal; pero el hijo de la realidad siempre parece distinto respecto a lo que he fantaseado consciente o inconscientemente (Larbán, 2012).

La marentalidad (en adelante, utilizaré marentalidad como genérico de la capacidad de desempeñar la función materna y no ligado al género necesariamente) como algo que se construye, primero sustentado en el deseo del hijo, después durante la gestación del hijo y finalmente durante el cuidado y crianza del hijo. Se trata de un proceso no lineal que requiere constantes reajustes y readaptaciones, porque la criatura va creciendo, va ganando competencias, va construyendo un self que vamos conociendo a medida que se construye.

Las relaciones tempranas madre-bebé son un proceso interactivo, de relación y comunicación, recíproco y asimétrico que, mediante su sincronización y regulación progresivas, crea y desarrolla una zona de mutualidad psíquica compartida que puede suponer un alto potencial evolutivo o una serie de círculos cerrados que no permiten el crecimiento y generan trastornos precoces en la relación madre-bebé (Larbán, 2012).

Es necesario, para la construcción del vínculo saludable entre la madre y su bebé,

que la madre esté mentalmente disponible para la interacción, que esté emocionalmente preparada, que presente capacidad de contención (*holding*) de los malestares sin nombre del bebé, sostenimiento que le irá proveyendo de las herramientas psíquicas necesarias para tolerar los estímulos externos e internos (Winnicott, 1965), capacidad de reciprocidad, capacidad para regularse y regular al bebé, también para estimular las capacidades del bebé de forma ajustada y capacidad de adaptarse a los cambios constantes que supone el maternaje y ajustar el cuidado del hijo. Al mismo tiempo, el bebé sano presenta un cierto grado de reactividad o respuesta al contacto, tolerancia a la intrusión, mecanismos de confort y capacidad de ofrecer experiencias buenas (Ainsworth, 1978).

Si todo va bien, madre e hijo organizarán un vínculo seguro, en el que el niño pequeño se sentirá protegido, amado y entendido en sus necesidades y la madre gratificada por el bienestar que observa que puede ofrecer a su hijo.



Si todo va bien, madre e hijo organizarán un vínculo seguro, en el que el niño pequeño se sentirá protegido, amado y entendido en sus necesidades y la madre gratificada por el bienestar que observa que puede ofrecer a su hijo.

Las relaciones primarias perturbadas madre-bebé deben ser consideradas como un precursor claro en la enfermedad mental, salvo que seamos capaces de deshacer los malentendidos y sanear la relación. Las alteraciones en el vínculo primero suponen un riesgo, entre otros, en el desarrollo social y relacional del bebé.

A menudo, lo que determina el estilo de apego, cómo la madre y el hijo se vinculan, tiene que ver con cómo han podido recibir e integrar el cuidado que recibieron en su niñez. A pesar de ello, las madres que provienen de una experiencia de apego inseguro o ambivalente en la infancia, que sufrieron descuido, negligencia o malos tratos y han podido hacer un cierto abordaje, terapéutico o personal y, por tanto, han podido tomar conciencia de las carencias que pueden tener a la hora de desplegar las funciones parentales de manera consistente, amorosa y ajustada, pueden también construir vínculos saludables con sus hijos y suelen tener mayor tendencia a pedir ayuda profesional.

Clara es madre de un bebé de tres meses. Viene a consulta preocupada por si está atendiendo suficientemente bien a su hija. Clara fue retirada de su madre en el momento del nacimiento en el hospital por consumo grave de tóxicos y se crió en instituciones y marcada por la pérdida constante de vínculos. Su adolescencia fue especialmente turbulenta con consumo de tóxicos y episodios depresivos con intentos de autolisis, motivo que la llevó a terapia. Ahora es una adulta de 30 años que inicia su maternidad con su pareja. En la primera visita, observo cómo Clara, que tiene a su hija en brazos, interrumpe su discurso para mirársela cada vez que ésta hace un ruido o muestra alguna leve incomodidad, la observa, imita la expresión de incomodidad y le habla suave, la acomoda de nuevo en los brazos y cuando la niña se calma sigue con lo que me explicaba.

Clara es un buen ejemplo de pensamiento sentido y concordancia afectiva: desde la intuición es capaz de interpretar lo que su hija necesita, recibe su contratransferencia y responde en función de lo que le hace sentir; también imita las expresiones afectivas de la niña de forma transmodal.

Aparte de las capacidades parentales o la predisposición al buen desarrollo de estas funciones que a priori presentan las madres, algunos bebés llegan al mundo con dificultades que pueden estar ligadas a cuestiones congénitas o genéticas, asociadas a dificultades en el proceso de gestación o en el momento del parto y pueden suponer riesgo para el despliegue de la función materna. Sin ningún ánimo de exhaustividad, apuntaré algunas características o circunstancias, ya sea relativas al bebé, al parto o a la salud de la madre que pueden comportar cierto riesgo en el desarrollo del bebé y que requerirán de unos cuidados determinados y también de la capacidad de los cuidadores para adaptarse al bebé que tienen y que con toda probabilidad no se asemeja al bebé que fantaseaban.

Alteraciones del tono del bebé, hipotonía o hipertonia, dificultades de succión, aspecto frágil y magro (observado en recién nacidos de bajo peso, ya sea por prematuridad u otra causa), bajos niveles de actividad, altos niveles de irritabilidad o malestar, déficits sensoriales detectados en el nacimiento, gestaciones múltiples, FIV, retrasos de crecimiento intrauterino, serologías alteradas, riesgo de parto prematuro, dificultades asociadas al parto como partos traumáticos y no respetados, sufrimiento fetal, hipoxias o anoxias, infecciones, hipoglucemias, otras complicaciones médicas perinatales, alteraciones congénitas o genéticas en el bebé de detección pre o postnatal, enfermedad física o mental de la gestante o del entorno cuidador, otras circunstancias familiares o sociales que comprometen el cuidado del hijo, etc. Todas estas condiciones pueden suponer o no un correlato alterado a nivel físico, pero también dejan una impronta en la madre y en cómo podrá desarrollar capacidades parentales ajustadas.

Las situaciones de vulnerabilidad y riesgo pueden ser vividas de forma más o menos traumática por la madre y afectarán de forma también distinta a las interacciones con el bebé.

FALLAS INTERACTIVAS

Cuando se trata de valorar el funcionamiento diádico en los bebés y niños pequeños y, por tanto, prevenir alteraciones o trastornos en su desarrollo, habrá que tener en cuenta aspectos como la mirada de la madre y del niño, la capacidad para reclamar, la capacidad imitativa, la calidad

del diálogo tónico entre la madre y el bebé, la actitud de la madre y el bebé durante el momento de la alimentación, entre otros (Olives, 2016). Estos aspectos que nos permiten evaluar la calidad de la interacción entre la madre y el bebé se expresarán de diferente manera e irán ganando sofisticación en sus manifestaciones a medida que el niño crece y evoluciona hacia estadios más diferenciados y que le llevarán a la construcción del propio self.

La mirada entre la madre y el bebé es uno de los elementos más importantes que no sólo constatan el interés innato del bebé por su madre y los de su especie en general, sino que promueve y facilita la emergencia de las funciones maternas, en tanto que hace sentir a la madre interpelada por el bebé que la mira. Los bebés pueden tener diferentes ritmos, intensidades y necesidad de mirar, de ser mirados y de abstraerse y la madre irá conociendo sus ritmos y ajustándose al bebé, pero también animará al bebé a contactar con la mirada desde el propio deseo materno. De esta forma, irán construyendo una relación a dos.

Hablamos de fallas en el contacto visual cuando observamos a un bebé que no mira a la cara de la madre, tiene una mirada que atraviesa (mirada que no ve), que mira cuando no le miramos o mira si está en la cuna, por ejemplo, y no mira si está en brazos. No debemos confundir la necesidad de descanso de la interacción con la evitación de la mirada.

Jules es un niño de siete años diagnosticado de TEA. Sus padres explican a la terapeuta que cuando era un bebé de cinco meses les empezó a preocupar que Julio no les miraba cuando lo tenían en su regazo. A hombros de la madre rechazaba la mirada y buscaba el pecho con insistencia y a hombros del padre movía el tronco de manera rítmica arriba y abajo evitando también el contacto visual, movimiento que los padres definían como de bailar, pero que les inquietaba, porque parecía no tener fin. Si le dejaban en el suelo, le llamaban por el nombre y le hacían fiestas los miraba sonriendo. Ahora, cuando lo recuerdan y después de muchas dificultades a lo largo del desarrollo y mucho apoyo terapéutico, sienten que eran objetos interesantes para Julio cuando les veía hacer cosas,

pero que presentaba dificultades importantes para integrarlos como alguien con quien desear relacionarse y no como una cosa.

Por otra parte, la sonrisa que el bebé devuelve a la madre en el contexto de mirarse mutuamente, el primer organizador de Spitz (Spitz, 1965), es otro elemento de gran importancia en el desarrollo y en la vinculación madre-bebé. El bebé está pre-dispuesto a sonreír en respuesta a la sonrisa humana, especialmente a la de su madre, de quien conoce y reconoce también la voz, el olor y el contacto. Esta primera sonrisa social tiene lugar entre el nacimiento y los tres primeros meses de vida aproximadamente y nos muestra la capacidad del bebé para interactuar emocionalmente y de forma intencional con las personas.

Este ajuste también se da en otros fenómenos que promocionan la relación como el diálogo tónico, es decir, cómo el bebé es sostenido, contenido y apegado corporalmente; también

la voz y la palabra, la música y la musicalidad, cómo y cuándo le hablamos dejando tiempo y espacio para la imitación o la respuesta en función del momento evolutivo del niño pequeño.

Cuando hablamos de diálogo tónico-emocional y ajuste tónico-postural hacemos referencia a la interacción corporal y emocional entre la madre y el bebé y que incluye la expresión facial y corporal, los tonos de voces en sintonía con la necesidad del bebé y el contacto físico. Cómo la madre sostiene y acomoda al bebé según necesite ser alimentado, conciliar el sueño o ser consolado, por ejemplo. Este diálogo que se establece desde el cuerpo ayuda al bebé a regular sus estados fisiológicos y emocionales a través de la relación con el cuerpo de otro que acoge, contiene y proporciona información propioceptiva de los propios límites corporales. Algunos bebés muestran dificultades para ser sostenidos y para ensamblarse con comodidad en el cuerpo de la madre, para mantener la postura y adap-

tar el tono al cuerpo y sostenimiento materno. En algunos bebés o niños pequeños que presentan dificultades o alteraciones interactivas podemos observar exceso de tensión muscular que suele generar en la madre sentimientos de ser rechazada por el bebé que “no se deja” o “se resiste a ser cogido” y muestra incomodidad con el contacto o bebés blandos como muñecas de trapo a hombros de la madre, que se desmantelan en contacto corporal con el otro. En ambos casos, podemos hablar de alteraciones en el diálogo tónico, fallas en el ajuste corporal y emocional, y será necesario ver a qué responden.

El diálogo tónico-emocional incluye cómo hemos dicho los tonos de voz y, por tanto, la música y los aspectos no verbales del lenguaje que tienen que ver sobre todo con la emotividad y la prosodia. Los bebés se sienten especialmente atraídos por el tiempo, el ritmo y la intensidad. Las canciones y juegos de regazo para bebés y niños pequeños tienen ritmos de cuatro por cuatro y son de estructura repetitiva con le-



Algunos aspectos a tener en cuenta tienen que ver con comprender y explorar cómo se percibe la madre a sí misma como madre, cómo percibe a su hijo y cómo siente que se están relacionando.

ves variaciones y un cierre muy claro. Prácticamente en todas las lenguas conocidas se repiten patrones similares, es una herencia de lo que las madres han encontrado que atrae a sus bebés, los mantiene interesados, atentos, emocionados y motivados. Algunos bebés necesitan más intensidad que otros para ser seducidos por la voz de la madre, también en función del momento del día o de su estado interno pueden necesitar un acompañamiento más suave o más intenso. Ajustar la oferta al estado del bebé promoverá su interés y vinculación con la madre, que se sentirá gratificada por la buena acogida de sus propuestas.

Jan tiene siete meses y su madre sufre una depresión a raíz de la pérdida repentina de su propia madre en un accidente de tráfico pocas semanas después del nacimiento de Jan. Cuando viene a consulta, cuenta entre lágrimas que ella contaba con que su madre pudiera ayudarla en la crianza, fue madre de cuatro, una madre dedicada y ahora ella se siente muy triste y perdida. Jan es un bebé activo, cuando lo deja en la colchoneta reptar arriba y abajo buscando juguetes que tiene a su alcance. Encuentra una pelota de goma y se detiene a explorarla con la boca, la sujeta con las dos manos y con el pie derecho va golpeando de forma rítmica en la colchoneta. Pregunto a la madre por este movimiento y me dice que lo hace siempre que está entretenido con algo, también para dormirse desde hace unas semanas, ya no se duerme en brazos, prefiere hacerlo así. La madre cree que se está haciendo mayor e independiente. Mientras Jan sigue jugando con la pelota, sugiero a la madre que le acaricie la espalda, a ver si puede descansar el pie. Se detiene momentáneamente, pero retoma el movimiento, la madre sigue acariciándole y le dice “anda, que pones en marcha la moto” y Jan detiene el movimiento. Reímos, madre y terapeuta, de la ocurrencia de la madre, Jan interrumpe el interés por la pelota y nos mira con los ojos muy abiertos. Le decimos que mamá es divertida, responde con movimientos corporales, se excita levemente y reanuda el interés por la pelota. Hablamos de que a Jan parece que le va bien cierta intensidad, que le toquemos y le digamos cosas... que eso le relaja el movimiento de la piernecita y parece que le

anima a tenernos más presentes. En sesiones posteriores, la madre aportará recuerdos de su propia niñez y de su madre, recuerdos que han ido retornando desde que es madre, me dice, y esto nos permite poner en marcha capacidades parentales de la madre que, a pesar de no tener a la propia madre en vida, tiene una madre interna muy presente.

El fenómeno de transparencia psíquica aquí juega un papel fundamental en el tratamiento de las dificultades para encontrarse entre Jan y su madre. La “transparencia psíquica”, denominada así por Monique Bydlowski, psiquiatra y psicoanalista, hace referencia a que una parte de la historia de la mujer, hasta entonces dormida y reprimida, se despierta en torno al embarazo y la etapa perinatal. Su infancia, la relación que tuvo con sus padres, hermanas y hermanos, se reactiva y se convierte en extraordinariamente accesible a su conciencia; asimismo, afloran sus emociones, rivalidades, conflictos aparentemente olvidados o resueltos. Se torna mucho más sensible y más abierta a sus vivencias. Este estado induce también a una fragilidad momentánea, factor importante en la aparición de depresiones perinatales (Nanzer, 2015). En el caso que exponemos, la transparencia psíquica permitió a la madre de Jan acceder al recuerdo de cómo fue cuidada como hija y poner en marcha sus capacidades parentales.

Los bebés que no reclaman son bebés que pueden presentar riesgo en su desarrollo. El movimiento intencional de los bebés (Trevvarthen y Delafield-Butt, 2023) les permite manifestar, de forma muy rudimentaria inicialmente, malestar o simplemente necesidad del otro. Algunos bebés son sutiles en la expresión de sus necesidades y si no son atendidos pueden desanimarse y dejar de reclamar. Otros, y en el otro extremo del espectro, son bebés exigentes e irritables que demandan constantemente a través del llanto o los movimientos corporales intensos ser atendidos.

Anteriormente, en este artículo hemos hablado de los gemelos Quim y Gala por los que consultaron a sus padres cuando tenían tres meses de vida:

En el momento del nacimiento, madre y padre pudieron estar en casa y cuidar de los niños. La madre recuerda que Quim ya era un bebé muy tranquilo y no recla-

maba. Recuerda también cómo ella y el padre sentían necesidad de cogerlo a hombros y hacerle fiestas si hacía demasiado rato que dormía o no se quejaba. Aunque Gala era mucho más demandante, echaban de menos la interacción con Quim y les preocupaba ofrecerles una atención desigual.

No podemos saber qué hubiera pasado si los padres no hubieran buscado la relación de forma activa con Quim que reclamaba poco o si hubieran quedado abrumados por las grandes necesidades de su hija. Pero en cualquier caso, el deseo de los padres y la necesidad de ofrecer relación a su hijo seguramente promueve y protege el buen desarrollo de un bebé pasivo y lento, pero conectado emocionalmente con sus padres.

Las fallas en la capacidad imitativa de los bebés y niños pequeños es un signo de alarma importante a considerar como factor de riesgo de autismo.

Ona tiene once meses y gatea a gran velocidad por el despacho de la terapeuta que les hace seguimiento por prematuridad. Ona es bastante curiosa e independiente, según explica la madre, todo le interesa, sobre todo desde que ha empezado a gatear. No han observado dificultades en el contacto, disfruta de los juegos de faldita, pero puede estar mucho rato sin ir a buscar a la madre y cuesta que responda cuando la llaman a menos que aparenten que la quieren perseguir, entonces se alborota y a veces puede incluso llorar de tanta intensidad. Se acerca a unas piezas geométricas y la terapeuta, que ve su interés en las mismas, las coge delante de ella y las golpea una con otra. Ona se sienta en el suelo y se lo mira brevemente, intenta coger las piezas. La terapeuta le da dos más que hay en el suelo y le muestra de nuevo cómo las golpea acompañando el gesto con una cantinela infantil. A pesar de que Ona la mira sonriendo no es capaz de imitar y hacer picar las piezas, a pesar de tener las habilidades motrices necesarias y el interés por lo que está observando. Este hecho se repite con otras acciones que le ofrecen los padres en diferentes contextos y momentos con el mismo resultado de no imitación.

Otro aspecto a valorar es la no evolución hacia cierta capacidad de espera. En el momento del nacimiento el bebé necesita ser

satisfecho en sus necesidades de forma inmediata y entra en ansiedades catastróficas si esto no ocurre; todavía no sabe que fuera de él hay alguien que entiende y da respuesta a sus necesidades y que es confiable. A partir de los tres meses se va dando un progresivo ajuste del mecanismo de contingencia perfecta a menos perfecta. Coincide de forma natural con un momento en que la madre ya empieza a conocer a su bebé, su urgencia y su pequeña capacidad de espera y por tanto confía y sabe que su voz ya resuena en la mente del bebé como la voz que calma y admite, muy poco a poco, una cierta demora en la aparición de la madre que calma las necesidades. Existe gran variabilidad entre bebés, según su carácter, pero la no evolución hacia cierta espera puede ser un signo pre-autístico en el sentido de que responde a una integración alterada de los estímulos "madre".

ABORDAJE PRECOZ EN LOS CDIAP (servicios de atención precoz de la red pública de Cataluña para niños de 0 a 6 años y sus familias)

Los servicios de atención precoz en Cataluña viven un momento de crecimiento, pero también de gran saturación asistencial de carácter endémico. Los servicios que se encuentran alrededor del área metropolitana de Barcelona o en zonas económicamente más deprimidas y más densamente pobladas sufren de forma más extrema la saturación y la dificultad para ofrecer una respuesta terapéutica ajustada a las necesidades de los niños y sus familias; por el contrario, las zonas más alejadas de los grandes núcleos urbanos y con menor densidad de población tienen una presión asistencial menor. Más allá de lo que supone para los profesionales, el verdadero agravio es para las familias y los niños que inevitablemente reciben una atención desigual por el simple hecho de vivir en un lugar u otro del territorio.

La precocidad en la detección e intervención cuando existen alteraciones del desarrollo es crucial en cualquier caso, muy especialmente en los casos en los que la relación de los niños con los demás y con el entorno está alterada en mayor o menor grado.

Los niños que son derivados al CDIAP en los primeros meses de vida, ya sea por sus pediatras, neuropediatras o por iniciativa familiar, no suelen llegar al servicio por dificulta-

des ligadas a la interacción. Habitualmente, el motivo de demanda responde a cuestiones ligadas al riesgo biológico (prematuridad, patología orgánica, plagiocefalia, etc.), pero rara vez son derivados por cuestiones relacionadas con dificultades interactivas.

La observación experta y la evaluación de la interacción en los primeros meses de vida es vital para promover el desarrollo del bebé. El bebé se desarrolla desde la relación con su madre (Bowlby, 1986). Por tanto, no podemos entender al bebé sin entender cómo se relaciona su madre.

Algunos aspectos a tener en cuenta tienen que ver con comprender y explorar cómo se percibe la madre a sí misma como madre, cómo percibe a su hijo y cómo siente que se están relacionando. Cómo describe a su hijo desde el punto de vista competencial, si se ajusta al bebé que nosotros estamos observando, si está o no muy alejada, qué proyecciones hace, si son aspectos positivos o negativos, es decir, qué tipo de parentalidad está construyendo a partir de la relación con su hijo.

Conviene explorar también cómo ha o han llegado a la maternidad/paternidad, el deseo de uno y otro miembro de la pareja si se da el caso, el deseo de embarazo, la experiencia de la vida intrauterina y extrauterina del hijo, la sexualidad, la reorganización de la pareja si se da el caso, los miedos y fantasías sobre la concepción, las fantasías sobre la filiación en casos de embarazos logrados por donación de esperma, óvulos o embriones.

La exploración del parto es muy importante, ya que supone el primer encuentro de la madre con el hijo fuera de su cuerpo y tiene un gran impacto en cómo iniciarán su camino juntos.

Anna explica su parto en una sesión del grupo de posparto al que asiste semanalmente: Para mí el parto fue un trauma, dar la vida a Nil casi me la quita a mí. Creo que hubo una cierta negligencia médica, nunca sabes si podría demostrarse, pero en la cesárea cortaron algo y yo no paraba de sangrar. Tardaron mucho rato en encontrar la fuente de la hemorragia. Eso me lo han explicado, yo estaba inconsciente y casi me muero. De hecho... tardé un mes en salir del hospital. Ahora estamos bien, pero mi marido le tenía... como manía al principio, él sentía que el niño casi me

mata. Aunque sabía que el pobrecito no tenía culpa, no podía evitarlo; ahora ya estamos bien y podemos hablar de ello...

Hasta llegar a este momento de buena salud familiar, han pasado dos meses de mucho sufrimiento y grandes conflictos en la pareja por la diferente manera en que el parto traumático de Nil impactó en sus padres.

También es especialmente relevante la exploración de embarazos, abortos previos naturales o electivos, otros hijos, separaciones.

La tecnificación de la maternidad y la paternidad que implican las técnicas de reproducción asistida, desde la inseminación artificial hasta la eufemísticamente llamada gestación subrogada, nos plantea nuevos retos en lo que se refiere a la comprensión de la parentalidad y del investimento de los hijos, pero esta cuestión sobrepasa el objetivo de este artículo.

Explorar la parentalidad en un momento tan precoz es especialmente interesante porque se trata de un proceso en construcción y, por tanto, sobre el que podemos incidir de una manera muy importante si se observan aspectos que no están promoviendo el buen vínculo y desarrollo del bebé o niño pequeño.

Esta exploración, por tanto, será un proceso dinámico y habrá que ver qué va desvelando el hijo a medida que pasa el tiempo.

Aunque resulta difícil concretar hasta cuándo hablamos de relaciones tempranas, vale la pena tener en mente el primer año de vida y la evolución del niño y de la relación que cabría esperar, con la variabilidad correspondiente y las particularidades de cada diada, para poder detectar fallas interactivas en edades en las que todavía no podemos decir que hay desórdenes mentales en el bebé, sólo pueden existir en las relaciones en las que el bebé participa (el retraso mental, el Síndrome de Down y el autismo constituyen excepciones parciales) (Stern, 2005).

Miriam es una madre gestante monomarental que viene a consulta al servicio privado preocupada porque, desde que se ha quedado embarazada, la sintomatología del TOC que sufre se ha agravado. Hace grandes esfuerzos por racional-

lizar su obsesión con la limpieza, pero le resulta muy penoso y estresante. Le preocupa que la ansiedad que sufre afecte al desarrollo de la hija que está gestando. Aparte del acompañamiento psicológico, retoma tratamiento farmacológico y esto facilita una disminución del malestar importante y le permite fantasear con el bebé que debe llegar e ilusionarse con su llegada. La criatura nace en un parto natural y sin complicaciones, pero a los tres meses de vida debe ingresar por una bronquiolitis. La vuelta a casa se hace difícil, las preocupaciones de Miriam por la limpieza se exageran de forma exagerada. Está muy preocupada por la posible enfermedad/contaminación de la niña, no permite que nadie se le acerque y la revisa constantemente con gran ansiedad. Llega a consulta de nuevo con este gran sufrimiento y observamos a un bebé que está haciendo una retirada. Mientras toma el pecho, cierra los ojos y mama muy quieto. Cuando la madre habla con la terapeuta de sus preocupaciones, la niña se agita, se revuelve, mostrando incomodidad en los brazos de la madre. Pregunto a la mamá si nota a la niña intranquila, ahora parece estarlo. Dice que sí, que desde que salieron del hospital la ve distinta. Pregunto si ella también se siente distinta, porque creo que a ambas les ha afectado esta situación. Explica que desde entonces está más preocupada, porque ha pasado lo que temía, que la niña "cogiera algo feo". Comento que es cierto, que ha ocurrido lo que ella temía, pero que la niña parece haberse recuperado muy bien, es una niña fuerte. Pienso que a la niña le iría bien también que ella le mostrara que ve que es una niña fuerte. Me dice que es cierto, ella siempre ha oído que los niños creen siempre a los padres y madres y que si los miras con buenos ojos crecen más seguros... "yo no la miro con buenos ojos, últimamente la miro como si fuera una inspectora, le miro la fiebre, el color de la piel, la barriga para ver cómo respira... ". Podemos hablar con suavidad de que parece que no le gusta demasiado ser mirada sólo así. Pregunto si antes del ingreso mamá con los ojos cerrados, se sorprende cuando se da cuenta de que antes no lo hacía y se pregunta si será su forma de mirarla que le angustia. Hablamos de la sensibilidad de los bebés a los estados emocionales que les rodean, sobre todo de la madre y

que me parece que les está costando reponerse del susto. La madre se mira a la niña que se ha dormido en sus brazos, respira tranquila y le dice "pues sí eres fuerte", me mira y me cuenta que está ganando peso a muy buen ritmo, a pesar de haber estado en el hospital, no perdió peso, recuerda con una sonrisa que una enfermera la felicitó, le dijo que esto no era habitual.

En esta viñeta, vemos cómo de forma suave podemos acompañar a la madre hacia una mirada distinta a su hija. La retirada que habíamos observado era preocupante, pero no se alertó a la madre, dado que sospechábamos que tenía que ver con el trauma que había supuesto el ingreso por ambas. La niña había podido superar la enfermedad, pero la madre había quedado profundamente afectada y vivía con sensación de peligro y ansiedades de muerte permanentemente. El objeto bueno que era la mamá había quedado sustituido por un objeto ansiógeno. Con la ayuda de la terapeuta la madre pudo reinterpretar los hechos vividos y mirar a su hija con confianza. En pocas semanas madre e hija habían restablecido el vínculo que tenían. Sin embargo, se mantuvo un seguimiento terapéutico mensual por prevención. Este caso es también un ejemplo de cómo una intervención precoz y focal puede reducir el tiempo de atención futuro dado que promueve la salud en la diada. Trabajar las proyecciones que las madres depositan en sus hijos con la mayor precocidad posible, acompañar a diferenciar qué es del bebé y qué nos es propio fortalece el vínculo y la esperanza en el desarrollo del hijo. Vemos también cómo si la intervención es precoz, con mayor probabilidad será breve.

Por tanto, la exploración y observación psicológica de la calidad de la interacción en los primeros meses de vida es crucial para prever los riesgos en el desarrollo del niño. Esta exploración puede tener lugar en una primera y única visita que servirá para valorar la necesidad o no de intervención psicológica o de otras especialidades en el servicio.

CONCLUSIONES

El bebé no existe sin alguien que lo mire y que dé significado y sentido a sus experiencias. Cada bebé y cada madre formarán una diada única, con sus ritmos, con sus tonos, modulándose mutuamente y conociéndose

mientras se construyen. Este proceso puede comprometido por múltiples circunstancias del bebé, de la madre o del contexto, llevando a la diada a la no comprensión mutua, al desinterés y la desconexión. Algunos niños nacen poco equipados para la interacción con las personas, pero cuanto antes intervenimos, más y mejor podremos incidir en su buen desarrollo y prevenir o minimizar el riesgo o las manifestaciones de trastornos como el TEA. Aquí toma especial relevancia el CDIAP, servicio público, que puede dar respuesta altamente especializada a las dificultades interactivas de forma muy precoz.

BIBLIOGRAFÍA

- Acquarone, S.** (2007). *Signs of autism in infants: Recognition and early intervention*. Londres: Karnac Books.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S.** (1978). *Patrones de apego: Un estudio psicológico de la situación extraña*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bowlby, J.** (1986). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata.
- Brazelton, T. B. y Cramer, B. G.** (1990). *La relación más temprana*. Barcelona: Paidós.
- Larbán Vera, J.** (2012). *Vivir con el autismo: Una experiencia relacional*. Barcelona: Octaedro.
- Meltzoff, A. N. y Moore, M. K.** (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 198(4312), pp. 75–78. <https://doi.org/10.1126/science.198.4312.75>
- Muratori, F. y Maestro, S.** (2008). *El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria*. Sant Boi de Llobregat: Fundació Orienta.
- Nanzer, N.** (2015). *La depresión postparto: Salir del silencio*. Barcelona: Ediciones Octaedro.
- Nanzer, N.** (2020). La dimensión parental de la personalidad. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, (30), pp. 37–48.
- Olives, S.** (2016). IVAIm-i, instrumento para la valoración cualitativa de las interacciones madre-infante. *Revista eipea*, 1. (Documento en línea en www.eipea.com)

Piontelli, A. (2002). *Del feto al niño*. Barcelona: Editorial Albesa.

Spitz, R. A. (1965). *El primer año de vida: Un estudio psicoanalítico del desarrollo normal y anormal de relaciones de objeto*. Nueva York: Prensa de Universidades Internacionales.

Stern, D. N. (2005). *El mundo interpersonal del infante*. Barcelona: Paidós.

Tomasello, M., Carpenter, M., Behne, T. y Moll, H. (2005). Understanding and sharing intentions: The origin of cultural cognition. *Behavioral and Brain Sciences*, 28(5), pp. 675–691.
<https://doi.org/10.1017/S0140525X05000129>

Trevarthen, C. y Delafield-Butt, J. (2023). El autismo como trastorno del desarrollo en el movimiento intencional y el vínculo afectivo. *Revista eipea*, 14. (Documento en línea en www.eipea.com)

Trevarthen, C. (2011). La psicobiología intersubjetiva del significado humano: El aprendizaje de la cultura depende del interés en el trabajo práctico cooperativo y del cariño por el gozoso arte de la buena compañía. *Clínica e Investigación Relacional*, 5(1), pp. 17–33. (Documento en línea <http://psicoterapiarelacional.es/CellIRREVISITAAOnline/Volumen51Febrero2011/tabid/761/Default.aspx>)

Winnicott, D. W. (1965). *Maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. Londres: Hogarth Press.

