

## **LA OBSERVACIÓN DE BEBÉS EN UNA UNIDAD FUNCIONAL DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA PRIMERA INFANCIA (UFAPI)\***

**Jorge L. Tizón, Jordi Artigué, Marta Goma,  
Belén Parra, Belén Marzari\*\***

### **1. INTRODUCCIÓN**

La Unidad Funcional de Atención a la Salud (mental) de la Primera Infancia (UFAPI), organizada por la Unidad de Salud Mental de Sant Martí-La Mina (Barcelona) es, sobre todo, un programa de promoción de la salud mental en la primera infancia y de prevención primaria y secundaria de la salud mental del niño y del vínculo madre-niño y padres-niño. Se trata de uno de los 11 Programas Preventivos españoles reseñados en la Guía Europea de Programas Preventivos para niños de 0 a 6 años (Mental Health Europe, 2000) y funciona ininterrumpidamente desde 1995.

Sus núcleos fundamentales son un *grupo de seguimiento de casos o interconsulta* y un *grupo o seminario de observación terapéutica en la infancia*.

---

\* Texto aproximado de nuestra participación en el Taller 5, "Prematuridad y Prevención" de la 7.<sup>a</sup> Conferencia sobre "Observación de bebés con el Método Esther Bick". Firenze (Italy): 15-18 de abril del 2004.

La realización de este trabajo ha sido apoyada con la ayuda a la investigación del Proyecto SASPE (02E/99 de la Fundació Seny, tras evaluación a cargo de la Agencia para la Evaluación de la Investigación y las Tecnologías Médicas de Catalunya - O.M.S.) y la ayuda a la investigación del Proyecto LISMEP, concedida por la Fundación Marató TV3 (Ayuda 02/0133), tras evaluación a cargo de la Agencia Nacional Española de Evaluación y Prospectiva.

\*\* Unitat de Salut Mental de Sant Martí-La Mina (Institut Català de la Salut). Pza. de la Infancia. s/n. 08020 Barcelona. Correspondencia: jtizon.pbcn@ics.scs.es

## **2. OBJETIVOS, ÁMBITO, METODOLOGÍA Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

Sus objetivos, esquemáticamente, podrían resumirse en los siguientes:

- a) Mejorar la prevención primaria, secundaria y terciaria a la salud mental de niños y padres de sectores sanitarios especialmente sujetos a factores de riesgo biopsicosociales para esas edades (0-4 años).
- b) En consecuencia, se intenta disminuir el riesgo y/o gravedad de los trastornos mentales de edades posteriores, así como ayudar a los servicios de Pediatría en estos campos especialmente problemáticos.

Desde 1995, año de su fundación, la UFAPI está intentado atender especialmente a la población infantil y a los equipos de pediatría de cinco Áreas Básicas de Salud (ABS) de Barcelona sobre cuya población trabaja la Unidad de Salud Mental de Sant Martí-La Mina: ABS de La Mina, La Pau, El Clot y Sant Martí (103.615 habitantes en el año 2001).

En esencia, se trata de un sistema de trabajo conjunto entre la Unidad de Salud Mental y los equipos de Pediatría, del Servicio de Atención a la Mujer y el equipo de salud mental infantil especializado en primera infancia, si existe en la zona. Pueden participar en cualquiera de sus dos grupos de trabajo profesionales de los Servicios de Atención precoz, Servicios Sociales, Servicios Psicopedagógicos, etc.

Se basa en dos tipos de grupos de trabajo:

### **2.1. El grupo de seguimiento de casos o de interconsulta**

Este grupo de trabajo se halla formado por personal de la Unidad de Salud Mental, personal de Pediatría (tanto enfermeras como pediatras), por algún médico de familia que lo desee, por personal del Centro de Atención y Desarrollo Precoz (CDIAP) y de los equipos de asesoría psicopedagógica (EAPP) del sector y por personal de las Guarderías de la Zona. También podría admitir 1-3 personas en formación en la Unidad de Salud Mental o en Pediatría.

### **Objetivos de este Grupo de Trabajo:**

1. Puesta en común de todos los temas de prevención y asistencia en Atención Primaria de Salud Mental de la primera infancia: casos de pediatría, de obstetricia, de puericultura, observación en guardería, guardería a tiempo parcial de la Unidad de Salud Mental, etc.
2. Se intenta enfocar los temas y problemas concretos de cada caso (o población).
3. En casos oscuros, difíciles o especialmente útiles para la formación o la prevención, se derivaría el caso para su seguimiento en el Seminario de Observación Terapéutica en la Infancia.
4. Desarrollo de programas de tratamiento específicos para la primera infancia en nuestras Áreas Básicas de Salud: Observación terapéutica en la infancia, grupo de estimulación y relajación madres-bebés, colaboraciones con el Centro de Acogida Materno-Infantil, ayuda psicológica familiar, grupos terapéuticos, ayudas psicológicas individuales, ayudas a domicilio sobre “Juego con el Bebé”, etc. (Ver tabla 1).

### **2.2. Seminario de observación asistencial en la infancia**

Este segundo grupo de trabajo se halla formado actualmente por un psicoanalista especializado en el tema de la observación psicoanalítica de bebés y niños, por dos o tres miembros de la Unidad de Salud Mental que desean trabajar en la UFAPI, por enfermeras o pediatras interesados en el trabajo de observación, por personal del Centro de Atención Precoz, así como por personal de otros servicios de atención a la infancia mencionados más arriba (Guarderías, Equipos de Asesoría Psicopedagógica, Servicios Sociales...). Pueden formar parte del seminario (y de hecho actualmente lo forman) asistentes voluntarios interesados en el tema y con tiempo, posibilidades y capacidades de observación en domicilio. Si el grupo puede admitirlos, pueden participar en el de 2 a 4 posgraduados en formación continuada o de postgrado.

Tabla 1

**SISTEMAS TERAPÉUTICOS COORDINADOS por la U.F.A.P.I.**

<b>Equipo de Pediatría de APS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita concertada con la enfermera pediátrica.</li> <li>• Visita concertada con Pediatría.</li> <li>• Revisión del programa del Niño Sano.</li> <li>• Interconsulta con los Hospitales Pediátricos.</li> <li>• Prevención primaria, secundaria y terciaria de enfermedades orgánicas.</li> </ul>
<b>Equipo de Pediatría de APS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo de Masaje y Relación con el bebé.</li> </ul>
<b>Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoterapias Breves Padres-Hijos.</li> <li>• Psicoterapias Breves.</li> <li>• Seguimientos “abiertos al flash”, técnicas de contención, técnicas de elaboración de duelos.</li> <li>• Técnicas grupales.</li> <li>• Prevención primaria, secundaria y terciaria.</li> </ul>
<b>Centro de Salud Mental de Adultos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoterapias Breves de los padres.</li> <li>• Entrevistas y ayudas familiares.</li> <li>• Psicofarmacología de los padres</li> <li>• Seguimiento “abierto al flash”, técnicas de contención, técnicas de elaboración de duelos con los padres...</li> <li>• Técnicas grupales.</li> <li>• Prevención Primaria, secundaria y terciaria.</li> </ul>
<b>CDIAP (Centre de Desenvolupament i Atenció Precoç)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención psicológica individual</li> <li>• Psicoterapias padres-hijos.</li> <li>• Ayudas psicomotrices.</li> <li>• Ayudas logopédicas.</li> <li>• Atención familiar.</li> </ul>
<b>Servicios Sociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudas sociales a domicilio.</li> <li>• Ayudas económicas.</li> <li>• Integración en programas sociales.</li> </ul>
<b>Centro de acogida Madres-Hijos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acogida, contención y aprendizaje integrados.</li> </ul>
<b>Otros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación Terapéutica en el domicilio, guardería, etc.</li> <li>• Proyecto de creación del programa a domicilio “Jugando con el bebé”.</li> </ul>

### **Objetivos de este Seminario de Trabajo:**

1. Docencia de la Observación de Bebés según el método de Esther Bick.
2. Observación docente u Observación Terapéutica de los casos derivados por el Grupo de Seguimiento de Casos.
3. Observación Terapéutica en Guarderías y similares.
4. Observación (terapéutica) en la Acogida de Bebés a tiempo parcial de la Unidad de Salud Mental.
5. Formación Teórico-práctica y actitudinal los asistentes.

El elemento básico pues de nuestra Unidad Funcional de Atención a la Primera Infancia, y el que la distingue de otros programas preventivos para estas edades, es la aplicación de lo que llamamos “observación terapéutica en la infancia”. Incluyamos pues algunas palabras sobre el tema.

## **3. LA “OBSERVACIÓN TERAPÉUTICA EN LA INFANCIA”**

### **3.1. Definición y fundamentos**

Se trata de un programa preventivo y docente basado en el “*Seminario de Observación de bebés y niños*”, técnica original de E. Bick (1964, 1968). Hemos adaptado este Seminario para la práctica asistencial y preventiva en la Atención Primaria de Salud española: Primero, dentro de la clínica psicológica especializada de la primera infancia, con la elaboración de la técnica de la “Observación Terapéutica del Niño junto con su madre” y las “Psicoterapias padres-bebés” (Tizón, 1991, 1997, 2003). Después, a finales de los años ochenta, N. Abelló, V. Lerroux, M. Marcos y J.L. Tizón desarrollaron las aplicaciones, fundamentalmente docentes y secundariamente preventivas, de la “Observación Terapéutica en la Infancia” (OTI) y la “Observación Asistencial en la Primera Infancia” (OAPI), seminarios orientados a la docencia, la asistencia y la prevención dentro del Institut d’Estudis de la Salut<sup>1</sup> (1988) y en la Fundación Anne (1991)<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Organismo público que centraliza la organización de la formación continuada del personal de la sanidad pública y concertada de Catalunya.

<sup>2</sup> Fundación catalana sin ánimo de lucro orientada a la atención a los trastornos del desarrollo del niño en los primeros años de vida.

El “*Seminario de observación terapéutica en la infancia*” en su versión inicial estaba orientado pues a profesionales sanitarios de la red pública catalana de atención primaria, en especial pediatras y enfermeras de pediatría. En su forma actual se trata de un Seminario orientado a la formación del personal de las redes profesionalizadas sanitarias, sociales y pedagógicas de un sector o área sanitaria concreta, pero orientado asimismo a objetivos asistenciales y preventivos. Forman parte de este tipo de seminarios, a un tiempo docentes, preventivos y asistenciales, el psicoanalista coordinador, especializado en tal técnica, personal de los equipos de salud mental, de los equipos de atención (psicológica) precoz, de los equipos de pediatría, de los equipos psicopedagógicos y personal en formación en pediatría o en los equipos de salud mental. Es recomendable la inclusión de personal de neonatología y del programa de atención a la mujer (embarazo y puerperio).

### **3.2. Objetivos de la Observación Terapéutica en la Infancia**

A los objetivos habituales de la “observación de bebés” con la metodología de Esther Bick (Tizón 2003 y tabla 2), la OTI añade unos objetivos asistenciales. El conjunto de objetivos sería pues el siguiente:

1. **Psicológicos:** Proporcionar una aproximación a la comprensión de cómo se gestan las primeras relaciones humanas y cuáles son las ansiedades y defensas que predominan ante ellas. El seminario trata de sensibilizar a los participantes para entender los componentes psicológicos de las relaciones humanas, en particular precoces, a través de la observación de los momentos primeros de las mismas.
2. **Metodológicos:** Aprender a observar mediante la observación “de campo” y la reflexión en grupo sobre lo captado, especialmente difícil en estos casos por lo primitivas e intensas que son las ansiedades que rodean los primeros momentos del desarrollo humano.
3. **Asistenciales:** Si el seminario funciona adecuadamente y como *grupo de trabajo*, la observación generará diagnósticos

de la relación bebé-padres, bebé-cuidadores, niño-institución... También, si la observación está bien realizada, se favorece la *contención* del grupo humano observado.

Tabla 2

**VENTAJAS FORMATIVAS DE LA “OBSERVACIÓN DE BEBÉS”**  
según el método de E. Bick

<p><b>1. Gnoseológicas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprendizaje basado en emociones y vivencias personales.</li> <li>• Aprendizaje apoyado en <b>vivencias grupales</b> correctoras (el Seminario).</li> <li>• Aprender a <b>observar</b> y a <b>observarse observando</b>.</li> <li>• Facilitación de la introyección de la <b>observación benevolente</b>.</li> </ul>
<p><b>2. Teórico-psicológicas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprendizaje teórico y práctico-vivencial de la teoría de las primeras relaciones y las teorías del desarrollo humano.</li> </ul>
<p><b>3. Metodológicas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importancia de las <b>técnicas observacionales</b>.</li> <li>• Valor de los grupos y seminarios para la formación.</li> <li>• Relativización de las “teorías preconcebidas” ante la vivencia clínica...</li> <li>• Aprendizaje de la <b>autocontención</b> y de la <b>contención a través del grupo benevolente...</b></li> <li>• Aprendizaje del <b>respeto máximo a las funciones maternas y a las funciones paternas...</b></li> </ul>
<p><b>4. Asistenciales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mejora de los diagnósticos</b>.</li> <li>• Transmisión de <b>contención, esperanza, confianza...</b></li> <li>• Introyección apoyada en lo emocional de la importancia del <b>encuadre</b>.</li> </ul>
<p><b>5. Personales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilización y no sólo formación.</li> <li>• Entrenamiento para un <b>contener en relación con los otros que contienen</b> (seminario).</li> <li>• Especialmente importante en la salud mental infanto-juvenil, dado lo complejo de la <b>contratransferencia</b>.</li> <li>• Son seres que crecen y que, generalmente, salen adelante → <b>fomento de la esperanza</b>.</li> </ul>

(Tomada de Tizón, 2003.)

**Objetivo general:** Atender mejor a los niños gracias a *comprenderlos mejor en sus relaciones habituales y en su desarrollo emocional*.

### **3.3. Metodología de la Observación Terapéutica en la Infancia**

El seminario forma parte de varios programas asistenciales, preventivos y docentes en salud mental, tanto del personal del Equipo de Salud Mental y discentes del mismo como para personal de APS, servicios sociales, servicios pedagógicos, etc.

Su organización coincide en lo esencial con la técnica propuesta por Esther Bick (1964), difundida en España por N. Abelló (1968) y M. Pérez Sánchez (1981). En esencia, consiste en un seminario en el cual se reflexiona sobre las observaciones escritas de uno de sus miembros que visita el domicilio del niño, la guardería, el servicio de neonatología, la consulta de pediatría u otras instituciones, una vez por semana durante una hora. Lo que el observador puede percibir en ese período es transcrito con posterioridad a la observación. Ese escrito es el material de trabajo de las sesiones del “seminario de observación”. Muestras breves de las aplicaciones a las que nos referimos en este programa pueden encontrarse en Tizón (1991, 1994, 1997, 2001).

Se precisa para su realización de un psicoanalista formado en dicha técnica que haga de coordinador del seminario, un cierto interés por la prevención y la primera infancia por parte del equipo y, desde luego, de los asistentes, y un interés por la perspectiva psicoanalítica del desarrollo infantil.

En sus últimos desarrollos el seminario suele realizar dos tipos de observaciones: las “puntuales”, que oscilan entre 8 y 15 sesiones de observación o visita y las “longitudinales”, que se prolongan durante buena parte del curso del seminario y sirven de nexo de apoyo para la continuidad. Las primeras suelen centrarse en situaciones patológicas, mientras que las segundas suelen ir referidas a niños más sanos, o con relaciones más saludables o por los cuales el seminario posee un interés particular y específico. Al final de las primeras, en muchos casos se proporciona una *devolución*, bien sea al profesional que hizo la solicitud de



observación, bien sea, en determinados casos y con especial prudencia, a los padres o al personal cuidante directo.

#### 4. UNA MUESTRA DE SUS APLICACIONES.

Como cada año, durante el 2003 se recogieron sistemáticamente los datos básicos de los niños y niñas interconsultados. El grupo de interconsulta se ocupó en ese año de 33 niños y 22 niñas menores. El total de los 53 casos recogidos provienen de 10 equipos de pediatría diferentes y de un territorio de 103.615 habitantes. Principalmente se habla de ellos una sola vez, y se pone en marcha la ayuda que se piensa necesaria y accesible (en 33 casos), aunque cierto número de niños se deben volver a interconsultar alguna vez más (15 en dos ocasiones, 2 en tres ocasiones y más de 3 interconsultas en el caso de otros tres niños). A pesar del intento de limitarnos a niños de 0 a 4 años, sus edades aparecen en la tabla 3. La mayoría están comprendidas entre 0 y 4 años, aunque se ha tratado a 10 niños que sobrepasaban el límite de esa edad y todavía es bajo para nuestros deseos el índice de interconsultas en la UFAPI durante el primer año de vida (en el 2003 fueron menos de 16, es decir, el 30'18 % de los casos).

Tabla 3

#### EDAD DE LOS NIÑOS INTERCONSULTADOS EN EL GRUPO DE INTERCONSULTA

AÑO DE NACIMIENTO	Número de niños
1991	1
1995	2
1997	3
1998	4
1999	7
2000	14
2001	6
2002	9
2003	7
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>

El motivo de consulta viene explicitado según nuestra clasificación en la tabla 4. Durante el año 2003 el más frecuente partió de la detección, a través de las exploraciones pediátricas englobadas en el “Programa del niño sano”, de factores evolutivos retrasados, alterados o disarmónicos persistentes. Ello probablemente implique un avance en las capacidades preventivas de la UFAPI y los equipos pediátricos de referencia. Este hecho nos induce a pensar cómo con la aplicación de dicho programa, cuyas finalidades son eminentemente preventivas, se obtiene información sistematizada y digna de interconsultar con los servicios de salud mental infanto-juvenil y de atención precoz y, por lo tanto, en la posibilidad de que funcione como preventivo en temas de salud mental, un rendimiento muy poco observado del uso de dicho programa preventivo pediátrico. Una posibilidad, por cierto complementaria con el uso de otros subprogramas preventivos: nos referimos, por ejemplo, a la aplicación de los subprogramas preventivos sobre “depresión puerperal” y “antecedentes de patología psiquiátrica mayor en los padres”, puestos a punto por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Ciurana 2003; Tizón et al 2003, 2004) y ya anteriormente, por el propio equipo fundador de la UFAPI (Tizón et al 1997). En el mismo sentido camina la interconsulta temprana por “problemas de relación” (6 casos) o por prematuridad (6 casos). Una muestra de que los enfoques relacionales van calando lentamente en la actitud pediátrica es que resulta significativo el aumento de la interconsulta temprana por los tres tipos de problemas que incluimos en la “consigna para interconsultar”: “*Los niños que no comen, que lloran mucho o que duermen mal o están irritables en los primeros meses*”. Durante el 2003 se interconsultaron 6 niños por problemas reiterados con la alimentación, 2 por problemas de sueño, y 9 por irritabilidad (17 en total, la mayoría dentro del primer año de vida).

Recordemos que es en ese grupo de interconsulta en el que se inicia el diseño de un plan global preventivo y terapéutico para cada niño y familia según las posibilidades que aparecen

en la tabla 1. De ese modo, además, se intenta optimizar la multiplicidad de recursos susceptibles de intervenir sobre un mismo caso.

Tabla 4

### FRECUENCIA DE LOS DIVERSOS MOTIVOS (PRINCIPALES) PARA LA INTERCONSULTA

Có-digo	MOTIVOS DE CONSULTA (2003)	N.º niños
01	Llora "demasiado".	1
02	Consulta reiteradas por el cólico del lactante.	0
03	Problemas importantes con la alimentación.	6
04	Problemas importantes con el sueño.	2
05	Depresión de la madre.	4
06	Antecedentes de patología psiquiátrica de los padres.	8
07	Agresiones (al niño).	2
08	Fenómenos autosensoriales (cabeceo, balanceo, autoerotismo...).	1
09	Déficit o disarmonía neurocognitiva.	0
10	Déficit o disarmonía marcada y persistente en "Programa del Niño Sano".	20
11	Alta frecuentación	1
12	Problemas de relación importantes.	6
13	Bronquitis de repetición.	0
14	Ansiedades familiares derivadas de un ingreso o de una enfermedad orgánica.	0
15	Complicaciones psicológicas de las enfermedades orgánicas.	0
16	Otitis recidivantes.	0
17	Madre adolescente.	1
18	Demanda de guardería.	3
19	Asma y otros problemas respiratorios.	3
20	Prematuridad.	6
21	Medicación.	2
22	Movido, inquieto, irritable.	9
23	Trastorno de la eliminación.	1
99	Otros.	6

## 5. MUESTRAS DE LAS “OBSERVACIONES TERAPÉUTICAS”

Se decidió realizar una observación en la consulta de pediatría en el caso de una paciente que, según la pediatra, “He decidido que no la entiendo y no puedo entenderla: Cuida muy bien a su hija, es atenta con ella, la quiere, nos escucha, yo creo que quiere hacer lo que le decimos la enfermera y yo, pero luego, nada. Una y otra vez parece que no ha entendido nada, como si no se enterase. No hubo forma de ayudarla con la lactancia materna y ahora no hay forma de que no lleve a su hija con demasiada ropa o a que no haga líos con los horarios de las comidas o con las cantidades... Y ahora ya es muy importante, porque la niña ha dejado de ganar peso y nos parece “demasiado tranquila”.

Se decidió entonces realizar una observación en la propia consulta, ya que, según la pediatra, “no tengo ni idea de cómo responderá si hacemos cualquier otra cosa”. Un miembro del seminario acudió a la hora de la consulta con la pediatra para la revisión del “programa del Niño Sano” correspondiente a los 6 meses.

La madre entra muy abrigada, con la niña también muy abrigada cogida fuertemente en los brazos. Casi no saludan y a la niña casi ni se le ve la cara, de tan apretada que la tiene la madre. Luego, fugazmente, parece como si la niña dirigiera alguna mirada a la pediatra y, tal vez, una muy fugaz sonrisa. Parece que se mueve poco. Después de los saludos de rigor, la pediatra le pregunta “¿Qué tal?” Y la madre responde un “Bien” muy lacónico y que me parece poco expresivo. La pediatra queda como “cortada” y entonces le dice “Vamos a pesar a la niña y luego hablamos”.

Pero para pesarla, casi tiene que arrancársela de los brazos a la madre. No es que se oponga, es que no parece capaz de “soltarla”. Y todo ello, mirándola tan sólo ocasionalmente... Me parece que la niña también la mira ocasionalmente, pero de forma fugaz. La pediatra, sensible a la situación, cambia de idea y dice

algo así como “Bueno: si quieres, primero hablemos y luego la pesamos”. Pero ya para entonces parece que la madre se ha separado un poco de su hija: la niña yace en su regazo, bastante hipotónica y pasiva, mientras la madre mira a la pediatra.

Cuando ésta comienza a hablar y a preguntarle por la alimentación, la madre pone a la hija en el mueble auxiliar de la mesa de pediatría. La coloca allí con mucho cuidado. La niña se deja hacer y creo que mira al techo. La madre le pone una mano encima y mira hacia la pediatra, que está de frente, mientras que el mueble auxiliar con su hija están de lado. La conversación de la madre con la pediatra (en realidad, más bien monólogo de la pediatra) se va prolongando y todos comenzamos a inquietarnos por algo que comienza a suceder: la madre está tan atenta a la pediatra y parece que le cuesta tanto seguirla, que ha dejado de mirar a la niña y atenderla. Laura, en su fajo de ropas, yace cerca de la esquina del mueble, con peligro de caerse. La madre no parece enterarse y todas comenzamos a inquietarnos más y más. La pediatra llega a cortarse en su discurso y nos miramos. La madre sigue sin enterarse del peligro de su hija. Al final, dada la situación, decido intervenir: toco a la niña y le digo algo. La niña me responde con una mueca y moviéndose más, con lo que hay más riesgo de que se caiga. Entonces la pediatra, cuidadosamente, le dice a la madre: “Tal vez es mejor que la cojas, que la tengas en brazos mientras hablamos”.

Nos miramos y, sin palabras, coincidimos en que luego habrá que hablar. La visita y la observación siguen hasta el final y, luego, en el breve comentario una vez que la madre se ha ido, decidimos que la alternancia entre adhesividad y disociación en esta madre es tan llamativa y extrema que, si se junta a sus dificultades de “comprensión” (o de introyección), hace pensar en un trastorno mental severo, tal vez ya diagnosticado. Se decide preguntar en la unidad de salud mental de la zona: el resultado es “apabullante”. La madre está diagnosticada de “síndrome esquizofrénico” y ha dejado de asistir a las consultas tras el parto.

Otro ejemplo de intervención desde la UFAPI es el de Soraya.

Se habló de Soraya en el “grupo de interconsulta de la UFAPI” cuando la niña tenía cuatro meses. A las pediatras les preocupaba que habían detectado una hipotonía importante en la niña que no mejoraba con el tiempo más que muy ligeramente. La niña empezaba a retrasarse en sus adquisiciones motoras y posturales y eso les había preocupado más y más: Las exploraciones realizadas resultaron negativas y la hipotonía y pasividad de Soraya seguían sin explicación. La “disarmonía en el desarrollo y retraso en las adquisiciones observadas en el programa del niño sano” unidas a la dificultad diagnóstica y a la evolución estancada, hacían el caso especialmente susceptible para la “Observación terapéutica”, tal como se decidió hacer. Las observaciones semanales comenzaron cuando la niña tenía 4 meses y 26 días y terminaron a los 16 meses y 23 días de Soraya.

### **Un fragmento de la *Primera Observación***

Dolores coloca a la niña encima de un rulo de plástico que hay en la habitación. Se lo acerca y pone encima a Soraya. La sostiene con su mano izquierda y la balancea de atrás hacia delante. Los movimientos son rápidos. Soraya no toca el suelo. Tiene los brazos y las piernas en el aire y los puños cerrados. No puedo verle la cara.

Dolores me explica que le ha dicho que ese rulo va bien para la niña, para que se mueva más, pero que no puede dejarla sola. La sigue balanceando un poco mecánicamente. Sin embargo, la niña parece tensa (como si no se sintiera sostenida), hace fuerza con la espalda y los puños siguen cerrados, aunque no apretados. Cuando acaba, vuelve a estira a Soraya en la manta, boca arriba. Le dice algo cariñosa, le da un beso en la cabeza y se va. Soraya mira los móviles.

Enseguida vuelve la madre y me pregunta si pone música. Yo le contesto que como ella prefiera, que haga lo que hace siempre. Me dice que a la niña le gusta mucho la música y que siempre se la pone. Lo hace. Pone una cinta de música infantil y se sienta en el mismo sitio de antes. Soraya sigue mirando fijamente los móviles. No puedo verla bien. Sólo los ojos, que va abriendo

y cerrando; mueve las manos, pero la actividad es escasa. Le comento a la madre que está muy quieta y ella me dice que “es una niña muy tranquila, que no suele llorar, que se ríe mucho, que duerme toda la noche normalmente, que se toma bien el biberón, que pronto no pudo darle de mamar por la medicación que tomaba para la epilepsia”.

(En el seminario comentamos al menos dos temas: Uno, que la madre parece que necesita “hipernormalizar a su hija, negar o disociar toda preocupación. Segundo, que la madre es epiléptica, cosa que no sabíamos y los pediatras, parece que tampoco.)

Soraya ha comenzado a mover los brazos. Tiene las manos delante de la cara, las mueve, cruza los dedos y se mete los puños en la boca. Se los saca y vuelve de nuevo a hacerlo, pero esta vez con una sola mano. Tengo que incorporarme para poder verlo bien. Se chupa el pulgar y la madre me explica que lo hace siempre, que no quiere el chupete. Me pregunta que quizás tenga hambre. Yo le digo que no lo sé. Ella, que quizás sí. Mira el reloj y ve que son las 11'50 y, con cierta dificultad, cuenta las horas: “Le he dado a las siete y le toca, le toca... a las 11... Cada cuatro, sí, sí. Le tocaba a las 11”.

Se queda callada, coge a Soraya por las axilas y después pone su mano izquierda entre las piernas de la niña. Esta mira hacia fuera. Coge todo lo que hay en la tumbona, lo saca de allí, pone a Soraya en el ella, la ata, le da un sonajero y un muñeco y se sienta. Soraya casi no juega con el sonajero, se lo acerca a la cara y se da un golpe con él. No protesta. Sigue jugando. Intenta chuparlo. Vuelve a hacer movimientos con la lengua.

(No parece muy estrecho el contacto ni de la madre con la niña ni de la niña con la madre. Además, sorprende que la madre “se despiste” de tal forma de los horarios de comidas de Soraya. Sorprende que, una vez que se ha dado cuenta, siga sin darle de comer. Como sorprende que Soraya no proteste ante esa situación y se muestre más bien pasiva y resignada.)

**Tercera observación.** Soraya tiene 5 meses y 9 días. (Fragmento).

La madre acaba de cambiarla, la coge en brazos y la estira encima de su cama. Busca su ropa y me dice que Soraya siempre la moja mientras come o bebe (¿Incontinencia, en el sentido del objeto “que resbala de su boca, que resbala de dentro”?).

Le quita la camiseta que lleva y le pone un body. Soraya está tranquila, mira a su alrededor y va moviendo las piernas suavemente. Dolores me dice que no sabe qué más ponerle de ropa. Me pregunta si hace calor y yo le contesto que hoy ha refrescado un poco. Busca más ropa en los cajones, unos pantalones largos, pero sigue diciendo que no sabe qué hacer, que si la abriga luego suda y se constipa y es peor. Le pone unos pantalones, se los vuelve a quitar, le están pequeños, al final encuentra unos y se los deja puestos, aunque son iguales que los otros. Soraya sigue quieta, aunque lo mira todo. No hay contacto ocular con la madre.

Mientras la va vistiendo, me comenta que ha empezado a darle papilla de frutas y que parece no gustarle mucho, que le cuesta acabársela. Me pregunta si es normal y yo le contesto que quizás sí, que tendrá que acostumbrarse a un gusto nuevo.

(La necesidad de esta madre y de esta familia del “cuarto mundo” es tan grande que necesita todo tipo de orientaciones y apoyos... Y algo así debe haber sentido la observadora para lanzarse a dar respuestas u orientaciones, aunque prudentes, pero saliéndose de su papel de “observadora benevolente”).

Coge a la niña en brazos y salimos al comedor. La tiene unos minutos en brazos. Soraya me mira. Su cuerpo se tambalea, sus brazos cuelgan. La deja en la tumbona y pone varias cosas: dos muñecos de trapo, una bolsa, un cuento de plástico, dos sonajeros con llaves... Soraya coge enseguida el cuento con una mano, la derecha, y lo chupa, pero se cansa pronto. Lo deja y se decide por uno de los sonajeros de llaves. Empieza a moverlo con su mano izquierda. La derecha permanece inmóvil, bajo el cuento y uno de los muñecos: Se mete el sonajero en la boca y lo chupa.



Lo hace varias veces. (En el seminario pensamos que, posiblemente, el destete ha sido brusco, inadecuado, que la oralidad de la niña, si sigue siendo llamativa, lo recordará durante meses). La madre va a la habitación a recoger la ropa de S. En ese momento, llega el abuelo, me saluda y me explica “que está lloviendo mucho, que ha venido a cambiarse, que iba a comprar pero que se ha mojado”. Mira a Soraya y la saluda. Comenta que “hoy ha dormido mucho, que otras veces se queda dos o tres horas despierta, pero hoy no. Que se ha despertado a las ocho, como siempre, que le ha dado el biberón y enseguida se ha vuelto a dormir”. Se va hacia dentro y saluda a su hija.

(El abuelo es la única persona que ayuda cada día a la madre, él único que está en casa. La abuela materna de Soraya vive en una ciudad a 600 kilómetros de distancia. El padre de Soraya, en estos momentos, no se sabe quién es, ni dónde vive, ni la relación de la madre con él... Y es delicado que los pediatras pregunten demasiadas cosas en este caso: parece que la frágil unidad familiar vive con el temor latente a que “servicios sociales les quite a la niña”).

Soraya sigue jugando con el sonajero: Está tranquila. De vez en cuando me mira y se ríe. Luego gira la cabeza y sigue chupando el objeto a la vez que emite sonidos.

Vuelve el abuelo y me dice que “ha tenido que cambiarse porque si no lo hace se constipa enseguida, que a la que se moja los hombros coge unos resfriados muy fuertes, que le duran mucho tiempo y que está delicado”.

(El propio abuelo está mencionando la fragilidad familiar y su fragilidad ante el papel que le está tocando jugar)

(...) Se queda mirando a Soraya y me dice que “la niña está muy bien, que se ríe mucho, que no sabe si es normal que se ría tanto”. Yo le miro y hace un gesto de no saberlo.

(En realidad, padre e hija están tan desorientados y sólo ante la maternidad...).

Continúa diciendo que no sabe si los otros niños son así y que él ya no se acuerda de lo que hacían sus hijos cuando eran

pequeños (No es el papel del abuelo hacer de padre...). Me continúa explicando que Soraya ha empezado a comer papilla de frutas pero que no se la come muy bien. A todo esto, Soraya no deja de mirar a su abuelo. Apenas se mueve y sigue entretenida con el sonajero, chupándolo.

(Parece muy “fijada” al objeto parcial. ¿Al pezón que le falta?).

Viene Dolores y se sienta en una silla del comedor. Le dice a su padre que no se come bien la papilla. El abuelo me pregunta si es normal (Otra vez es patente la desorientación de padre e hija y cuánto les desborda esta maternidad. De ahí lo adecuado de la observación y el resto de medidas puestas en marcha en la UFAPI, todas ellas basadas en la máxima prudencia, en “intervenir” lo menos posible).

Le contesto que seguramente tendrá que acostumbrarse al nuevo sabor, que lo debe encontrar diferente. El asiente y su hija comenta que “hasta ahora Soraya ha sido un lactante puro, que se ha alimentado de pecho un poco y luego a base de leche y cereales”. Soraya mira a su madre, sigue con el sonajero en la mano, lo va chupando, de vez en cuando emite sonidos...

(Evidentemente, el destete está por medio y la niña necesita agarrarse más al sustituto del pezón de lo que habíamos visto en observaciones anteriores. A la madre no se le ha puesto en contacto a tiempo con asociaciones “profanas” de ayuda a la lactancia materna. Visto desde el momento, tal vez fuera difícil. Pero en esos días pensamos que hubiera sido indispensable y que el error o la falta de decisión había sido nuestra, de la propia Unidad Funcional. Luego veremos que las cosas son aún más difíciles.).

Siguen hablando entre padre e hija. El abuelo pregunta a Dolores que si Soraya se comió ayer la papilla de fruta. Ella le contesta que sí, pero que dejó un poco. Su padre le dice que por la mañana se ha dejado bastante biberón, casi 50. Me explican entre ambos que Soraya sabe muy bien con quién come: que si le da el biberón el abuelo nunca se lo acaba del todo. En cambio, con su madre sí. (La niña diferencia, a pesar de que a ellos les

cuesta diferenciarla). Dolores dice que es a ella a quien le tiene miedo. Que como ella insiste, debe ser que se lo come para que no la fuerce más. Le dice a su padre que él no tiene paciencia, que se cansa. Él me mira y me dice que no quiere forzarla, que en cuanto ve que no quiere más la deja tranquila y que su hija insiste más. Por eso con ella se lo acaba. Me dice que no saben si es mejor una cosa o la otra.

...Más adelante, en esta tercera observación, la madre intenta jugar con Soraya, pero Soraya tarda mucho en responder. Al final, mira a su madre y se ríe. (...) La madre intenta encontrarse con la mirada de la niña y no puede. Soraya cruza nunca la mirada con ella. Entonces la madre se levanta y la pone en el rulo. Soraya no toca el suelo y su madre la balancea un poco.

(¿Hay que insistir porque es hipotónica, también para “agarrar al objeto”? Y eso significará un retardo emocional, pero también psicomotriz y cognitivo...)

En las observaciones siguientes vemos como, poco a poco, la niña va recuperándose, hasta el extremo de que, ya en la **quinta observación**, cuando tiene 5 meses y 23 días, observamos que, tras darle el biberón, cuya última parte Soraya ha rechazado activamente, la madre incorpora a Soraya, le limpia la cara y los mocos con el babero y le vuelve a cambiar la tetina del biberón, para que siga comiendo. Lo intenta de nuevo. Soraya se enfada mucho y muy activamente: retira el biberón, se estira, hace fuerza. En ese momento, Dolores empieza a cantarle “Cinco lobitos” y entonces Soraya se calla: mira a su madre y con la mano derecha le va tocando la cara, incluso la pellizca. Con la otra, coge el biberón (Jugando con el objeto sí se puede introducir al Objeto). Pero no dura mucho tiempo así: De nuevo, se enfada, se quita el biberón de la boca, llora: no quiere. Está claro. Incluso se pone las manos delante de la cara, se estira, gruñe. Su madre se enfada con ella y le dice “¡Soraya, hombre!” (¡y es una niña!).

Cambia de táctica: primero sienta a la niña mirando hacia ella. Luego, la pone de pie, también mirando hacia ella. Soraya le

coge la ropa y acerca su rostro al de su madre. Dolores le acaricia la espalda y le da golpecitos suaves, con lo cual Soraya hace un eructo. Mientras la tiene así, la madre coge el biberón, se pone un poco de leche en la mano, mirando la temperatura: "Está fría. Lo voy a calentar". Ambas se van hacia la cocina. Mete el biberón en el microondas mientras sujeta a Soraya con su brazo izquierdo. Se sienta en una silla esperando al microondas y me dice que "Soraya la tiene amargada con la comida". Vuelve a poner a la niña sobre su brazo izquierdo. Soraya se pelea con el biberón, se lo retira con las manos, protesta enérgicamente, estirando todo su cuerpo... Y así continuará la observación durante más de un cuarto de hora.

Pero, a pesar de esos avances en las capacidades expresivas y posturales de Soraya, en la Unidad Funcional (UFAP) estábamos muy preocupados por la epilepsia de la madre y, ante su hipotonía, confusiones, "despistes", torpezas, empezamos a temer qué tipo de tratamiento estaría utilizando. Los pediatras no lo sabían y el médico de familia, ni conocía a la paciente, o sea que no había vía de aclararlo... salvo en la observación. Y fue ya en las primeras observaciones cuando el abuelo, insistiendo en la epilepsia de su hija, nos comentó que ingería cuatro medicamentos para la epilepsia (cosa más bien rara). De ellos, dos o tal vez tres, eran benzodiazepínicos, alguno sin propiedades antimiccionales: sólo tranquilizantes. Y todo lo ingería en dosis altas. Para colmo, enseguida quedó claro que no se sabía las dosis que en realidad ingería: la mismas confusiones y olvidos con respecto a los biberones, comidas, la cantidad, eran aplicables las dosis de fármacos que la madre ingería. Desde luego, la hipotonía materna quedaba explicada y más que explicada por esas dosis de benzodiazepinas miorrelajantes. También, al menos en parte, sus confusiones, olvidos, dificultades cognitivas, etc. Y por otra parte, la situación proporcionaba al menos indicios de cómo la hija, tras un posible síndrome de dependencia postparto, se estaba identificando con una madre hipotónica a nivel muscular, que transmite esa hipotonía mediante el contacto corporal, pero también a nivel relacional: su propia madre no sostiene ni el embarazo ni a

la diada, como tampoco el padre ni la niña, ni el abuelo... A lo largo de la observación, pudimos entonces asistir a momentos de nuevo “derrumbes hipotónicos” (observación 11). Estaba clara la inadecuación de la medicación. Tan clara que incluso la pediatra le recomendó a la madre una nueva interconsulta por su supuesta “epilepsia”. Pero la dependencia de la madre con respecto al neurólogo “de hospital” que la llevaba era total, y a ella habría que añadir, probablemente, una dependencia farmacológica y, tal vez, elementos de la típica adhesividad epiléptica. El resultado es que la madre se negó a consultar con otro neurólogo.

También en la observación pudo ir quedando un poco más clara la situación familiar: a la pediatra simplemente le habían dicho algo así como que “no ve a su padre ni sabemos nada de su padre”. La pediatra, además, pareció tan impresionada por la situación que no se atrevió a preguntar más. También la observación confirmó las predicciones de pediatría: Pudimos observar retardos en adquisiciones básicas, tales como un retraso en las manifestaciones de la ansiedad ante el extraño y en el comienzo de la deambulación (comenzó a caminar a los 14 meses largos). Aunque la diada recibió una importante ayuda gracias a la aparición frecuente del abuelo en las primeras semanas y luego, gracias a que decidió quedarse con su hija. En realidad, parece que estaba separado de su esposa: la abuela vivía en una ciudad distante 600 kilómetros y, cuando se presentó en Barcelona, parecía una mujer más bien distante, confusa, con dificultades de relación, que sólo se quedaba unos días con Dolores y su nieta y se volvía a ir, a pesar de que, al parecer, no tenía otros nietos. En la observación también se aclaró la “paternidad”. La propia madre contó espontáneamente a la observadora que el padre era “un pakistaní mayor, con problemas familiares”. Por la forma de decirlo, entendimos que probablemente estaba casado y que no había querido reconocer ni a la madre ni la paternidad...

A pesar de todo, como decíamos, pudimos observar una importante mejoría de Soraya y de las capacidades maternas,

incluso en una situación tan compleja: no hay triangulación clara, ni padre, ni abuela que apoye, y la persona más orientada con respecto a los cuidados de Soraya es... un abuelo bastante desorientado, aunque solidario.

En la **observación 11**, con Soraya de 7 meses y cuatro días, la niña ha podido jugar un tiempo con la madre en una manta en el suelo, pero cuando la madre se levanta, la niña se queda en la manta con muy pocos movimientos, como pasiva. En ese momento la madre pregunta: “¿Cuándo empiezan a pintar los niños?”. La observadora le contesta diciendo algo así como “cuando son algo más grandes, que aún es pequeña”. La madre, a continuación, le comenta también “¿Y cuándo podré llevarla al cine?: A mí me gustaría. Hacen películas muy chulas para niñas. ¿Cuándo tenga un año podré hacerlo?”.

(Con sus preguntas, nos da una pista de lo desorientada que está en sus funciones maternas y que sólo gracias a la presencia de un tercero contendor —abuelo, observadora— puede intentar ejercerlas. Quisiera que su hija creciera tan deprisa, fuera ya mayor porque teme no saber contener los conflictos de su desarrollo... Máxime en una observación en la que la niña le ha dado frecuentes muestras de su tendencia a aislarse en la pasividad-hipotonía, evitación del contacto...)

En la **observación 19**, que no podemos incluir aquí completa por falta de espacio, Soraya tiene 9 meses y seis días. Todavía podemos observar claros momentos de relación bidimensional de la niña y del recurso a la autosensorialidad como consuelo y/o organizador. La niña está más activa y va buscando la relación y es la madre la que parece que la deja escapar, no contacta, no percibe, se le escapan las emociones y las llamadas de la niña o resulta “hipotónica” para mantener el tono y viveza de la relación.

En la primera parte de la sesión de observación la niña se dirige insistentemente a la madre y ésta la abraza y le da muchos besos. Intenta sentar a Soraya, pero la niña parece querer seguir de pie, agarrada a su pantalón. Se sienta un instante, pero se

yergue enseguida y vuelve a decir “ma-má”. La madre se lo repite. Incluso sale de la habitación y la llama, pero la niña no se mueve, aunque la mira y la llama “mamá”: Se coge sus propias manos y después se acerca gateando hasta dónde está su madre. Se pone bajo sus pies y, agarrándose al pantalón de ella, se pone de pie sólo. Dolores la coge y Soraya se queda de pie encima de las piernas de su madre. Se agarra a su pelo, se lo chupa, chupa la cara de la madre, se fregotea con ella. Va diciendo “ma-ma, ma-ma”. A Dolores le hace mucha gracia.

(Es decir: si está cerca del objeto, si la madre le deja entrar dentro o, al menos, adherirse —¿identificación introyectiva?, ¿identificación adhesiva?— tiene más fuerza, está más activa, tiene más “tono”).

A continuación, la mamá la deja en el suelo e intenta ponerla sentada. Soraya no se deja. Al final, la madre lo consigue. La deja junto a un muñeco de tela, un mono que al tocarlo suena y habla. Soraya no hace mucho caso. Su madre se va a hacer su habitación. Soraya se cae el suelo.

Se acerca a un tren que está en el suelo y con el que ha jugado al principio de la observación. Se pone de rodillas y se balancea. Mira hacia atrás, como si me buscara. Toca un poco el tren, pero enseguida se cansa, succiona su pulgar y protesta (La introyección es “hipotónica. El objeto se va cayendo de su mente). Dolores se asoma y la mira. Soraya no la ve, pero en ese momento descubre el sonajero y juega con él: lo muerde y va manipulando con ambas manos. Está sentada. Lo tira y lo desplaza lejos, justo bajo mis pies. Viene a buscarlo y lo coge de nuevo. Se sienta. Sigue mordiendo el sonajero, lo sacude y lo tira. Se fija mucho en el movimiento de sus propias manos. Se las mira una y otra vez. Vuelve a tirar el sonajero y se acerca a buscarlo... Enseguida empieza a protestar. Tiene cerca un cojín rojo y lo toca suavemente. Se recuesta sobre él y comienza a chuparse el pulgar.

(La exploración de sus capacidades motrices se interrumpe, la construcción de su self corporal se detiene. Regresa a la auto-sensorialidad.)

Parece como si tuviera sueño, pero protesta. Sale su madre... y Soraya se sienta. Dolores se sienta también y la llama. Ahora ya Soraya no se mueve. Sólo la mira, mientras Dolores le pregunta qué pasa. Al rato, volverá al mirarse las manos, tocárselas y mirárselas una y otra vez. Después, otra vez a chuparse el pulgar. La madre le dice que no lo haga. Soraya se deja caer al suelo y protesta. Vuelve a chuparse el pulgar y se levanta. Su madre le enseña el mono pero Soraya no lo mira. Se sienta sobre sus pies y se mete el dedo en la boca. Dolores comenta que “hoy está gandula, pero que cuando se pone a gatear se va a todos los sitios. Que a veces el abuelo se la encuentra en la cocina”.

(¿O nos está mostrando cómo necesita el contacto para “reorganizarse”, estar más “tónica” y cómo si el contacto no es con la madre, con el Otro, tiene que ser con ella misma, autosensorial, “narcisista”?)

Más adelante, la madre comenta que parece que Soraya tiene sueño. Soraya parece inquieta y, en realidad, protesta, pero sin moverse. La madre la coge en brazos, se sientan juntas y Soraya vuelve a la secuencia de cogerle el pelo y mirarla. La madre la mira y comienza cantarle canciones. Mientras lo hace, la tiene cogida por ambas manos, como para retenerla para que se duerma. Se miran las dos. Soraya, lejos de dormirse, sonrío y vuelve, como al principio, a chuparle la cara a su madre. Además, la llama, se restriega con ella...

(Necesita a la madre cerca, dentro de su mente, al alcance de su cuerpo, para sentirse segura, entera, tónica... Tal vez incluso muestra una oralidad y una adhesividad oral aumentadas, como defensa contra la hipotonía en otras modalidades de la relación: postural, locomotriz, de interacción continuada con una madre que “se hace hipotónica y se duerme a menudo”...)

La observación muestra en este caso las consecuencias somáticas y mentales inesperadas del uso de una medicación y de una situación con múltiples factores de riesgo psicosociales para esa diada y para esa niña. De todas formas, tal vez las dosis o los usos de la medicación sean inadecuados, pero otras



muchas madres toman esas medicaciones, sobre todo como ansiolíticos. En otros casos, como antiepilépticas. Empero, no se suele hablar más allá del “síndrome de abstinencia del recién nacido”. y lo que aquí vemos es algo más. Gracias a la observación de bebés, utilizada dentro de un sistema de prevención en la primera infancia, se ha podido establecer un diagnóstico hasta entonces desconocido y, desde luego, inesperado para los equipos de atención primaria. Se puede entonces intentar modificar esas pautas medicamentosas, lo que repercutiría en mejoras para la madre y, tal vez, para la niña. Pero incluso en este caso, en el cual esas vías han sido imposibles, por la necesidad de dependencia de este núcleo familiar, incluso en este caso, Dolores, la madre, puede orientarse mejor para conocer a su hija, resulta contenida por la observación y, gracias a ello, puede recuperar o desarrollar, al menos parcialmente, sus “funciones maternas”.

## BIBLIOGRAFÍA

- ABELLÓ, N. Observación de un niño y su comprensión psicoanalítica. Barcelona: Sociedad Española de Psicoanálisis, 1968 (polic.).
- BICK, E. Notes on infant observation in psychoanalytic training. *International Journal of Psychoanalysis* 1.964; 45, 4:538-566.
- BICK, E. (1968) The experience of the skin in early object-relations. *Int. J. Psycho-Anal.*, 49, 484-486.
- BICK, E. (1986): Further considerations on the Function of the Skin in Early Object Relations. *Brit. J. Psychother.* 2: 292-299.
- CIURANA, R. (COORDINADOR); TIZÓN, JL; BUITRAGO, F; CHOCRÓN, L; FERNÁNDEZ C; GARCÍA-CAMPAYO, J; MONTÓN, C; REDONDO, MJ. Prevención de los trastornos de la salud mental. En Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Ed): Recomendaciones PAPPs (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud). Resumen. Barcelona: SEMFYC 2003.
- HAAG, D. (ed.) (2002). *La méthode d'Esther Bick pour l'Observation régulière et prolongé du tout-petit au sein de sa famille*. Paris: Autoédition.
- HOUZEL, D. (1994). Une application de la méthode d'observation des bébés: le traitement à domicile des enfants autistes. En R. Sandri (dir). *L'observation du nourrisson selon Esther Bick*. Lyon: Cesura, 1994.
- Mental Health Europe - European Commission (2000). *Mental Health Promotion for Children up to 6 Years: Directory of Projects in the European Union*. Bruselles: European Commission 2000.
- MILLER, L; RUSTIN, M; RUSTIN, M, y SHUTTLEWORTH, R. (1989). *Closely Observed Infants*. Londres: Gerald Duckworth & Co. 1989.
- PÉREZ-SÁNCHEZ, M. (1981). *Observación de bebés. Relaciones emocionales en el primer año de vida*. Barcelona: Paidós, 1981.
- Sandri, R. (dir, 1994). *L'observation du nourrisson selon Esther Bick*. Lyon: Cesura, 1994.
- TIZÓN, JL. (1991). La observación terapéutica del niño junto con su madre en la clínica infantil. *Clínica y Análisis Grupal* 1991; 13 (3): 417-442.
- TIZÓN, JL. (1996) Reflexiones sobre la formación para la atención a la salud mental infanto-juvenil. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 1996; 16,57: 129-146.

- TIZÓN, JL (1999). El pediatra, la salud mental y los equipos de salud mental. En J. Sasot y F.A. Moraga (eds.). *Psicopediatría en atención primaria*. Barcelona: Prous Science, 1999 (pp. 83-101).
- TIZÓN, JL (2001). *Psychoanalysis and Primary Health Care: Our Participation as Psychoanalysts in a Long-overdue Change in the Health Services*. En J. Guimón J, y S. Zac (eds). *Challenges of Psychoanalysis in the 21<sup>st</sup> Century*. New York: Kluwer Academic / Plenun Books 2001 (pp. 83-101).
- TIZÓN, JL (2001). Exclusión social e integración social: unas reflexiones realizadas desde el trabajo en salud mental. En Libro de la III<sup>a</sup> Jornada de Serveis Socials d'Atenció Primària: Estat de benestar i exclusió social. Barcelona: Col.legi Oficial de Diplomats en Treball Social de Catalunya, Col.legi d'Educadores i Educadors Socials de Catalunya, Col. legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya 2001 (pp-112-115).
- TIZÓN, JL. (2001). Atendiendo al sufrimiento de los padres: Cuidando el futuro. En Sasot, J; Moraga FA (eds). *Avances en Psicopediatría: Padres, salud, sociedad*. Barcelona: Prous Science 2001. (pp. 145-167).
- TIZÓN, JL. (2002). Prevención e intervención en la salud mental de la primera Infancia desde los dispositivos de Atención Primaria. *Pediatría de Atención Primaria* 2002; 13,4:81-107.
- TIZÓN, JL. (2003) Las psicoterapias padres-hijo en la primera infancia: ¿una técnica diferenciada? *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente* 2003, 1: 43-70.
- TIZÓN, JL; BUITRAGO, F; CIURANA, R. (Coordinador); CHOCRÓN, L; FERNÁNDEZ, C; GARCÍA-CAMPAYO, J; MONTÓN, C; REDONDO, MJ. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. El Programa del PAPPS y la SEMFyC, versión 2003 (con inclusión de los nuevos subprogramas sobre "Violencia doméstica y de pareja" y "Maltratos a los ancianos"). *Atención Primaria* 2003; 32 (Supl2): 77-101.
- TIZÓN, JL; BUITRAGO, F; CIURANA, R; CHOCRÓN, L; GARCÍA-CAMPAYO, J; FERNÁNDEZ, MC; MONTÓN, C; REDONDO, MJ. Prevención de los trastornos de la Salud Mental desde la Atención Primaria de Salud. En SEMFYC y PAPPS (ed.): *Manual de Prevención en Atención Primaria*. Barcelona: SEMFYC y PAPPS 2004.
- TIZÓN, JL; DELGADO, M; TORREGROSA, J; DE MUGA, E; MONZÓN, C. (2002). *Prevention and care of parents and children in collaboration*

with paediatric teams: "The functional unit" for mental health attention in early Infancy (UFAPÍ\_FUMHAEI). En Book of Abstracts del VI International Congress on Infant Observation: "New Discoveries and Applications - Centenary of Esther Bick". Krakow-Przemysl: 2002 (54-55).

TIZÓN, JL; DELGADO, M; TORREGROSA, J; DE MUGA, E; MONZÓN, C. (2002). Screening and helping parents and children form primary care setting. Poster en el VI International Congress on Infant Observation: "New Discoveries and Applications - Centenary of Esther Bick". Krakow-Przemysl: 2002.

TIZÓN, JL; FUSTER, P. (2002). El papel del padre - Father's role. En Book of Abstracts del VI International Congress on Infant Observation: "New Discoveries and Applications - Centenary of Esther Bick". Krakow-Przemysl: 2002 (28-31).

TIZÓN, JL; SAN-JOSÉ, J; NADAL, D. (1997). Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental. Barcelona: Herder, 1997, 2000.